

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



TESE DE DOUTORADO

**A qualidade do cuidado ofertado aos hipertensos na Atenção
Primária à Saúde e sua efetividade na redução de internações por
causas cardiovasculares em Porto Alegre/RS**

Aluno: THIAGO GOMES DA TRINDADE

Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

Porto Alegre, fevereiro de 2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



TESE DE DOUTORADO

**A qualidade do cuidado ofertado aos hipertensos na Atenção
Primária à Saúde e sua efetividade na redução de internações por
causas cardiovasculares em Porto Alegre/RS**

Aluno: THIAGO GOMES DA TRINDADE

Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil.
2013

CIP - Catalogação na Publicação

Trindade, Thiago Gomes da

A qualidade do cuidado ofertado aos hipertensos na Atenção Primária à Saúde e sua efetividade na redução de internações por causas cardiovasculares em Porto Alegre/RS / Thiago Gomes da Trindade. -- 2013. 177 f.

Orientador: Erno Harzheim.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Hipertensão Arterial Sistêmica. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Qualidade dos cuidados de saúde. I. Harzheim, Erno, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Leila Beltrami Moreira, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Miguel Gus, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Profa. Dra. Maria Inez Padula Anderson, Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

DEDICATÓRIA

À minha filha Melina, que veio para iluminar as nossas vidas e encher os nossos corações de pura felicidade.

À minha esposa Dúcia, por todo o seu amor e companheirismo, que foram fundamentais para o desenvolvimento desta tese.

Aos meus pais, Graça e Felipe, por seus exemplos de vida, e por todo o apoio dado à minha vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo aprendizado desenvolvido durante esta formação.

À Universidade Potiguar (UNP), em especial à direção do Curso de Medicina, pelo apoio dado na fase de produção desta tese.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em especial ao Departamento de Medicina Clínica, pelo apoio dado na fase de produção desta tese.

Aos amigos e colegas professores da UNP e da UFRN, pelo apoio, compreensão e incentivo oferecido em todo processo de elaboração da tese.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/MCT) e ao Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), pelo financiamento desta pesquisa.

Aos entrevistados, moradores de Porto Alegre, que se propuseram a colaborar com a nossa pesquisa, recebendo-nos afetosamente em suas casas.

Aos profissionais de saúde e coordenadores das unidades de saúde de Porto Alegre, pela disponibilidade em participar desta pesquisa.

A todo o grupo de entrevistadores do grupo de Atenção Primária de Porto

Alegre, por sua garra no trabalho de campo, que foi essencial para o êxito desta pesquisa.

À colega estatística Lisiane Hauser, pela ajuda na etapa final das análises e redação.

Aos amigos Carlo Cunha, Maria Eugênia, Luciane Silva e Rodrigo Caprio, pela parceria intensa na fase de coleta dos dados.

Em especial, aos amigos-irmãos Marcelo Gonçalves e Mônica Oliveira, por sua amizade e parceria nesta caminhada, no mestrado, no doutorado, na pesquisa e na vida, essenciais na efetivação deste trabalho.

E, por último, um agradecimento muito especial, com admiração, ao amigo e Orientador Erno Harzheim, exemplo de pessoa humana, que, com sua confiança, paciência e dedicação, nos possibilitou a realização deste trabalho.

“A ciência sem cuidado tira da medicina a arte de curar
e nega o grande potencial desta antiga profissão”

“A boa medicina deve ser a prática de sua arte antiga
guiada pela ciência moderna”.

Dr. Bernard Lown

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas

Resumo

Abstract

1 APRESENTAÇÃO	15
2 INTRODUÇÃO	16
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	18
3.1.1 APS: Definição e Atributos	18
3.1.1.1 O Município de Porto Alegre e sua rede de Atenção Primária	20
3.1.2 APS: Cuidado de problemas comuns	21
3.1.3 Avaliação da qualidade da APS e seus instrumentos	21
3.1.4 Qualidade da APS e evidências de sua efetividade sobre a saúde da população	23
3.1.5 Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)	23
3.1.6 Modelo de condição crônica	24
3.1.7 Qualidade da APS e cuidado da HAS	26
3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E SEU IMPACTO NA SAÚDE DA POPULAÇÃO ..	26
3.2.1 Magnitude	26
3.2.2 Transcendência	28
3.2.3 Vulnerabilidade - Controle pressórico e redução de eventos cardiovasculares	30
3.3 MANEJO DA HAS: DIRETRIZES CLÍNICAS PARA O CONTROLE PRESSÓRICO	33
3.4 DESAFIOS PARA A MELHORA DO CUIDADO: BAIXO CONTROLE PRESSÓRICO	36
3.4.1 Fatores relacionados ao paciente	36
3.4.2 Fatores relacionados ao profissional	37
3.4.3 Fatores relacionados ao sistema e serviços	38
3.5 INTERVENÇÕES MULTIFACETADAS NA APS PARA CONTROLE PRESSÓRICO	39
3.5.1 Dirigidas aos pacientes	41
3.5.2 Dirigidas aos profissionais	43
3.5.3 Dirigidas ao sistema de saúde	44
3.5.3.1 Processo de trabalho – equipe multiprofissional	44
3.5.3.2 Organização do cuidado	45
4 OBJETIVO GERAL	49
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
6 ARTIGO 1	58
7 ARTIGO 2	83
8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
9 ANEXOS	113
ANEXO A - Protocolo de pesquisa	114
ANEXO B - Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa	115
ANEXO C - Questionários (usuários, profissionais e coordenadores)	119
ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	176

ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAS - Ácido Acetilsalicílico
- ACS - Agentes Comunitários de Saúde
- AIT - Acidente Isquêmico Transitório
- APS - Atenção Primária à Saúde
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- BRA - Bloqueadores de Receptor da Angiotensina
- CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CCM - *Chronic Care Model* - Modelo de Atenção às Condições Crônicas
- CID - Código Internacional de Doenças
- CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
- CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CSAP - Condições Sensíveis à Atenção Primária
- CSEM - Centro de Saúde Escola Murialdo
- DAB - Departamento de Atenção Básica
- DAC - Doença Arterial Coronariana
- DALY – *Disability-Adjusted Life Years* - Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade
- DAP - Doença Arterial Periférica
- DASH - *Dietary Approaches to Stop Hypertension* - Abordagens Dietéticas para Parar a Hipertensão
- DCI - Doença Cardíaca Isquêmica
- DCNT - Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
- DCV - Doença Cardiovascular
- DIN - *Disease Impact Number* - Número de Impacto da Doença
- DM - *Diabetes Mellitus*
- DMS - Departamento de Medicina Social
- ECG - Eletrocardiograma
- ECR - Ensaio Clínico Randomizado
- ECV - Evento Cardiovascular
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- ESP - Escola de Saúde Pública

FAMED - Faculdade de Medicina
FAPERGS - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
GHC - Grupo Hospitalar Conceição
GP - *General Practitioner* - Clínico Geral
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HR - *Hazard Ratio*
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC - Intervalo de Confiança
IECA - Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina
IMC - Índice de Massa Corpórea
IPAQ - *International Physical Activity Questionnaire*
MCT - Ministério de Ciência e Tecnologia
MEC - Ministério da Educação
MeSH - *Medical Subject Headings*
MFC - Medicina de Família e Comunidade
MS - Ministério da Saúde
NNT - Número Necessário para Tratar
OMS - Organização Mundial da Saúde
OR - *Odds Ratio*
PA - Pressão Arterial
PAD - Pressão Arterial Diastólica
PAS - Pressão Arterial Sistólica
PCATool - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária
PIN - *Population Impact Number* - Número de Impacto da População
PPG-EPI - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
RCV - Risco Cardiovascular
RP - Razão de Prevalência
RRA - Redução do Risco Absoluto
RRR - Redução do Risco Relativo
RS - Rio Grande do Sul

SES-RS - Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

SSC/GHC - Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

YLD - *Years Lived with Disability* - Anos de vida vividos com incapacidade

YLL - *Years of Life Lost* - Anos de vida perdidos por morte prematura ou incapacidade

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o problema de saúde mais frequente entre adultos na Atenção Primária à Saúde (APS) e de alto impacto na morbimortalidade, sendo essencial que os serviços de APS sejam estruturalmente organizados e utilizem intervenções apropriadas para o controle pressórico, capazes de reduzir eventos cardiovasculares nos indivíduos hipertensos. Esta tese tem o objetivo de avaliar a qualidade do cuidado assistencial ofertada aos hipertensos da rede de APS do Município de Porto Alegre, e seu impacto na redução de hospitalizações. Realizou-se um estudo transversal de base populacional, onde foram avaliados os usuários (628 hipertensos reconhecidos), os profissionais de saúde (174 médicos e 88 enfermeiros) e os coordenadores de 70 unidades de saúde. Entre os usuários, estimou-se a prevalência de mudanças de estilo de vida (dieta, atividade física, perda de peso, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool) e o uso de medicamentos (anti-hipertensivos, aspirina e estatina), assim como a taxa de hospitalizações. Com relação à estrutura das unidades de saúde, cerca de um terço não apresentavam um seguimento adequado dos pacientes, sem protocolo definido ou grupo de hipertensos, além da falta de medicamentos essenciais. Observou-se uma resposta insatisfatória dos profissionais sobre o conhecimento de condutas efetivas na abordagem ao hipertenso (avaliação do risco cardiovascular, indicações de medidas não farmacológicas e farmacológicas para o tratamento, e solicitação de exames de seguimento), porém com diferenças significativas para alguns itens favoráveis à profissão médica, ao gênero feminino, ao menor tempo de formado, a ser especialista em medicina de família e comunidade, e ter feito alguma atualização no último ano. Na análise realizada no estudo transversal com os hipertensos reconhecidos, a partir das medidas de impacto sobre a doença, estimou-se uma redução de 22% nas hospitalizações para uma coorte hipotética de 500 hipertensos acompanhados por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, por 10 anos, a partir da implementação das intervenções não farmacológicas e farmacológicas entre os hipertensos elegíveis. Estes achados mostram unidades com uma estrutura inadequada ao cuidado efetivo com o hipertenso, além do conhecimento insuficiente dos profissionais de saúde sobre as condutas baseadas em evidências na abordagem integral destes pacientes.

Contudo, existe uma possibilidade de redução de mais de 20% de hospitalizações com o incremento das intervenções. Para isto, faz-se necessária a reorganização da rede de APS, através da qualificação de sua estrutura e do processo, de modo a incorporar efetivamente estas medidas ao processo de trabalho das equipes frente ao cuidado com o paciente hipertenso.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão Arterial Sistêmica; Qualidade dos cuidados de Saúde; Pesquisa sobre serviços de Saúde.

ABSTRACT

Hypertension (HTN) is the most common health problem among adults in Primary Health Care (PHC), with a high impact on morbidity and mortality. Thus, it is essential that Primary Health Care services be structurally organized and have appropriate interventions for blood pressure control, effective to reduce cardiovascular events in hypertensive individuals. This paper aims to evaluate the quality of primary health care offered to hypertensive patients in the Primary Health Care (PHC) network in the Municipality of Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Southern Brazil, and its impact on reducing hospitalization rates. A cross-sectional population-based study was performed, in which healthcare users (628 recognized hypertensive individuals), healthcare professionals (174 physicians and 88 nurses) and healthcare unit managers of 70 units were evaluated. Among healthcare users it was estimated the prevalence of lifestyle changes (diet, physical activity, weight loss, smoking cessation and reduction of alcohol consumption) and use of medications (antihypertensives, aspirin and statin), as well as hospitalization rates. As to the structure of the healthcare units evaluated, around one third of them failed to provide a proper patients' follow-up care, showed no definition of protocol or group of hypertensive individuals and lacked essential medicines. A poor response from healthcare professionals was observed regarding their knowledge about effective conducts in the hypertensive patients approach (cardiovascular risk assessment, indications of non-pharmacological and pharmacological treatments, and follow-up exams request), but with significant differences regarding aspects which favours the medical profession, female gender, shorter time since graduation, being a specialist in Family and Community Medicine, and having done some updating over the last year. In the analysis performed on the recognized hypertensive individuals of cross-sectional study, regarding the impact of control measures on the disease, it was estimated a 22% reduction in hospitalization rates for a hypothetical cohort of 500 hypertensive individuals assisted by a Family Health Strategy team for 10 years, after the implementation of pharmacological and non-pharmacological interventions among the eligible hypertensive. These findings reveal healthcare units with an inadequate structure to the effective care of hypertensive patients, in addition to

insufficient knowledge on the part of the healthcare professionals about evidence-based guidelines in the comprehensive approach of these patients. However, there is a possibility of reduction of more than 20% of hospitalizations by means of increasing the interventions. In order to achieve this goal, Primary Health Care (PHC) network has to undergo a reorganization through the qualification of its structure and processes so as to incorporate these interventions effectively into the work routine of the teams in charge with the hypertensive patients' care.

KEYWORDS: Primary Health Care; Hypertension; Quality of Health Care; Health Services Research.

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “A qualidade do cuidado ofertada aos hipertensos na Atenção Primária à Saúde e sua efetividade na redução de internações por causas cardiovasculares”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em vinte e um de março de 2013. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigos:
 - 2.1 “Avaliação da estrutura e processo do cuidado a hipertensos na rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre”
 - 2.2 “Potencial impacto de intervenções realizadas pelos serviços de Atenção Primária à Saúde na redução de internações em hipertensos”
3. Conclusões e Considerações Finais.

Estão apresentados nos anexos os seguintes documentos:

- a. Protocolo de pesquisa
- b. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa
- c. Questionários (usuários, profissionais e coordenadores)
- d. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

2 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil e no mundo, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) um dos seus principais fatores de risco. A HAS é um problema de alta prevalência em todo mundo, apresentando taxas que giram em torno de 30% da população adulta. É um fator de risco que, quando não controlado e associado a outros fatores de risco, causa eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel importante no cuidado às pessoas com HAS, pelo seu potencial de cuidado integral e longitudinal e sua responsabilidade em lidar com problemas comuns. Está demonstrado que serviços de APS bem organizados e estruturados têm conseguido reduzir internações por condições sensíveis à APS (CSAP), como a doença hipertensiva. Contudo, é necessário que esses serviços de APS apresentem uma alta qualidade assistencial, com a forte presença de seus atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação), e ofertem ações sistemáticas e efetivas.

Encontram-se bem demonstradas, por ensaios clínicos randomizados (ECR) e metanálises, as intervenções eficazes no controle pressórico e que previnem eventos cardiovasculares em hipertensos. Pode-se dividir essas medidas em não farmacológicas (dieta para parar a hipertensão (DASH) e com restrição de sódio, atividade física, perda de peso, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool) e farmacológicas. Em condições reais, no nível comunitário de cuidado, o desafio do controle pressórico é maior, pois novas variáveis se interpõem de forma a diminuir a efetividade das intervenções, como o conhecimento e a adesão dos profissionais de saúde às evidências; a oferta de insumos, medicamentos e exames na rede de atenção; e a aceitação e a adesão dos usuários a essas medidas.

Algumas intervenções multifacetadas se mostraram mais efetivas na implementação dessas medidas no cuidado ao hipertenso, especialmente no controle pressórico, e se relacionam à organização do serviço de saúde, sendo direcionadas tanto aos profissionais de saúde quanto aos pacientes.

Essas intervenções estruturais e sobre o processo de trabalho precisam ser

monitoradas e qualificadas em qualquer rede assistencial de APS. Assim, faz-se necessário avaliar essa qualidade da atenção, identificando possíveis falhas, para que possam ser corrigidas pelos gestores e profissionais de saúde. Desta forma, pode-se chegar à qualidade de cuidado almejada, com a implementação de novas diretrizes, partindo do que se sabe sobre a rede de APS, no caso de Porto Alegre, guiando-se pelas evidências das intervenções efetivas no controle pressórico e que impactem na redução de eventos cardiovasculares e hospitalizações.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

3.1.1 APS: Definição e Atributos

Starfield(1) define APS como o primeiro nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas; fornece atenção sobre a pessoa, no decorrer do tempo; para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras; e coordena os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis do sistema. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária.

A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. É o nível de atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação, para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde, lida com o contexto no qual a doença existe, e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde.

Foram sistematizados por Starfield (1994) os atributos essenciais (quatro) e derivados (três) da APS, respectivamente, da seguinte forma:

- Atenção de primeiro contato: implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. A medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual);
- Longitudinalidade: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria se refletir em fortes laços interpessoais que resultassem na cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde;

- Integralidade: implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde. Deveria oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas, além de reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais;
- Coordenação: o serviço de APS deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe, nos diferentes níveis do sistema de saúde;
- Orientação Familiar (centralização na família): é o reconhecimento e manejo dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças;
- Orientação Comunitária: é o conhecimento, por parte do provedor da atenção, das necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; envolve também o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços pelos profissionais e pela comunidade;
- Competência Cultural: envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido às características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais.

Starfield (2012) realizou uma análise histórica da expansão e consolidação da APS nos sistemas de saúde no mundo. Resumindo:

A partir de 2005, a literatura sobre os benefícios dos sistemas de saúde orientados para atenção primária foi consistente em mostrar maior eficácia, maior eficiência e maior equidade. Nos cinco anos seguintes, não houve mudança dessa conclusão, mas agora há uma maior compreensão dos mecanismos pelos quais os benefícios de cuidados de saúde primários são alcançados. Sabemos agora que, dentro de certos limites, nem a riqueza de um país, nem o número total de profissionais de saúde estão relacionados com os níveis de saúde. O que conta é a existência de características-chave da política de saúde (Atenção Primária à Saúde): cobertura financeira universal sob controle ou regulamentação governamental, as tentativas de distribuir os recursos de forma equitativa, a abrangência dos serviços, co-pagamentos de serviços de cuidados primários reduzidos ou ausentes. Todos estes, em conjunto, produzem uma melhor atenção primária: maior acesso ao primeiro contato e uso, mais cuidado centrado na pessoa ao longo do tempo, uma maior gama de serviços disponíveis, e coordenação do cuidado. As evidências não são mais restritas aos países desenvolvidos, novos estudos mostraram estes resultados em países em desenvolvimento. Os endossos da Organização

Mundial da Saúde (na forma de relatórios da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde e do Relatório Mundial da Saúde de 2008), bem como uma série de outras instituições internacionais, refletem a aceitação generalizada da importância da atenção primária à saúde. APS pode ser medida e avaliada; todas as inovações e melhorias no que deve servir suas características essenciais, a fim de ser útil.

3.1.1.1 O Município de Porto Alegre e sua rede de Atenção Primária

Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS), localizado na região Sul do Brasil, possuía uma população estimada em julho de 2006, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 1.440.939 habitantes e uma área territorial de 497 Km².

O município foi um dos pioneiros na construção da APS no País, quando, na década de 70, foi criado o Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), e, depois, na década de 80, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), ambos com suas unidades abrangendo áreas da Zona Norte da cidade. O CSEM, até 2009, era vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS); porém, depois, foi municipalizado, enquanto que o SSC/HNSC possui vínculo federal. Esses dois serviços vêm realizando ao longo desses anos um papel fundamental na assistência e na formação de recursos humanos (especialistas em APS, como médicos de família e comunidade), e têm sido fortes influenciadores no desenvolvimento de outros serviços de APS, em especial o Programa Saúde da Família (Goulart, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve início em Porto Alegre em 1996, com a implantação de 23 equipes. A distribuição das equipes dentro do município pretendeu reduzir as iniquidades de acesso aos serviços de saúde, sendo escolhidas preferencialmente áreas caracterizadas como “vazios de atenção”. Além das equipes da ESF, a cidade conta com Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, responsáveis pela atenção primária de uma parcela expressiva da população (Cunha, 2006).

Ao final de 2005, segundo dados obtidos diretamente na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, o município apresentava composição mista em sua rede de atenção primária: 82 equipes da ESF, 44 UBS, sete centros de saúde municipais e dois centros de formação de recursos humanos para APS – o CSEM com sete Unidades de APS e o SSC/GHC com mais doze Unidades (Cunha, 2006).

3.1.2 APS: Cuidado de problemas comuns

A APS é reconhecidamente o nível do sistema responsável pelo manejo dos problemas comuns, especialmente através de dois de seus atributos essenciais, o cuidado de primeiro contato e a integralidade (Starfield, 1998).

Em estudo clássico realizado por White (1961), observou-se que, de 1.000 pessoas (com mais de 15 anos), 750 apresentavam algum sintoma ao longo de um mês. Destes, 250 procuraram um centro de saúde, dos quais apenas nove tiveram que ser encaminhados a outros níveis do sistema. Esse estudo foi reaplicado em 2001, apresentando praticamente os mesmos resultados (Green *et al.*, 2001), reafirmando o papel da APS em atender a maioria dos problemas, em especial os mais comuns, e de forma resolutiva.

Estudo de demanda do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em 1999, evidenciou um potencial de não-encaminhamento de 88% dos problemas que se apresentaram nas Unidades de Atenção Primária. Nesse mesmo estudo, a Hipertensão Arterial Sistêmica apareceu em primeiro lugar na ordem de frequência dos problemas apresentados, sendo responsável por 6% destes (Takeda, 2004).

3.1.3 Avaliação da qualidade da APS e seus instrumentos

Segundo Cochrane (1989), os sistemas de saúde que almejassem qualidade deveriam seguir seu caminho em busca da efetividade e eficiência baseados nas melhores evidências científicas disponíveis. O mesmo autor defendia como bandeira que “todos os tratamentos efetivos devem ser gratuitos”.

Donabedian (1988) propôs um modelo de avaliação da qualidade em saúde que se divide em estrutura, processo e resultados. Campbell (2000) define a qualidade do cuidado coletivo como “o poder acessar um cuidado efetivo em uma base eficiente e equitativa para otimização do benefício da saúde/bem-estar de toda população”. Esse autor sugere que a qualidade do cuidado seja avaliada em duas grandes dimensões, o acesso e a efetividade; e, dentro desta última, em dois componentes chaves: o cuidado clínico e a relação interpessoal. Esses elementos são

estudados em termos da estrutura dos sistemas de saúde, do processo do cuidado e dos resultados desse cuidado.

Estudo ecológico evidenciou que países que têm o sistema de saúde fortemente orientado à APS obtiveram melhores indicadores de saúde, como: menor número de crianças com baixo peso ao nascer; mortalidade infantil mais baixa, especialmente a pós-neonatal; menor número de anos de vida perdidos por suicídio; menor número de anos de vida perdidos, atribuídos a todas as causas com exceção das causas externas; e maior expectativa de vida em todas as idades, com exceção da maior ou igual a 80 anos (Shi, 1994). Outro fato essencial observado por Shi e Starfield (2000) em alguns estudos ecológicos é que um sistema de saúde orientado à APS tem conseguido diminuir as iniquidades em saúde.

Em atenção primária, pode-se utilizar esse modelo (Campbell; Roland; Buetow, 2000; Donabedian, 1988) para prover uma avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Conforme a abrangência da avaliação, em relação à estrutura, processo e resultados, tem que se utilizar uma diversidade de fontes de informação, entre elas a opinião dos usuários (Starfield, 1996; Villalbí *et al.*, 2003). Instrumentos validados, como o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), que vão mais além da simples medição da satisfação, são mais promissores nesse sentido (Villalbí *et al.*, 2003).

O PCATool-Adulto foi aplicado no Brasil em estudo realizado no Município de Petrópolis, em uma versão adaptada (Macinko *et al.*, 2004). Estudo de base populacional (Harzheim *et al.*, 2006), que avaliou a qualidade e a efetividade de diferentes tipos de serviços de APS na Cidade de Porto Alegre, utilizando o PCATool-Adulto, realizou a sua validação para a versão usuários (Brasil) (Oliveira, 2007).

O PCATool versão infantil brasileira foi validado por Harzheim *et al.* (2006) e utilizado para a avaliação da APS (extensão de seus atributos) e da efetividade da atenção à saúde infantil no Município de Porto Alegre, aplicado a cuidadores de crianças de 0-2 anos. Comparando os escores dos atributos de APS entre ESF e UBS, a extensão da integralidade, orientação comunitária e orientação familiar foram maiores para as crianças da ESF, assim como o escore geral de APS ($p < 0,05$). Ter ESF como serviço de saúde preferencial aumentou em três vezes a chance de obter atenção primária de alta qualidade (OR=3,14). A satisfação entre os cuidadores foi

maior entre os usuários da ESF em relação ao tempo de espera pela consulta ($p=0,003$) e a cordialidade da recepção ($p<0,001$), além de as crianças possuírem cerca de três vezes mais probabilidade de ter seu peso anotado recentemente no gráfico de crescimento ($OR=3,89$) (Harzheim; Álvarez-Dardet, 2007).

3.1.4 Qualidade da APS e evidências de sua efetividade sobre a saúde da população

Em estudo ecológico longitudinal (Macinko; Guanais; Souza, de, 2006) realizado no Brasil, observou-se que um aumento de 10% na cobertura da ESF estava associado a uma redução de 4,5% na taxa de mortalidade infantil, controlando para outros determinantes, como acesso a água potável e saneamento, número de leitos hospitalares por 1.000 habitantes, número de médicos e enfermeiras por 10.000 habitantes, analfabetismo feminino, taxa de fertilidade e renda média.

Outros estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), com delineamentos transversais, foram realizados no intuito de avaliar a APS no Brasil e, em especial, comparar a ESF com as UBS tradicionais. Um desses estudos analisou a ESF em 41 municípios de cinco estados da região Nordeste e dois da região Sul e evidenciou que a oferta das ações de saúde, a sua utilização e o contato por ações programáticas foram mais adequados na ESF (Facchini *et al.*, 2006). Estudo realizado em São Paulo, utilizando o PCATool-Adulto, versão adaptada por Macinko e Almeida, mostra a comparação entre os modelos ESF e UBS nos diferentes estratos de exclusão social, sendo que, na experiência dos usuários, a ESF mostrou-se superior à UBS. Contudo, na percepção dos gestores e profissionais de saúde, não foram observadas diferenças significativas entre os modelos (Elias *et al.*, 2006).

3.1.5 Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)

Foi procedido um estudo para avaliar as Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), através das quais é possível medir a efetividade da qualidade da APS conforme a redução de hospitalização por essas causas. Chegou-se a uma lista de 61 problemas descritos no CID-9 (Código Internacional de Doenças, versão 9), considerados como CSAP, destacando-se a doença hipertensiva e suas complicações,

pertencentes ao grupo das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) (Caminal *et al.*, 2004).

Com a expansão da atenção primária no Brasil, especialmente pela implementação da Estratégia Saúde da Família como modelo assistencial prioritário a partir de 1994, observou-se uma redução das hospitalizações por CSAPs no Rio Grande do Sul (Dias-da-Costa *et al.*, 2008, 2010; Souza; Costa, 2011), em Minas Gerais (Mendonça *et al.*, 2012), e no Brasil como um todo nestes últimos 15 anos (Dourado *et al.*, 2011; Macinko *et al.*, 2010, 2011). São evidências coerentes entre si, embora de delineamento ecológico, do impacto da APS na qualidade do cuidado destes problemas crônicos, com particularidades para os fatores de risco cardiovasculares como hipertensão e diabetes.

3.1.6 Modelo de condição crônica

Com o processo de envelhecimento da população mundial, vem se observando um aumento considerável na prevalência das doenças crônicas, e consequente multimorbidade desta população, problema que se agrava frente à situação organizacional dos sistemas de saúde no mundo que priorizaram o cuidado às condições agudas. Alguns países, como os Estados Unidos, buscaram inicialmente respostas ao cuidado das pessoas com doenças crônicas ao criar e fortalecer clínicas de atenção secundária, baseadas em especialistas focais e em doenças específicas. Foi demonstrado que esses programas alternativos não conseguiram fornecer melhor cuidado que a APS (Rothman; Wagner, 2003; Wagner *et al.*, 2001).

As evidências mostram que o essencial para a melhoria do cuidado às doenças crônicas é fortalecer a APS através dos seus atributos essenciais e implementar alguns componentes fundamentais ao processo de cuidado, consolidando-se um novo modelo assistencial de qualidade na APS para essas condições crônicas.

O modelo de atenção às condições crônicas foi desenvolvido inicialmente pela equipe do *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, nos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas, sendo chamado de *Chronic Care Model (CCM)*. O modelo inicial foi aperfeiçoado num projeto-piloto apoiado pela Fundação Robert Wood Johnson, e,

em seguida, submetido a um painel de *experts* no tema, sendo testada nacionalmente por meio de um programa denominado *Improving Chronic Illness Care* (Wagner *et al.*, 2001). Em 2003, esse programa, com suporte de um grupo de consultores, atualizou o modelo com base em nova revisão da literatura internacional e nas experiências de sua implantação prática em várias situações (Rothman; Wagner, 2003). Posteriormente, cinco novos temas foram incorporados ao CCM: a segurança das pessoas usuárias, a competência cultural, a coordenação da atenção, os recursos da comunidade e a gestão de caso (Mendes, 2012).

O CCM compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população.

Duas revisões sistemáticas e um ensaio clínico randomizado mostraram que diversos modelos de intervenção de cuidados de doença crônica em nível de atenção primária – especialmente no manejo do diabetes, hipertensão, asma, insuficiência cardíaca e depressão – foram associados a uma melhoria nos indicadores de processo (melhor tomada de decisões baseadas em evidências, como prescrição medicamentosa, solicitação de exames e outras avaliações) ou de resultados intermediários (melhoria do controle pressórico, lipídico e glicêmico, diminuição de consultas com especialistas focais e idas à emergência), além da melhoria na satisfação dos pacientes com tendência à redução dos custos em saúde (Bodenheimer; Wagner; Grumbach, 2002; Griffin *et al.*, 2004; Olivarius *et al.*, 2001).

É importante ressaltar que nenhum modelo em si é suficiente para abranger o cuidado complexo de pessoas na atenção primária, quando leva-se em consideração o processo saúde-adoecimento como um contínuo. Portanto o modelo de cuidado às condições crônicas deve fazer parte de uma rede de cuidados que envolve uma

atenção integral e longitudinal, em que os indivíduos sejam atendidos em qualquer momento, incluindo episódios agudos, em que necessitem do serviço de saúde ao longo de sua vida, e não apenas pensando em condições clínicas já instaladas do ponto de vista patológico.

3.1.7 Qualidade da APS e cuidado da HAS

Poucos estudos avaliaram especificamente a extensão dos atributos de APS com o controle da HAS. Um estudo que avaliou proximidade da unidade e controle pressórico não mostrou diferença significativa (BAUMGARDNER *et al.*, 2006). Dois estudos observacionais (Konrad *et al.*, 2005; Mainous *et al.*, 2004) evidenciaram que ter um médico provedor de cuidados continuados aumenta a chance de se ter um melhor reconhecimento da hipertensão, assim como de iniciar tratamento anti-hipertensivo ao diagnóstico. Um estudo experimental (Becker *et al.*, 2005) que comparou uma intervenção de cuidado orientado à comunidade, realizada por enfermeiras e agentes comunitários de saúde, *versus* cuidado ambulatorial intensificado demonstrou uma probabilidade de obter controle pressórico duas vezes maior no grupo de intervenção.

3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E SEU IMPACTO NA SAÚDE DA POPULAÇÃO

3.2.1 Magnitude

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública muito frequente no Brasil e no mundo. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial ($PA \geq 140/90$ mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. Recente publicação sobre a análise de prevalência da HAS no Brasil apontou para uma discreta redução nos últimos 30 anos, mas ainda apresenta uma alta taxa média de aproximadamente 30% (Picon *et al.*, 2012).

A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular; doença arterial coronariana; insuficiência cardíaca; doença renal crônica e doença arterial periférica (“VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão”, 2010).

Estudo transversal de base populacional realizado no Estado do Rio Grande do Sul mostrou uma prevalência de HAS ($PA \geq 140/90$ mmHg) de 33,7%, sendo que, entre os hipertensos, 49,2% desconheciam ser hipertensos; 10,4% tinham conhecimento de ser hipertensos, mas não seguiam tratamento; 30,1% seguiam o tratamento, mas não apresentavam controle adequado; e 10,4% seguiam tratamento anti-hipertensivo com bom controle. Idade, obesidade e baixa escolaridade estavam significativamente associadas à presença de HAS e à falta de reconhecimento, após análise multivariada (Gus *et al.*, 2004).

Em outro estudo de base populacional desenvolvido na Cidade de Pelotas/RS, evidenciou-se uma prevalência de HAS ($PA \geq 160/95$ mmHg) de 23,6%. Na análise multivariada, observou-se associação estatisticamente significativa com renda familiar, idade, cor da pele, sexo, história familiar de HAS, consumo adicional de sal e índice de massa corporal (Costa *et al.*, 2007).

Estudos internacionais de base populacional também têm demonstrado uma alta prevalência de HAS (Kalantan *et al.*, 2001; Wittchen *et al.*, 2005), em geral acima de 30%, associada a um baixo reconhecimento dos indivíduos sobre sua doença, sendo que mais da metade desconhecem serem hipertensos. Outros estudos (Alvarez-Sala *et al.*, 2005; Basile *et al.*, 2004) mostraram um controle inadequado da pressão na maioria dos indivíduos hipertensos, e, naqueles que são diabéticos, o controle pressórico é ainda pior. Em estudos que procederam análises multivariadas, observou-se como fatores de risco para pior controle pressórico além do diabetes (Majernick *et al.*, 2004), a idade (Al-Rukban *et al.*, 2007), a obesidade, a presença de doença cardiovascular (Abaci *et al.*, 2006) e o sedentarismo (Coca *et al.*, 2006).

Em pesquisa realizada por Wolf-Maier *et al.* (2003), a partir de *surveys* da década de 1990 em seis países europeus, EUA e Canadá, evidenciou-se uma prevalência de hipertensão superior na Europa em relação à América, 44% e 28% respectivamente da população adulta, para o parâmetro de $PA \geq 140/90$ mmHg.

Kearney *et al.* (2005) realizaram um estudo de prevalência de maior abrangência, incluindo países desenvolvidos e em desenvolvimento de diversos continentes. Foi encontrada uma prevalência de 26,5% da população adulta em 2000, com uma projeção de aumento para 29,2% em 2025. Com o aumento populacional

neste período, espera-se um acréscimo de 60% a mais de hipertensos à população global em 25 anos.

3.2.2 Transcendência

A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC), por 25% das mortes por doença arterial coronariana (DAC), e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Para avaliar o impacto de uma doença ou fator de risco sobre uma população, faz-se necessário utilizar um indicador preciso que demonstre a perda social em morbidade e mortalidade que poderia ter sido evitada em um contexto ideal. Dentre os indicadores utilizados mundialmente para este fim, destacam-se o DALY (*Disability-Adjusted Life Years* – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade) e seus subcomponentes (YLL – *Years of Life Lost* – Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura) ou incapacidade (YLD – *Years Lived with Disability* – Anos de Vida Vividos com Incapacidade).

O DALY é um indicador que procura medir simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos, medindo os anos de vida perdidos seja por morte prematura (YLL) ou incapacidade (YLD) em relação a uma esperança de vida ideal cujo padrão utilizado foi o do Japão, país com maior esperança de vida ao nascer do mundo (80 anos para homens; e 82,5 anos para mulheres).

Schramm *et al.*(2004) realizaram um estudo que mediu a carga de doenças no Brasil em 1998. As doenças crônico-degenerativas responderam por 66,3% da carga de doença. Com relação ao YLL, as doenças cardiovasculares representaram 24% do total. Dentre elas, as doenças isquêmicas do coração (9,3%), juntamente com as doenças cerebrovasculares (AVC – 8,1%), se situam entre as duas primeiras causas de anos de vida perdidos por morte prematura no Brasil. A segunda posição no *ranking* final, obtida através do DALY, foi ocupada pelas doenças cardiovasculares, com 18,6%. Esse agrupamento havia ficado na primeira posição, tanto em número de óbitos, quanto em quantidade de YLL; mas em termos de YLD, esse grupo ocupou a nona posição. Ao avaliar as principais causas de DALY, evidenciou-se neste estudo

que o diabetes (5,1%), as doenças isquêmicas do coração (5,0%) e as doenças cerebrovasculares – AVC (4,6%) englobaram 14,7% do total do DALY, mostrando um padrão epidemiológico de países desenvolvidos.

Schmidt *et al.* (2011), em publicação que discute a carga e os desafios das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, expõe os seguintes dados: as doenças cardiovasculares (DCV) foram e continuam a ser, apesar de sua diminuição, a principal causa de morte no Brasil; a redução é maior para doenças cerebrovasculares (34%) e para a categoria de outras formas de doença cardíaca (44%); a mortalidade por doença cardíaca isquêmica diminuiu 26%; a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva, por sua vez, cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007, em comparação a 30% para doença cardíaca isquêmica e 32% para doença cerebrovascular. Mesmo com essas reduções, a mortalidade cardiovascular brasileira permanece alta. Com base em dados da OMS uniformemente padronizados, a mortalidade atribuível às doenças cardiovasculares no Brasil em 2004 – 286 por 100.000 pessoas – só é ultrapassada entre os países sul-americanos relatados pela Guiana e pelo Suriname. A carga de mortalidade, especialmente mortes prematuras atribuíveis a doenças cardiovasculares, afeta, de maneira desproporcional, a população pobre. Por exemplo, em Porto Alegre, uma cidade brasileira de grande porte, a mortalidade prematura (entre 45 e 64 anos de idade) atribuível a doenças cardiovasculares foi 163% mais alta em bairros situados no pior quartil socioeconômico do que naqueles situados no melhor quartil (Bassanesi; Azambuja; Achutti, 2008).

As doenças cardiovasculares geram um maior custo referente a internações hospitalares no sistema de saúde nacional. Em 2007, 12,7% das hospitalizações não relacionadas a gestações e 27,4% das internações de indivíduos de 60 anos ou mais foram causadas por doenças cardiovasculares. É importante notar a carga da insuficiência cardíaca congestiva: em pessoas com mais de 60 anos é a causa mais comum de internação hospitalar; em pessoas acima de 80 anos, causa 27% das internações em mulheres e 33% em homens.

No mesmo estudo, Schmidt *et al.* (2011) levantam como hipótese para a diminuição da mortalidade em relação às doenças cardiovasculares a implementação bem-sucedida de políticas de saúde que levaram à redução do tabagismo e à

expansão do acesso à APS. Ressaltam, no entanto, que a prevalência de diabetes e hipertensão está aumentando paralelamente à prevalência de excesso de peso. Essas tendências adversas da maioria dos fatores de risco trazem um enorme desafio e demandam ações e políticas adicionais e oportunas, especialmente as de natureza legislativa e regulatória, e aquelas que fornecem atenção custo-efetiva a condições crônicas para indivíduos afetados por DCNT.

Azambuja *et al.* (2008), em estudo que avalia o impacto econômico de DCV grave no Brasil, em 2004, relata a prevalência de dois milhões de casos de DCV grave, representando 5,2% da população acima de 35 anos de idade. O custo anual foi de aproximadamente R\$ 30,8 bilhões (36,4% para a saúde, 8,4% para o seguro social e reembolso por empregadores e 55,2% como resultado da perda de produtividade), correspondendo a R\$ 500,00 *per capita* (para a população de 35 anos e acima) e R\$ 9.640,00 por paciente. Somente nesse subgrupo, os custos diretos em saúde corresponderam a 8% do gasto total do país com saúde e 0,52% do PIB (R\$ 1.767 bilhões = 602 bilhões de dólares), o que corresponde a uma média anual de R\$ 182,00 para os custos diretos *per capita* (R\$ 87,00 de recursos públicos) e de R\$ 3.514,00 por caso de DCV grave.

3.2.3 Vulnerabilidade - Controle pressórico e redução de eventos cardiovasculares

Verifica-se que a hipertensão é um problema de fácil diagnóstico e que não requer tecnologia sofisticada, podendo ser tratada e controlada com medidas não farmacológicas e medicamentos comuns ofertados adequadamente, a um baixo custo, com poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade em atenção primária (Morris *et al.*, 2006).

Medidas relacionadas à prevenção primária da HAS e/ou seu controle tiveram sua eficácia demonstrada há mais de duas décadas, embora a aplicabilidade na população geral e entre pessoas com hipertensão seja um desafio permanente (Whelton *et al.*, 2002).

A relação entre a Pressão Arterial (PA) e o risco cardiovascular é contínua, consistente e independente de outros fatores de risco. Quanto maior a PA, maior o risco de um infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e doença renal. Para indivíduos entre 40 e 70 anos, cada aumento de 20 mmHg na PA

Sistólica (PAS) ou 10 mmHg na PA diastólica (PAD) dobra o risco de um evento cardiovascular a partir de 115/75 mmHg (Lewington *et al.*, 2002).

Esses achados implicam em possibilidades de prevenção de eventos a partir de reduções mínimas da pressão arterial. Por exemplo, uma redução de 10 mmHg de PAS ou 5 mmHg de PAD diminui a mortalidade por AVC em 40% e por DAC em 30%, em indivíduos de meia-idade. Mesmo reduções de 2 mmHg de PAS podem levar a uma diminuição na mortalidade por AVC em 10% e por DAC ou outras causas vasculares em 7%. Com isso, uma redução persistente de pequenos níveis de pressão arterial na população geral poderia evitar um grande número de morte prematura ou sequela de AVC, a partir de medidas de prevenção primária como a redução da ingestão de sódio em alimentos manufacturados.

Neal *et al.* (2000), em revisão de ensaios clínicos randomizados (ECR) publicados até o ano 2000 – relacionada a tratamento farmacológico comparado a placebo, encontraram uma redução de AVC de 20%, de DAC de 19%, e de eventos cardiovasculares (ECV) maiores de 15%. Houve variação da magnitude do desfecho em relação às classes farmacológicas.

Turnbull (2003), em outra revisão de ECR publicada até 2003, comparando tratamento anti-hipertensivo contra placebo em relação à prevenção de eventos cardiovasculares maiores, encontrou reduções de 22% (IC 95% 17-27) com inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), 18% (IC 95% 5-29) com bloqueadores do canais de cálcio (BCC), e 10% (IC 95% 4-17) com bloqueadores do receptor AT1 de angiotensina II (BRA). Não foram encontradas diferenças quando comparadas as drogas entre si.

Lawes *et al.* (2004), demonstraram em metanálise de estudos observacionais e ECR's publicados até 2003, relacionados ao risco e prevenção de AVC, que cada redução de 10 mmHg de PAS está associada a um decréscimo do risco de AVC de 1/3 em indivíduos com idade entre 60-79 anos. Essa associação é contínua, baixando até níveis de pelo menos 115/75 mmHg, e consistente entre gênero, regiões e subtipos de AVC.

Lakhan e Sapko (2009), em metanálise realizada em 2009, referente a ECR's que avaliaram a prevenção da recorrência de AVC/AIT (acidente isquêmico transitório) com tratamento farmacológico para hipertensão, encontraram uma

redução de novos AVC's de 29% (OR:0,71, IC 95% 0,59-0,86) e de EVC de 31 % (OR:0,69, IC 95% 0,57-0,85).

Medidas e Indicadores de benefício - definições:

A maioria dos estudos utiliza as medidas de impacto que se relacionam ao benefício das intervenções entre os indivíduos que efetivamente as utilizam, medidas nos ECRs, e demonstradas pela redução do risco relativo nos grupos experimentais. Contudo, na prática, não dá para aplicá-las diretamente à toda população de doentes, pois sabe-se que nem todos são elegíveis, e que uma parte significativa não adere aos tratamentos, além de possíveis contraindicações e eventos adversos, que reduzem a efetividade destas intervenções. Com o objetivo de medir o benefício de intervenções frente a um grupo de doentes, em condições reais, alguns estudos demonstraram, por modelagens teóricas novas, medidas de impacto populacionais, como por exemplo o número de impacto para a doença (DIN). Estas novas medidas ajudam de forma mais consistente os profissionais de saúde na tomada de decisão compartilhada com o paciente, no planejamento de ações em nível da atenção primária e na gestão mais ampliada de sistemas locais de saúde (Attia *et al.*, 2002; Heller; Edwards; McElduff, 2003; Heller *et al.*, 2002).

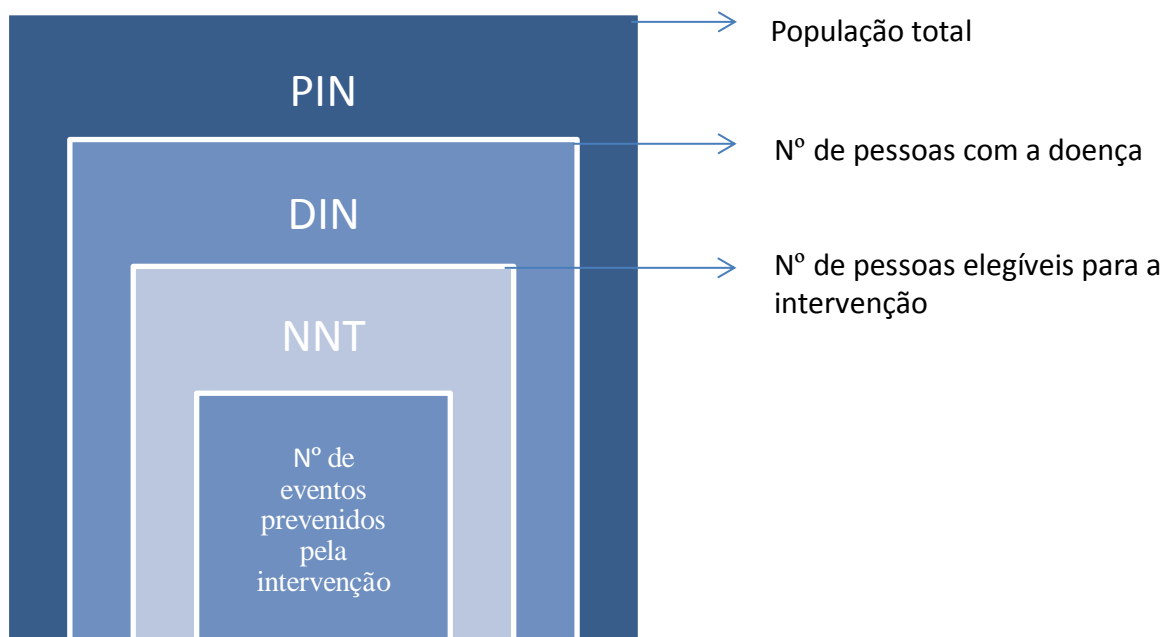


Figura 1 – Representação das medidas de benefício populacionais.

- RRA (Redução do Risco Absoluto) – é definido como a diferença do risco entre o grupo intervenção e o grupo controle. Também chamado de risco atribuível. Do ponto de vista efetivo a RRA é calculada a partir do risco basal multiplicado pela redução do risco relativo (RRR).

- NNT (Número Necessário para Tratar) – reflete o impacto de uma intervenção nos sujeitos tratados. É expressa por: $NNT = 1/RRR$

- DIN (Número de impacto para doença) – é definido como o número daqueles com a doença em questão entre os quais um evento será prevenido pela intervenção. Leva em consideração o número de pessoas na população com a doença, e não apenas aqueles elegíveis para a intervenção de acordo com o critério de entrada no ECR. É expresso por: $DIN = NNT \times 1/P_e$ ou $DIN = 1/ RRA \times P_e$, aonde P_e é a proporção de pessoas doentes expostas ou elegíveis para intervenção. O P_e é melhor definido, na prática, como o uso incremental de determinada intervenção, sendo calculado a partir da proporção de pessoas elegíveis menos as pessoas que já utilizam a mesma.

- PIN (Número de impacto para população) – é definido pelo número de pessoas na população entre aqueles que um evento será prevenido pela intervenção. Esta medida leva em consideração a população como um todo de onde os pacientes com a doença pertencem. É expressa por: $PIN = 1/RRR \times P_p$, aonde P_p é a proporção de toda população exposta ou elegível para intervenção. Ou $PIN = DIN \times 1/P_d$, aonde P_d é a proporção de toda população com a doença de interesse, definida pela incidência ou prevalência.

3.3 MANEJO DA HAS: DIRETRIZES CLÍNICAS PARA O CONTROLE PRESSÓRICO

O cuidado de indivíduos com hipertensão envolve uma organização dos serviços de saúde, em especial de APS como nível preferencial de atenção, para alcançar os objetivos e metas desejadas da qualidade assistencial, e, conseqüentemente, resultados esperados em nível individual e coletivo (Pellegrini *et al.*, 2003).

Essa qualidade do cuidado precisa ser ofertada tanto em estrutura como em processo de cuidado, de modo a garantir acesso com efetividade nesses dois níveis (Campbell; Roland; Buetow, 2000).

No cuidado dos hipertensos na APS, ao pensar na estrutura dos serviços, são necessários a oferta de recursos, a organização e o manejo dos mesmos com relação às características físicas e com relação às características dos profissionais no que diz respeito às suas habilidades e aos papéis de cada um dentro da equipe.

O serviço precisa ofertar estrutura de equipamentos, exames, medicamentos, organização de prontuários, sistema de vigilância e registro, método para seguimento dos pacientes, além de equipe multiprofissional capacitada para o cuidado integral desses pacientes (Starfield, 2002).

No processo do cuidado (Campbell; Roland; Buetow, 2000), é necessária a oferta de qualidade na atenção clínica e no cuidado interpessoal, que envolve as características da relação profissional-pessoa e um método clínico centrado na pessoa com os atributos da APS fortalecidos (Starfield, 2012).

Quanto ao processo, a equipe precisa desenvolver um cuidado integral baseado nas melhores evidências disponíveis para o reconhecimento de hipertensos na comunidade, seu cadastramento, seguimento, e controle adequado da hipertensão e manejo dos demais fatores de risco cardiovasculares (Kaplan; Opie, 2006; Pellegrini *et al.*, 2003). Deve estar preparada essencialmente para trabalhar com a avaliação de risco cardiovascular global, de maneira a ofertar um plano de cuidados individualizado e efetivo, utilizando habilidades de entrevista clínica e comunicacionais eficientes na orientação de medidas de modificação de estilo de vida e aderência ao tratamento farmacológico (“Guidance for the management of hypertension in primary care. NICE.”, 2011). Também deve constituir habilidades para a abordagem coletiva efetiva de controle da hipertensão.

A avaliação global compreende avaliação clínica (anamnese e exame físico) e laboratorial, visando a definição de causas de hipertensão, a detecção de outros fatores de risco cardiovascular e lesão em órgão-alvo, além da estratificação global do risco.

As intervenções efetivas para o controle pressórico que demonstraram redução de eventos cardiovasculares encontram-se largamente documentadas em diretrizes nacionais (“VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão”, 2010) e

internacionais (Chobanian *et al.*, 2003; Rabi *et al.*, 2011), dividindo-se em medidas não farmacológicas e farmacológicas.

Medidas não farmacológicas: envolvem um conjunto de modificações de estilo de vida, comprovadamente eficazes na redução da pressão arterial, sendo elas: dieta DASH (Abordagem Dietética para Parar a Hipertensão), ingestão restritiva de sal, perda de peso, atividade física e consumo de álcool moderado. (Whelton *et al.*, 2002). Em estudo de coorte realizado em Porto Alegre, a dieta hipossódica e hipocalórica mostrou uma redução clinicamente relevante e de longo prazo na pressão arterial em nível ambulatorial (Riegel *et al.*, 2012).

Quadro 1 - Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica*

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS**
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m ²)	PAS a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2 g (5 g de sal/dia) = no máximo, 3 colheres de café rasas de sal = 3 g + 2 g de sal dos próprios alimentos	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento	4 a 9 mmHg

* Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular.

** Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.

Fonte: Adaptado: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (“VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão”, 2010).

Medidas farmacológicas: recomendações para o início do tratamento medicamentoso também estão bem estabelecidas (Chobanian *et al.*, 2003; Rabi *et al.*, 2011; “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão”, 2010). A indicação em linhas gerais incluem pacientes não controlados com as mudanças de estilo de vida com níveis pressóricos ≥ 140 mmHg de PAS e/ ou ≥ 90 mmHg PAD. A escolha inicial envolve cinco classes: diuréticos tiazídicos, beta-bloqueadores (exceto em idosos), IECA (exceto em negros), BCC e BRA. Deve-se levar em consideração na escolha: idade, raça, indicações formais, contraindicações, e preferências do médico e do

paciente, além do custo e disponibilidade. Diretriz americana (Chobanian *et al.*, 2003) e Revisão Sistemática Cochrane (Wright; Musini, 2009) consideram os diuréticos tiazídicos como droga de primeira escolha, devido à consistência e força das evidências em relação à efetividade semelhante ou superior comparada às demais classes, além de apresentar poucos efeitos colaterais em doses baixas, posologia única diária e baixo custo.

3.4 DESAFIOS PARA A MELHORA DO CUIDADO: BAIXO CONTROLE PRESSÓRICO

Embora se tenha demonstrado o potencial de redução da pressão arterial e seu impacto na redução de eventos cardiovasculares, através de mudanças no estilo de vida e no tratamento medicamentoso, observa-se de maneira geral números pouco promissores em relação ao reconhecimento desses hipertensos, seu tratamento e seu controle (Kaplan; Opie, 2006). Embora se observe um avanço nas últimas décadas, nos Estados Unidos, até os anos 2000 ainda permanecia uma percentual de reconhecimento da hipertensão de apenas 70%, de tratamento de 59% e de controle de 34% (Chobanian *et al.*, 2003).

Estudos mais recentes (Heisler *et al.*, 2008; Oliveria *et al.*, 2002; Wang; Alexander; Stafford, 2007) mostram uma melhora nas proporções de reconhecimento e tratamento da hipertensão, provavelmente em razão da reorganização dos serviços. Contudo, os níveis de controle pressórico seguem baixos, constituindo ainda o maior desafio no cuidado aos hipertensos.

Com relação ao controle pressórico insuficiente, compreende-se como motivos uma complexidade de fatores relacionados ao paciente, ao profissional e ao sistema de saúde.

3.4.1 Fatores relacionados ao paciente

Com relação ao paciente, o principal fator relacionado ao controle inadequado refere-se à baixa adesão a mudanças de estilo de vida e seus fatores motivacionais e ao tratamento medicamentoso (Morris *et al.*, 2006). Dentre os fatores precipitantes para o baixo autocuidado e conseqüente elevação pressórica destaca-se a exposição

crônica ao estresse psicológico (Gasperin *et al.*, 2009). Observou-se também uma menor adesão ao tratamento entre paciente com algum déficit cognitivo, devendo-se ter um cuidado multiprofissional adequado e prioritário para este grupo de pacientes (Jacobs *et al.*, 2011).

3.4.2 Fatores relacionados ao profissional

A outra questão essencial no cuidado dos pacientes hipertensos é a adesão dos profissionais de saúde ao conhecimento das atuais evidências e sua aplicabilidade. Portanto, neste nível, observam-se distintas lacunas (*gaps*). A primeira lacuna envolve a apropriação do conhecimento pelo profissional; a segunda, a incorporação desta a sua prática; a terceira, a aplicação desta ao paciente; e a quarta, a utilização de meios efetivos no aconselhamento junto ao paciente. De todos estes fatores, o mais estudado é a dificuldade ou paralisia na tomada de decisão para mudança quando ela é necessária, fenômeno que foi nomeado de “Inércia Clínica”, descrita em vários estudos nacionais (Hoepfner; Franco, 2010; Lima *et al.*, 2009) e internacionais (Sutton *et al.*, 2010), dos quais a maioria mostra uma convergência de resultados onde a “inércia clínica” está presente em 60-80% das vezes que se precisa tomar uma decisão para melhorar o controle pressórico, como, por exemplo, aumentar a dose de um medicamento ou acrescentar outra classe farmacológica.

Outro quesito relacionado com a intervenção profissional refere-se a questões da relação profissional-pessoa de forma inapropriada e centrada na doença, que leva a um baixo vínculo e má negociação do plano terapêutico, utilizando intervenções educacionais ineficazes, gerando má adesão ao tratamento pelo paciente (Alves; Nunes, 2006).

Alguns estudos nacionais qualitativos (Araújo; Paz; Moreira, 2010; Felipe; Abreu; Moreira, 2008) apontam para um aproveitamento inadequado dos profissionais da equipe da ESF, em especial do enfermeiro, que se sente pouco motivado e apoiado pela gestão, e sem treinamento específico para o cuidado integral com o hipertenso.

3.4.3 Fatores relacionados ao sistema e serviços

Pellegrini (2003) trouxe à discussão um elemento prioritário no cuidado do hipertenso que é a presença dos fatores organizacionais do serviço de saúde. Dentre estes, a presença dos atributos de atenção primária como fatores definidores para o melhor cuidado, que são, inclusive, independentes das características dos pacientes e dos profissionais.

Estudos que avaliaram serviços de atenção primária no Brasil em diversos estados, evidenciam falhas e inadequação do processo de cuidado a pacientes hipertensos, relacionados com a oferta e a utilização desses serviços, além do baixo controle pressórico (Helena; Nemes; Eluf-Neto, 2010; Paniz *et al.*, 2010; Piccini *et al.*, 2006; Rodrigues *et al.*, 2009; Sousa; Souza; Scochi, 2006; Souza; Garnelo, 2008). Demonstraram a falta de captação, vigilância e seguimento dos hipertensos (Sousa; Souza; Scochi, 2006); falhas no processo de cuidado (Paiva; Bersusa; Escuder, 2006) e dificuldades no acesso à medicação (Bersusa *et al.*, 2010).

Contudo, alguns deles mostram diferenças consistentes entre modelos assistenciais, dos quais a ESF ofertou um conjunto de ações e gerou melhor satisfação quando comparada às Unidades Básicas Tradicionais. Dentre estas ações e resultados, destacam-se a maior oferta de consultas, a maior agilidade no tempo de marcação, a oferta de grupos, e melhor assistência farmacêutica e controle pressórico (Mano; Pierin, 2005; Paniz *et al.*, 2010; Piccini *et al.*, 2006; Rodrigues *et al.*, 2009).

De uma maneira ampliada, estes estudos evidenciam a baixa qualidade da atenção primária na rede brasileira, com a fraca presença e extensão dos atributos essenciais da APS (acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação), impactando em um cuidado insuficiente às pessoas com hipertensão.

Existem evidências nacionais que demonstram que a ESF apresenta uma maior orientação para APS de qualidade do que o modelo tradicional (Oliveira, 2007), e que serviços de APS com maior força de orientação oferecem um melhor processo de cuidado a hipertensos (Trindade; Harzheim, 2007) e diabéticos (Gonçalves, 2007).

3.5 INTERVENÇÕES MULTIFACETADAS NA APS PARA CONTROLE PRESSÓRICO

Para enfrentar o desafio de melhorar o cuidado de pacientes hipertensos, envolvendo seus pontos críticos, várias intervenções na atenção primária têm sido propostas e testadas. Estas intervenções podem ser dirigidas ao paciente, ao profissional ou à organização do sistema de saúde em si. Embora seja difícil medir o impacto isolado destas intervenções, vários pesquisadores avaliaram as mesmas separadamente ou em conjunto.

Será relatado um conjunto de revisões sistemáticas e estudos experimentais sobre o tema, podendo-se ressaltar desde já a heterogeneidade destes, e que algumas vezes mostraram resultados divergentes. Observa-se no conjunto destes estudos experimentais uma variabilidade na efetividade das intervenções, causada por motivos diversos relacionados à metodologia empregada em cada um deles, como: a) diferenças no processo de amostragem e critérios para controle pressórico, assim como no tamanho da amostra; b) variabilidade do tempo de seguimento para o desfecho; c) alguns estudos sem comparabilidade entre o grupo intervenção e o controle, apenas análises de antes e depois em cada grupo isolado; d) alguns estudos sem controle estatístico para o efeito de *cluster* das unidades de saúde; e) alguns estudos relatam um cuidado usual/habitual no grupo controle, sem detalhar este tipo de cuidado, com provável variabilidade entre o cuidado usual nos diversos estudos; f) diferenças sistemáticas entre os tipos de serviços avaliados nos estudos, com relação à qualidade da APS, à qualidade dos profissionais envolvidos, que impactam diretamente na comparabilidade de uma intervenção com o grupo controle conforme o contexto do sistema de saúde local; g) e, por fim, a variabilidade entre as intervenções e a dificuldade de se isolar o efeito de cada uma.

Diante do exposto, é necessário interpretar com cautela esse conjunto de evidências, e buscar um entendimento consensual para destacar as intervenções mais efetivas.

Weingarten (2002) analisou 102 artigos de intervenções para doenças crônicas, com educação para pacientes, educação para profissionais de saúde e *feedback* para profissionais. A maioria dos programas utilizou mais de uma intervenção. Educação para profissionais, *feedback* e lembretes foram associados

significativamente com a aderência dos profissionais em utilizar diretrizes (*effect sizes*, IC 95% 0.44 (0.19 a 0.68), 0.61 (0.28 a 0.93), e 0.52 (0.35 a 0.69), respectivamente) e com melhora significativa no controle das doenças nos pacientes (*effect sizes* 0.35 (0.19 a 0.51), 0.17 (0.10 a 0.25), e 0.22 (0.1 a 0.37), respectivamente). Educação para pacientes, lembretes e incentivos financeiros estava associada à melhora da doença nos pacientes (*effect sizes* 0.24 (0.07 a 0.40), 0.27 (0.17 a 0.36), e 0.40 (0.26 a 0.54) respectivamente).

Walsh(2006) avaliou 44 estudos experimentais relacionados com intervenções na APS, objetivando o controle pressórico de pacientes hipertensos. Encontrou como resultado global a melhora do controle pressórico de 16,2% nos grupos de intervenção contra 6% no grupo controle. As intervenções que apresentaram maior impacto relacionavam-se com a mudança da equipe através da incorporação de responsabilidades para outros membros desta além do médico.

Fahey et al.(2005) e Glynn et al.(2010) realizaram duas revisões sistemáticas de ECR sobre intervenções para a melhora do manejo da HAS na APS. As intervenções foram categorizadas em: automonitoramento; intervenções educacionais direcionadas aos pacientes; educacionais direcionadas aos profissionais; profissional de saúde específico para o cuidado (enfermeiro ou farmacêutico); intervenções organizacionais; e sistemas de lembrança da consulta. As conclusões e recomendações dessas revisões referem um maior impacto das intervenções multifacetadas que envolvem a organização do sistema de saúde no cadastro, na revisão regular e seguimento do paciente, implementando um protocolo escalonado para mudança do tratamento caso o paciente não atinja o alvo. O automonitoramento mostrou-se útil ao cuidado enquanto sistemas de lembretes e profissionais específicos liderando o cuidado necessitam de melhor avaliação. A educação para pacientes ou profissionais de maneira isolada mostrou efeitos limitados.

Essas revisões referenciam um grande ECR realizado (“Five-year findings of the hypertension detection and follow-up program. I. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group”, 1979) na década de 70, com intervenções multifacetadas, que mostrou impacto inclusive na redução de mortalidade no grupo experimental.

Serão descritas separadamente as intervenções que se mostraram efetivas no cuidado ao hipertenso, sendo o controle pressórico o desfecho primário na maioria desses estudos. Ressalta-se que parte dos estudos experimentais que serão citados utilizaram intervenções combinadas, não sendo possível separar o efeito de cada intervenção isoladamente.

3.5.1 Dirigidas aos pacientes

As intervenções dirigidas aos pacientes variam conforme os objetivos primários e secundários. As estratégias utilizadas são tanto individuais quanto em grupo, presenciais ou por telefone, para monitoramento da pressão, mudança de estilo de vida, adesão medicamentosa e seguimento no serviço de saúde.

Rinfret *et al.* (2009) realizaram um estudo utilizando tecnologia de informação associada à medida da PA com *feedback* para pacientes e profissionais, sensibilizando quanto à necessidade de seguimento e intervenção terapêutica comparado ao cuidado usual, mostrando diferença significativa na redução dos níveis pressóricos.

Sutton (2010) realizou um estudo utilizando como intervenção a orientação educacional aos pacientes sobre tratamento farmacológico, em especial quanto ao uso de drogas de primeira escolha (diuréticos tiazídicos), evidenciando maior motivação dos pacientes, os quais passaram a discutir melhor com seus médicos na tomada de decisão sobre seus tratamentos, tornando-se mais proativos no processo de mudança.

Bosworth *et al.* (2009) desenvolveram um ECR direcionado aos profissionais e pacientes, e neste nível foram divididos entre seguimento usual e intervenção de orientação comportamental para a melhoria do tratamento anti-hipertensivo realizado por enfermeiros, por telefone, evidenciando melhora do controle pressórico no grupo intervenção (antes e depois, respectivamente, 40,1% para 54,4% em 2 anos; $p=0,03$), mas sem diferença em relação ao controle. Datta (2010) demonstrou em outro estudo que neste ECR essa intervenção foi custo-efetiva.

Outro estudo (Svetkey *et al.*, 2009) utilizando intervenções combinadas direcionadas a médicos e pacientes, neste caso realizando para estes últimos 20 sessões em grupo semanais seguidas de 12 aconselhamentos mensais por telefone,

focados em mudança no estilo de vida (perda de peso, dieta DASH e hipossódica, e exercícios), evidenciou redução dos níveis de PAS em 6 meses; contudo, a diferença entre os grupos não se manteve após 18 meses.

Goode (2011) testou aconselhamento telefônico para mudança do estilo de vida, focado em dieta e atividade física, apresentando resultados modestos na incorporação destas mudanças em 12 meses, e concluiu sobre a necessidade de tempo maior para poder influenciar em mudanças comportamentais complexas.

Amado et al. (2011) realizaram um ECR tipo *cluster* multicêntrico na Catalunha com intervenções de educação para pacientes, realizadas por enfermeiros durante 12 meses, não se evidenciando diferenças consistentes entre os grupos, apenas uma melhora relacionada ao conhecimento sobre a doença e aderência ao tratamento intragrupo, e sem impacto no controle pressórico.

Ogedeghe (2012) realizou um ECR com intervenção educacional para pacientes através de estímulo telefônico, além de premiação para melhoria da autoestima, comparada ao cuidado usual (que utilizou informações escritas sobre o tratamento para hipertensão), mostrando melhora na adesão medicamentosa em 12 meses, com impacto intra grupo do controle pressórico, mas sem diferença comparada ao grupo controle.

Hacihasanoglu e Gozum (2011) desenvolveram um ECR na Turquia com intervenções educacionais direcionadas aos pacientes sobre adesão medicamentosa e mudança no estilo de vida em 6 sessões mensais (4 no serviço e 2 no domicílio), comparado ao cuidado usual, mostrando melhora do controle pressórico, da adesão medicamentosa e da mudança do estilo de vida nos grupos da intervenção (antes e depois). Contudo não foi realizada comparação entre os grupos.

Foram avaliadas em uma revisão sistemática algumas intervenções relacionadas ao manejo do estresse psicológico, identificando-se o programa de meditação transcendental como a abordagem mais efetiva na redução dos níveis pressóricos, além de impactar positivamente em outros fatores de risco cardiovasculares e desfechos clínicos (Rainforth *et al.*, 2007).

3.5.2 Dirigidas aos profissionais

As intervenções dirigidas aos profissionais se baseiam em processos educativos que tem como ênfase orientar o uso de práticas baseadas em evidências na tomada de decisão do profissional, especialmente relacionada com as medidas farmacológicas, garantindo adesão do profissional a estas evidências. Como maior desafio destas intervenções está a superação da inércia clínica descrita anteriormente. Os processos educativos variam no formato pedagógico associado ao uso da tecnologia de informação, além de *feedback* e auditoria.

Estudo (Svetkey *et al.*, 2009) descrito anteriormente de intervenção combinada (pacientes e profissionais), que evidenciou melhora no controle pressórico, desenvolveu um treinamento para os médicos pela internet sobre a utilização de protocolo americano de abordagem a hipertensos (Chobanian *et al.*, 2003), além do fornecimento de material impresso para tomada de decisão e *feedback* sobre as metas previstas.

Uma revisão sistemática (Clark *et al.*, 2010) que avaliou intervenções direcionadas a enfermeiras destaca o tratamento escalonado baseado em algoritmos como efetivo no controle da PAS (-8,2 mmHg IC96% -11,5 a -4,9), indicando como alternativa para superar a inércia clínica. Como intervenção de uso de protocolos para guiar a tomada de decisão ressalta-se outro estudo procedido por Mendis *et al.* (2010) realizado na China e Nigéria, que utilizaram o protocolo da OMS, evidenciando melhora do controle pressórico no grupo experimental.

A maioria dos estudos tende a utilizar estratégias educativas tradicionais ou via protocolos informatizados, contudo um estudo (Drexel *et al.*, 2011) utilizou uma estratégia pedagógica diferenciada para educação médica continuada baseada em metodologia ativa através da discussão de vinhetas de casos clínicos padronizados, mostrando melhor aprendizado das evidências trazidas pelas diretrizes de manejo da hipertensão. Outro estudo (Shuval *et al.*, 2010) enfatiza que profissional que tem mais conhecimento de medicina baseada em evidências associa-se a um melhor cuidado a pacientes com doença crônica, e toma melhores decisões frente a estes.

Dois estudos de intervenções multifacetadas (Rinfret *et al.*, 2009; Svetkey *et al.*, 2009), já citados anteriormente, ressaltam o uso de *feedback* aos profissionais de saúde sobre o cuidado dos seus pacientes, relacionados essencialmente com o

controle pressórico e adesão medicamentosa, mostrando uma mudança na tomada de decisão comparada aos grupos controles, que impactam por fim num melhor controle pressórico dos pacientes. Outro estudo (Gomez Marcos *et al.*, 2006), também com intervenção educacional multifacetada para médicos, incluindo treinamentos de protocolo de avaliação de risco cardiovascular em pacientes hipertensos e *feedback*, apresentou redução do risco cardiovascular global dos pacientes do grupo intervenção.

3.5.3 Dirigidas ao sistema de saúde

As intervenções relacionadas ao sistema de saúde são divididas em dois blocos. Primeiro, diz respeito à forma de organização do processo de trabalho e dos profissionais que compõe a equipe responsável pelo cuidado dos paciente hipertensos e de como este cuidado é ofertado. E o segundo relaciona-se com forma de gerenciamento das informações sobre os pacientes, como cadastro, revisões, controle pressórico, seguimento, e o suporte informatizado para tomada de decisão pelos profissionais.

3.5.3.1 Processo de trabalho – equipe multiprofissional

Russel *et al.* (2009) realizaram um estudo comparativo de tipos de serviços de saúde em Ontario, Canadá, mostrando que serviços de atenção primária menores, com menos de quatro médicos, com enfermeiro na equipe e com a proporção menor de pessoas por médico provem melhor qualidade do cuidado em doença crônica.

Um estudo qualitativo (Margolius *et al.*, 2012), realizado nos Estados Unidos, derivado de um estudo experimental, avaliou a opinião de médicos sobre a importância de técnicos de saúde colaborando no cuidado a pacientes hipertensos. Dentre os pontos consensuais deste grupo focal, defenderam delegar funções aos técnicos, que estes interajam com frequência com os pacientes, que os mesmos ajudem na aderência ao tratamento medicamentoso, que colaborem no entendimento sobre as barreiras dos pacientes em atingir o controle pressórico, e que gostariam da ajuda permanente deles na equipe.

Brownstein *et al.* (2007) realizaram uma revisão sistemática de ECR que avaliou a efetividade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no cuidado a pessoas com hipertensão. Dentre os sete ECRs avaliados vários relataram melhora

significativa em comportamentos de autocuidado, incluindo o agendamento e aderência ao tratamento anti-hipertensivo. Quatro ECRs evidenciaram mudanças positivas na utilização dos serviços de saúde e dois mostraram melhoras significativas em desfechos nos pacientes como mudança do risco cardiovascular.

Pellegrini (2003) avaliou o baixo controle pressórico em pacientes diabéticos, identificando um pior controle em clínicas de diabetes quando comparado aos pacientes cuidados por clínicos gerais, e pior quando os médicos são homens em comparação a mulheres.

A maioria dos estudos realizados sobre a composição da equipe contemplam o profissional farmacêutico ou enfermeiro realizando intervenções para melhora do controle pressórico. Carter (2009) realizou uma revisão sistemática de estudos experimentais com enfermeiros e farmacêuticos evidenciando em ambos os casos melhor controle pressórico quando inserido nas equipes de cuidado ao hipertenso. Clark (2010) em outra revisão sistemática avaliou diferentes intervenções realizadas por enfermeiros prescritores, evidenciando a efetividade do uso de protocolos escalonados e do monitoramento por telefone e comunitário no controle pressórico. Contudo outros estudos, como o realizado por Ulm (2010) mostraram efeito modesto no controle pressórico realizado por cuidado com enfermeiro comparado ao controle usual em um ano.

Dois ECRs tipo *cluster* em que a intervenção foi o cuidado farmacêutico para melhora do controle pressórico, mostraram resultados divergentes. Um realizado no Brasil por Obreli Neto *et al.* (2011) mostrou diferença entre os grupos em três anos, enquanto outro procedido nos EUA (Veteran Affairs e Kaiser Permanente) por Heisler *et al.* (2012) não mostrou diferença estatística entre o grupo intervenção e controle.

3.5.3.2 Organização do cuidado

Montgomery & Fahey (1998) realizaram uma revisão sistemática para avaliar o uso de sistema computacional de suporte à decisão clínica no manejo da hipertensão, e encontraram evidências sugerindo uma melhora no seguimento dos pacientes especialmente na busca e captação destes.

Hicks *et al.* (2008) desenvolveram um ECR tipo *cluster* para avaliar a mesma metodologia encontrando melhora na prescrição e na aderência às recomendações das diretrizes (OR:1,39; IC95%: 1,13-1,72), contudo sem impacto no controle pressórico.

Resumo das evidências das intervenções multifacetadas

Embora para algumas intervenções a literatura não seja convergente, provavelmente causada pela heterogeneidade dos serviços de saúde associado a diferenças metodológicas, podemos resumir as recomendações para o melhor cuidado à pessoa com hipertensão na atenção primária, conforme as evidências mais robustas (Brownstein *et al.*, 2007; Carter *et al.*, 2009; Clark *et al.*, 2010; Glynn *et al.*, 2010; Montgomery; Fahey, 1998; Walsh *et al.*, 2006; Weingarten *et al.*, 2002):

- As intervenções isoladas tem pouco efeito, em especial as de caráter educacional;
- As estratégias multifacetadas devem buscar superar as lacunas relacionadas com a atitude do profissional e do paciente na tomada de decisão e adesão ao tratamento, respectivamente;
- Faz-se necessário que o serviço de saúde tenha um sistema organizado, de preferência computadorizado, para gerenciamento das informações destes pacientes, com cadastro atualizado, indicando a necessidade de busca e seguimento de pacientes;
- O uso de estratégias educativas permanentes para profissionais de saúde, aliadas a sistema computacional de tomada de decisão, que traga os protocolos de tratamento escalonados e lembretes, associados a *feedback* e auditoria, é efetivo quando articulado as demais intervenções multifacetadas.
- As estratégias educativas direcionadas aos pacientes se mostram efetivas quando realizadas em grupo e individualmente, de maneira presencial e por telefone, de forma periódica e permanente.
- O automonitoramento da pressão pelos pacientes mostrou-se efetivo em melhorar adesão ao tratamento e atingir melhor controle pressórico.
- A incorporação de outro profissional de saúde na equipe de APS além do médico de família e comunidade para o cuidado dos pacientes se mostrou

eficaz. Contudo novos estudos são necessários para esclarecer se existe superioridade entre eles, especialmente o enfermeiro e o farmacêutico.

- A presença dos ACS no cuidado ao hipertenso melhora a adesão medicamentosa e o vínculo com seguimento mais adequado dos pacientes aos serviços. A literatura atual não descreve o custo-efetividade destes nas equipes de APS no cuidado a pessoas hipertensas.
- Estas estratégias para serem efetivas precisam ser incorporadas de maneira conjunta e permanente aos serviços, e não apenas pontualmente, portanto precisam também serem testadas no longo prazo e procedidos estudos de custo-efetividade entre elas.

Observa-se no Brasil uma alta mortalidade por doença cardiovascular, sendo a hipertensão seu principal fator de risco (Schmidt *et al.*, 2011; Schramm *et al.*, 2004). A APS tem um papel importante no cuidado às pessoas com doença crônica, com alto potencial de prevenir o desenvolvimento das mesmas e de evitar hospitalizações desnecessárias e morte prematura por causas cardiovasculares (Bodenheimer; Wagner; Grumbach, 2002; Caminal *et al.*, 2004; Rothman; Wagner, 2003). O maior desafio está no controle pressórico destes pacientes (Wang; Alexander; Stafford, 2007). Este depende diretamente da melhoria da organização dos serviços (Pellegrini *et al.*, 2003), através da qualificação da estrutura e do processo de cuidado ofertado pelas equipes (Campbell; Roland; Buetow, 2000). Esta qualificação do cuidado aos hipertensos tem por objetivo garantir um seguimento terapêutico adequado destes, com adesão às intervenções de mudança no estilo de vida e medicamentosas (Fahey; Schroeder; Ebrahim, 2005).

Ao se avaliar os serviços de APS quanto à estrutura e o processo de cuidado, através da medição de variáveis dos próprios serviços e dos profissionais que prestam este cuidado, amplia-se as informações para os gestores e profissionais para redefinição de ações e políticas públicas prioritárias para qualificar a atenção aos pacientes hipertensos. Uma estratégia potencializadora da escolha de quais intervenções são prioritárias é estimar o impacto real delas na redução de eventos cardiovasculares, partindo-se do que já é utilizado pelos hipertensos e medindo-se o quanto de incremento pode ser obtido do ponto de vista comunitário (Attia *et al.*,

2002; Heller; Edwards; McElduff, 2003). Contudo evidencia-se uma escassez na literatura de estudos que avaliaram de forma abrangente o processo de atenção aos hipertensos adscritos a rede de atenção primária em Porto Alegre e no Brasil. Faz-se necessário, portanto, uma avaliação integral da qualidade do cuidado prestado pela rede de APS a estes pacientes hipertensos através do acesso e da efetividade às intervenções que mostraram impacto na redução de eventos cardiovasculares.

4 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade do cuidado assistencial ofertada aos hipertensos da rede de Atenção Primária do Município de Porto Alegre, e sua efetividade na redução de internações por causas cardiovasculares.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a estrutura da rede de APS de Porto Alegre organizada para a oferta de atenção aos hipertensos.
- Descrever o perfil dos profissionais de saúde que realizam atenção aos hipertensos da rede de APS de Porto Alegre.
- Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde da rede de APS de Porto Alegre sobre o manejo de hipertensos acompanhados nas unidades de saúde.
- Avaliar a associação das características dos profissionais com o processo de cuidado à pessoa com hipertensão na rede de APS de Porto Alegre.
- Estimar o potencial impacto da adoção de intervenções farmacológicas e não farmacológicas sobre a taxa de internações por causas cardiovasculares, no âmbito da atenção primária à saúde.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABACI, A. *et al.* Treatment and control of hypertension in Turkish population: a survey on high blood pressure in primary care (the TURKSAHA study). **Journal of human hypertension**, v. 20, n. 5, p. 355–361, maio. 2006.
- AL-RUKBAN, M. O. *et al.* Management of hypertensive patients in primary health care setting, auditing the practice. **Saudi medical journal**, v. 28, n. 1, p. 85–90, jan. 2007.
- ALVAREZ-SALA, L. A. *et al.* [PREVENCAT study: control of cardiovascular risk in primary care]. **Medicina clínica**, v. 124, n. 11, p. 406–410, 26 mar. 2005.
- ALVES, V. S.; NUNES, M. DE O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 131–147, 2006.
- AMADO, G. E. *et al.* Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. **Gac.Sanit.**, v. 25, n. 1578-1283 (Electronic), p. 62–67, jan. 2011.
- ARAÚJO, J. L. DE; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 14, p. 560–566, 2010.
- ATTIA, J. *et al.* Impact numbers in health policy decisions. **Journal of epidemiology and community health**, v. 56, n. 8, p. 600–605, ago. 2002.
- AZAMBUJA, M. I. *et al.* Economic burden of severe cardiovascular diseases in Brazil: an estimate based on secondary data. **Arq Bras.Cardiol.**, v. 91, n. 1678-4170 (Electronic), p. 148–171, set. 2008.
- BASILE, J. N. *et al.* A statewide primary care approach to cardiovascular risk factor control in high-risk diabetic and nondiabetic patients with hypertension. **Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.)**, v. 6, n. 1, p. 18–25, jan. 2004.
- BASSANESI, S. L.; AZAMBUJA, M. I.; ACHUTTI, A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. **Arq Bras Cardiol**, v. 90, n. 6, p. 403–12, 2008.
- BAUMGARDNER, D. J. *et al.* Does proximity to clinic affect immunization rates and blood pressure? **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 36, n. 2, p. 199–209, 2006.
- BECKER, D. M. *et al.* Impact of a community-based multiple risk factor intervention on cardiovascular risk in black families with a history of premature coronary disease. **Circulation**, v. 111, n. 10, p. 1298–1304, 15 mar. 2005.
- BERSUSA, A. A. S. *et al.* Acesso a serviços de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e ou diabetes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, p. 513–522, 2010.
- BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. **JAMA: the journal of the American Medical Association**, v. 288, n. 15, p. 1909–1914, 2002.
- BOSWORTH, H. B. *et al.* Patient education and provider decision support to control blood pressure in primary care: a cluster randomized trial. **Am.Heart J.**, v. 157, n. 1097-6744 (Electronic), p. 450–456, mar. 2009.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica.** Brasília: MS, 2006.
- BROWNSTEIN, J. N. *et al.* Effectiveness of community health workers in the care of people with hypertension. **Am.J.Prev.Med.**, v. 32, n. 0749-3797 (Print), p. 435–447, maio. 2007.
- CAMINAL, J. *et al.* The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **The European Journal of Public Health**, v. 14, n. 3, p. 246–251, 2004.
- CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social science & medicine (1982)**, v. 51, n. 11, p. 1611–1625, dez. 2000.
- CARTER, B. L. *et al.* The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis. **Arch.Intern.Med.**, v. 169, n. 1538-3679 (Electronic), p. 1748–1755, 26 out. 2009.
- CHOBANIAN, A. V. *et al.* The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. **JAMA**, v. 289, n. 0098-7484 (Print), p. 2560–2572, 21 maio. 2003.
- CLARK, C. E. *et al.* Nurse led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension: systematic review and meta-analysis. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 341, p. c3995, 2010.
- COCA, A. *et al.* [Treatment and control of cardiovascular risk in primary care in Spain. The PREVENCAT study]. **Medicina clínica**, v. 126, n. 6, p. 201–205, 18 fev. 2006.
- COCHRANE, A. L. Archie Cochrane in his own words. Selections arranged from his 1972 introduction to “Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on the Health Services” 1972. **Controlled clinical trials**, v. 10, n. 4, p. 428–433, dez. 1989.
- COSTA, J. S. D. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq Bras Cardiol**, v. 88, n. 1, p. 59–65, 2007.
- CUNHA, C. R. H. **Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o programa saúde da família e o modelo tradicional.** [S.l.: s.n.].
- DATTA, S. K. *et al.* Economic analysis of a tailored behavioral intervention to improve blood pressure control for primary care patients. **Am.Heart J.**, v. 160, n. 1097-6744 (Electronic), p. 257–263, ago. 2010.
- DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1699–1707, 2008.
- DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 358–364, 2010.
- DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA: the journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 23 set. 1988.
- DOURADO, I. *et al.* Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Med.Care**, v. 49, n. 1537-1948 (Electronic), p. 577–584, jun. 2011.
- DREXEL, C. *et al.* Highly interactive multi-session programs impact physician behavior on hypertension management: outcomes of a new CME model. **Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.)**, v. 13, n. 2, p. 97–105, fev. 2011.

- ELIAS, P. E. *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633–41, 2006.
- 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**, v. 11, n. 3, p. 669–81, 2006.
- FAHEY, T.; SCHROEDER, K.; EBRAHIM, S. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. **Cochrane.Database.Syst.Rev.**, n. 1469-493X (Electronic), p. CD005182, 2005.
- FAHEY, T.; SCHROEDER, K.; EBRAHIM, S. Educational and organisational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. **Br.J.Gen.Pract.**, v. 55, n. 0960-1643 (Print), p. 875–882, nov. 2005.
- FELIPE, G. F.; ABREU, R. N. D. C. DE; MOREIRA, T. M. M. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, p. 620–627, 2008.
- Five-year findings of the hypertension detection and follow-up program. I. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. **JAMA**, v. 242, n. 0098-7484 (Print), p. 2562–2571, 7 dez. 1979.
- GASPERIN, D. *et al.* Effect of psychological stress on blood pressure increase: a meta-analysis of cohort studies. **Cadernos de saúde pública**, v. 25, n. 4, p. 715–726, abr. 2009.
- GLYNN, L. G. *et al.* Self-monitoring and other non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. **The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 60, n. 581, p. e476–488, dez. 2010.
- GOMEZ MARCOS, M. A. *et al.* [Effectiveness of an intervention to improve quality care in reducing cardiovascular risk in hypertensive patients]. **Aten.Primaria**, v. 37, n. 0212-6567 (Print), p. 498–503, 31 maio. 2006.
- GONÇALVES, M. R. **Associação entre a qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre**. Porto Alegre.: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia., 2007.
- GOODE, A. D. *et al.* A telephone-delivered physical activity and dietary intervention for type 2 diabetes and hypertension: does intervention dose influence outcomes? **Am.J.Health Promot.**, v. 25, n. 0890-1171 (Print), p. 257–263, mar. 2011.
- GOULART, F. A. A. **Experiências em saúde da família: cada caso é um caso**. [S.l.: s.n.].
- GREEN, L. A. *et al.* The ecology of medical care revisited. **The New England journal of medicine**, v. 344, n. 26, p. 2021–2025, 28 jun. 2001.
- GRIFFIN, S. J. *et al.* Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. **The Annals of Family Medicine**, v. 2, n. 6, p. 595–608, 2004.
- Guidance for the management of hypertension in primary care. NICE. ago. 2011.
- GUS, I. *et al.* Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arq Bras Cardiol**, v. 83, n. 5, p. 424–8, 2004.

- HACIHASANOGLU, R.; GOZUM, S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. **J.Clin.Nurs.**, v. 20, n. 1365-2702 (Electronic), p. 692–705, mar. 2011.
- HARZHEIM, E. *et al.* Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 1, p. 156, 2006.
- HARZHEIM, E. *et al.* Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1649–1659, 2006.
- HARZHEIM, E.; ÁLVAREZ-DARDET, C. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 3, n. 9, p. 60–61, 2007.
- HEISLER, M. *et al.* When more is not better: treatment intensification among hypertensive patients with poor medication adherence. **Circulation**, v. 117, n. 1524-4539 (Electronic), p. 2884–2892, 3 jun. 2008.
- HEISLER, M. *et al.* Improving blood pressure control through a clinical pharmacist outreach program in patients with diabetes mellitus in 2 high-performing health systems: the adherence and intensification of medications cluster randomized, controlled pragmatic trial. **Circulation**, v. 125, n. 23, p. 2863–2872, 12 jun. 2012.
- HELENA, E. T. DE S.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 614–626, 2010.
- HELLER, R. F. *et al.* Impact numbers: measures of risk factor impact on the whole population from case-control and cohort studies. **Journal of epidemiology and community health**, v. 56, n. 8, p. 606–610, ago. 2002.
- HELLER, R. F.; EDWARDS, R.; MCEL DUFF, P. Implementing guidelines in primary care: can population impact measures help? **BMC public health**, v. 3, p. 7, 23 jan. 2003.
- HICKS, L. S. *et al.* Impact of computerized decision support on blood pressure management and control: a randomized controlled trial. **J.Gen.Intern.Med.**, v. 23, n. 1525-1497 (Electronic), p. 429–441, abr. 2008.
- HOEPFNER, C.; FRANCO, S. C. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, p. 223–229, 2010.
- JACOBS, Ú. *et al.* The influence of cognition, anxiety and psychiatric disorders over treatment adherence in uncontrolled hypertensive patients. **PloS one**, v. 6, n. 8, p. e22925, 2011.
- KALANTAN, K. A. *et al.* Hypertension among attendants of primary health care centers in Al-Qassim region, Saudi Arabia. **Saudi medical journal**, v. 22, n. 11, p. 960–963, nov. 2001.
- KAPLAN, N. M.; OPIE, L. H. Controversies in hypertension. **Lancet**, v. 367, n. 1474-547X (Electronic), p. 168–176, 14 jan. 2006.
- KEARNEY, P. M. *et al.* Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**, v. 365, n. 1474-547X (Electronic), p. 217–223, 15 jan. 2005.
- LAKHAN, S. E.; SAPKO, M. T. Blood pressure lowering treatment for preventing stroke recurrence: a systematic review and meta-analysis. **Int.Arch.Med.**, v. 2, n. 1755-7682 (Electronic), p. 30, 2009.

- LAWES, C. M. *et al.* Blood pressure and stroke: an overview of published reviews. **Stroke**, v. 35, n. 1524-4628 (Electronic), p. 1024, abr. 2004.
- LEWINGTON, S. *et al.* Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **Lancet**, v. 360, n. 0140-6736 (Print), p. 1903–1913, 14 dez. 2002.
- LIMA, S. M. L. *et al.* Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2001–2011, 2009.
- MACINKO, J. *et al.* Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **The International journal of health planning and management**, v. 19, n. 4, p. 303–317, 2004.
- MACINKO, J. *et al.* Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Aff.(Millwood.)**, v. 29, n. 1544-5208 (Electronic), p. 2149–2160, dez. 2010.
- MACINKO, J. *et al.* The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999–2007. **Am.J.Public Health**, v. 101, n. 1541-0048 (Electronic), p. 1963–1970, out. 2011.
- MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. DE. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13–19, 2006.
- MAJERNICK, T. G. *et al.* Correlates of hypertension control in a primary care setting. **American journal of hypertension**, v. 17, n. 10, p. 915–920, out. 2004.
- MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, p. 269–275, 2005.
- MARGOLIUS, D. *et al.* Delegating responsibility from clinicians to nonprofessional personnel: the example of hypertension control. **J.Am.Board Fam.Med.**, v. 25, n. 1557-2625 (Print), p. 209–215, mar. 2012.
- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012.
- MENDIS, S. *et al.* Cardiovascular risk management and its impact on hypertension control in primary care in low-resource settings: a cluster-randomized trial. **Bull.World Health Organ**, v. 88, n. 1564-0604 (Electronic), p. 412–419, jun. 2010.
- MENDONCA, C. S. *et al.* Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy Plan.**, v. 27, n. 1460-2237 (Electronic), p. 348–355, jul. 2012.
- MONTGOMERY, A. A.; FAHEY, T. A systematic review of the use of computers in the management of hypertension. **J.Epidemiol.Community Health**, v. 52, n. 0143-005X (Print), p. 520–525, ago. 1998.
- MORRIS, A. B. *et al.* Factors associated with drug adherence and blood pressure control in patients with hypertension. **Pharmacotherapy**, v. 26, n. 4, p. 483–492, abr. 2006.
- NEAL, B.; MACMAHON, S.; CHAPMAN, N. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. **Lancet**, v. 356, n. 0140-6736 (Print), p. 1955–1964, 9 dez. 2000.

- OBRELI-NETO, P. R. *et al.* Effect of a 36-month pharmaceutical care program on pharmacotherapy adherence in elderly diabetic and hypertensive patients. **International journal of clinical pharmacy**, v. 33, n. 4, p. 642–649, ago. 2011.
- OGEGEBE, G. O. *et al.* A randomized controlled trial of positive-affect intervention and medication adherence in hypertensive African Americans. **Arch.Intern.Med.**, v. 172, n. 1538-3679 (Electronic), p. 322–326, 27 fev. 2012.
- OLIVARIUS, N. F. *et al.* Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. **Bmj**, v. 323, n. 7319, p. 970, 2001.
- OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada.** [S.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia., 2007.
- OLIVERIA, S. A. *et al.* Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. **Arch.Intern.Med.**, v. 162, n. 0003-9926 (Print), p. 413–420, 25 fev. 2002.
- PAIVA, D. C. P. DE; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 377–385, 2006.
- PANIZ, V. M. V. *et al.* Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1163–1174, 2010.
- PELLEGRINI, F. *et al.* Role of organizational factors in poor blood pressure control in patients with type 2 diabetes: the QuED Study Group--quality of care and outcomes in type 2 diabetes. **Arch.Intern.Med.**, v. 163, n. 0003-9926 (Print), p. 473–480, 24 fev. 2003.
- PICCINI, R. X. *et al.* Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 657–667, 2006.
- PICON, R. V. *et al.* Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **PloS one**, v. 7, n. 10, p. e48255, 2012.
- RABI, D. M. *et al.* The 2011 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and therapy. **Can.J.Cardiol.**, v. 27, n. 1916-7075 (Electronic), p. 415–433, jul. 2011.
- RAINFORTH, M. V. *et al.* Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. **Current hypertension reports**, v. 9, n. 6, p. 520–528, dez. 2007.
- RIEGEL, G. *et al.* Long-term effectiveness of non-drug recommendations to treat hypertension in a clinical setting. **American journal of hypertension**, v. 25, n. 11, p. 1202–1208, nov. 2012.
- RINFRET, S. *et al.* The impact of a multidisciplinary information technology-supported program on blood pressure control in primary care. **Circ.Cardiovasc.Qual.Outcomes.**, v. 2, n. 1941-7705 (Electronic), p. 170–177, maio. 2009.
- RODRIGUES, M. A. *et al.* Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 604–612, 2009.
- ROTHMAN, A. A.; WAGNER, E. H. Chronic illness management: what is the role of primary care? **Ann.Intern.Med.**, v. 138, n. 1539-3704 (Electronic), p. 256–261, 4 fev. 2003.
- RUSSELL, G. M. *et al.* Managing chronic disease in ontario primary care: the impact of organizational factors. **Annals of family medicine**, v. 7, n. 4, p. 309–318, ago. 2009.

- SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 1474-547X (Electronic), p. 1949–1961, 4 jun. 2011.
- SCHRAMM, J. M. DE A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 897–908, 2004.
- SHI, L. Primary care, specialty care, and life chances. **International journal of health services: planning, administration, evaluation**, v. 24, n. 3, p. 431–458, 1994.
- SHI, L.; STARFIELD, B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. **International journal of health services: planning, administration, evaluation**, v. 30, n. 3, p. 541–555, 2000.
- SHUVAL, K. *et al.* Association between primary care physicians' evidence-based medicine knowledge and quality of care. **Int.J.Qual.Health Care**, v. 22, n. 1464-3677 (Electronic), p. 16–23, fev. 2010.
- SOUSA, L. B. DE; SOUZA, R. K. T. DE; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, p. 496–503, 2006.
- SOUZA, L. L. DE; COSTA, J. S. D. DA. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 765–772, 2011.
- SOUZA, M. L. P. DE; 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**, v. 24, n. supl.1, p. s91–s99, 2008.
- STARFIELD, B. Is primary care essential? **Lancet**, v. 344, n. 0140-6736 (Print), p. 1129–1133, 22 out. 1994.
- STARFIELD, B. A framework for primary care research. **The Journal of family practice**, v. 42, n. 2, p. 181–185, fev. 1996.
- STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. Rev. ed ed. New York: Oxford University Press, 1998.
- STARFIELD, B. Uma estrutura para medição da atenção primária. *In: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. [S.l.] UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. .
- STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. **Gac.Sanit.**, v. 26 Suppl 1, n. 1578-1283 (Electronic), p. 20–26, mar. 2012.
- SUTTON, E. *et al.* Why physicians do not prescribe a thiazide diuretic. **J.Clin.Hypertens.(Greenwich.)**, v. 12, n. 1751-7176 (Electronic), p. 502–507, 1 jul. 2010.
- SVETKEY, L. P. *et al.* Hypertension improvement project: randomized trial of quality improvement for physicians and lifestyle modification for patients. **Hypertension**, v. 54, n. 1524-4563 (Electronic), p. 1226–1233, dez. 2009.
- TAKEDA, S. M. P. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. *In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Eds.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências; Ambulatory medicine: primary health care*. [S.l.: s.n.]. .
- TRINDADE, T. G.; HARZHEIM, E. **Associação entre a extensão dos atributos de atenção primária e qualidade do manejo da hipertensão arterial em adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre**. Porto Alegre.: Universidade Federal do Rio

Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia., 10 dez. 2007.

- TURNBULL, F. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. **Lancet**, v. 362, n. 1474-547X (Electronic), p. 1527–1535, 8 nov. 2003.
- ULM, K. *et al.* Effect of an intensive nurse-managed medical care programme on ambulatory blood pressure in hypertensive patients. **Arch.Cardiovasc.Dis.**, v. 103, n. 1875-2128 (Electronic), p. 142–149, mar. 2010.
- VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, p. I–III, 2010.
- VILLALBÍ, J. R. *et al.* [Evaluation of primary health care]. **Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**, v. 31, n. 6, p. 382–385, 15 abr. 2003.
- WAGNER, E. H. *et al.* Improving chronic illness care: translating evidence into action. **Health Aff.(Millwood.)**, v. 20, n. 0278-2715 (Print), p. 64–78, nov. 2001.
- WALSH, J. M. *et al.* Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. **Med.Care**, v. 44, n. 0025-7079 (Print), p. 646–657, jul. 2006.
- WANG, Y. R.; ALEXANDER, G. C.; STAFFORD, R. S. Outpatient hypertension treatment, treatment intensification, and control in Western Europe and the United States. **Arch.Intern.Med.**, v. 167, n. 0003-9926 (Print), p. 141–147, 22 jan. 2007.
- WEINGARTEN, S. R. *et al.* Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. **BMJ**, v. 325, n. 1756-1833 (Electronic), p. 925, 26 out. 2002.
- WHELTON, P. K. *et al.* Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. **JAMA**, v. 288, n. 0098-7484 (Print), p. 1882–1888, 16 out. 2002.
- WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **The New England journal of medicine**, v. 265, p. 885–892, 2 nov. 1961.
- WITTCHEN, H. U. *et al.* Cardiovascular risk factors in primary care: methods and baseline prevalence rates—the DETECT program. **Current Medical Research and Opinion®**, v. 21, n. 4, p. 619–629, 2005.
- WOLF-MAIER, K. *et al.* Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. **JAMA**, v. 289, n. 0098-7484 (Print), p. 2363–2369, 14 maio. 2003.
- WRIGHT, J. M.; MUSINI, V. M. First-line drugs for hypertension. **Cochrane.Database.Syst.Rev.**, n. 1469-493X (Electronic), p. CD001841, 2009.

ARTIGO 1**Avaliação da estrutura e processo do cuidado a hipertensos na rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre****Evaluation of structure and process of care for hypertensive patients in the Primary Health Care network of the city of Porto Alegre, Southern Brazil**Thiago Gomes da Trindade¹Erno Harzheim¹Bruce Bartholow Duncan¹Lisiane Hauser¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Correspondência:

Thiago Gomes da Trindade

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Av. Alexandrino de Alencar, 1362 - apto. 401, Natal/RN, Brasil, CEP: 59015-350

thiagogtrindade@gmail.com

* Este artigo será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o problema de saúde mais frequente entre adultos na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo essencial um serviço de APS estruturalmente organizado para seu cuidado efetivo. Este estudo objetivou avaliar a estrutura e o processo de cuidado à pessoa com hipertensão na rede de APS do Município de Porto Alegre, RS. Foi realizado um estudo transversal, onde foram pesquisados os profissionais de saúde (174 médicos e 88 enfermeiros) e coordenadores de 70 unidades de saúde. A maioria destas tem cadastro de hipertensos, embora apenas 71% realize revisão regular e 60% a busca ativa a faltosos; 35% delas não tem protocolo clínico definido; 30% não tem grupo de hipertensos; 18% não ofertam microalbuminúria e 15% o eletrocardiograma; em 29% delas faltam medicamentos essenciais. 60% dos médicos são especialistas em medicina de família e comunidade (MFC), enquanto apenas 17% das enfermeiras tem especialização em atenção primária/saúde da família. Na avaliação de conhecimento dos profissionais sobre risco cardiovascular o escore de conhecimento foi de 4,58 (5,02 para médicos; 3,71 para enfermeiros), tendo associação negativa com tempo de formado (B:-0,04; IC95%: -0,07 a -0,01), e positiva com ser especialista em medicina de família e comunidade (B: 0,73; IC95%: 0,13 a 1,32), na regressão linear. Algumas recomendações para mudança no estilo de vida foram pouco indicadas pelos profissionais (cessação do tabagismo - 50%, a diminuição de álcool - 28% e a perda de peso - 25%). Na análise multivariada, houve associação entre atualização no último ano e indicação para cessação do tabagismo (RP:1,77; IC95%:1,07-2,94) e uma associação inversa do tempo de formado com a orientação de perda de peso (RP: 0,97; IC95%:0,94- 0,99). Diuréticos tiazídicos foram os mais citados (85%) para iniciar tratamento, enquanto alguns exames foram menos citados para o seguimento anual (eletrocardiograma 60%, glicemia 70% e potássio 40%). Esses achados mostram unidades com uma estrutura inadequada ao cuidado efetivo do hipertenso, além do conhecimento insuficiente dos profissionais de saúde sobre as condutas baseadas em evidências na abordagem integral deste paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Qualidade dos Cuidados de Saúde; Pesquisa sobre serviços de saúde.

ABSTRACT

Hypertension (HTN) is the most common health problem among adults in Primary Health Care (PHC), thus being essential a PHC service structurally organized to its effective care. This study aimed to evaluate the structure and process of care for people with hypertension in the PHC network of the Municipality of Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Southern Brazil. A cross-sectional population-based study was performed, in which healthcare professionals (174 physicians and 88 nurses) and healthcare unit managers of 70 units were evaluated. Most of these healthcare units have a register of hypertensive patients, even though only 71% perform regular follow-ups, and 60% an active search of the defaulters, 35% have no defined clinical protocol, 30% have no hypertensive group, 18% did not offer microalbuminuria and 15% the electrocardiogram, 29% lack essential medicines. 60% of physicians are specialists in Family and Community Medicine (FCM), while only 17% of nurses have expertise in primary care/family health. In the assessment of professional knowledge about cardiovascular risk the knowledge score was 4.58 (5.02 to physicians, 3.71 for nurses), and a negative association with time since graduation (B: -0.04, 95% CI: -0.07 to -0.01), and a positive one with being a specialist in Family and Community Medicine (B: 0.73, 95% CI: 0.13 to 1.32), in the linear regression. Some recommendations about change in lifestyle were less indicated by the healthcare professionals (smoking cessation - 50%; reduction of alcohol - 28%; and weight loss - 25%). In the multivariate analysis there was no association between update over the last year and indication for smoking cessation (PR: 1.77, 95% CI :1,07-2, 94) and an inverse association with time since graduation with the indication for weight loss (PR: 0.97, 95% CI 0.94-0.99). Thiazide diuretics were the most frequently mentioned (85%) to start the treatment, while some tests were less mentioned for annual monitoring (electrocardiogram 60%, glucose 70%, and potassium 40%). These findings reveal healthcare units with inadequate structure to the effective care of hypertensive patients, in addition to insufficient knowledge on part of the healthcare professionals about evidence-based guidelines in the comprehensive approach of this patient.

KEYWORDS: Primary Health Care; Hypertension; Quality of Health Care, Health Services Research.

INTRODUÇÃO

Starfield(1) define Atenção Primária à Saúde (APS) como o primeiro nível de assistência dentro de um sistema de saúde, responsável por abordar os problemas comuns da comunidade de forma resolutiva(2,3). Estudos(4,5) de diagnóstico de demanda nacionais apontaram a Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) como primeiro problema em ordem de frequência e sua taxa de prevalência no Brasil tem-se mantido de aproximadamente 30% (6).

A HAS, além de sua alta frequência, é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. É um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável, como fator etiológico, por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana(7). Portanto, a principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações e a APS, por suas características, assume um papel fundamental de responsabilização no cuidado do paciente portador de HAS.

Embora se tenha demonstrado o potencial de redução da pressão arterial e seu impacto na redução de eventos cardiovasculares, através de mudanças no estilo de vida e no tratamento medicamentoso, observa-se, de maneira geral, números pouco promissores em relação ao reconhecimento destes hipertensos, seu tratamento e controle(8). Nos Estados Unidos, até os anos 2000, ainda permanecia um percentual de reconhecimento da hipertensão pelos hipertensos de apenas 70%, de tratamento dos hipertensos de 59% e de controle pressórico de 34%(9). Estudos mais recentes (10–12) mostram uma melhora nas proporções de reconhecimento e tratamento da hipertensão, provavelmente em razão da reorganização dos serviços. Contudo os níveis de controle pressórico seguem baixos, sendo considerado, ainda, o maior desafio no cuidado aos hipertensos.

Para o cuidado efetivo de indivíduos com hipertensão é necessário uma organização em rede dos serviços de saúde, com destaque para APS como nível preferencial de atenção e como centro coordenador do cuidado, para alcançar os objetivos e metas desejadas da qualidade assistencial, e conseqüentemente resultados esperados em nível individual e coletivo(13). Esta qualidade do cuidado precisa ser

ofertada por meio de estrutura e de processo de cuidado adequados, de modo a garantir acesso com efetividade (14).

Alguns estudos(15,16) avaliaram intervenções multifacetadas no manejo de pessoas com hipertensão na APS. Cinco revisões sistemáticas(17–21) resumizam as principais evidências relacionadas a estas intervenções direcionadas aos pacientes, aos profissionais e à organização dos serviços de saúde. Quanto à estrutura mostrou-se efetiva a oferta de um serviço organizado para o seguimento do paciente, com revisões regulares, associado a um sistema de suporte informatizado para a tomada de decisões, que utilize protocolos clínicos baseados em evidências com algoritmos para tratamento escalonado e sistema de lembretes para os profissionais. Relacionado ao processo de cuidado, foi evidenciado a melhora assistencial a partir da inserção de outros profissionais, além do médico, para o compartilhamento do cuidado na APS, em especial enfermeiros, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde (ACS). Entre as intervenções testadas, mostrou-se efetiva a participação dos enfermeiros na prescrição de medicamentos, no monitoramento telefônico ou comunitário através de visitas domiciliares, no aconselhamento à mudança no estilo de vida e uso apropriado de medicamentos, e na avaliação da adesão a estas medidas. Os farmacêuticos mostraram-se efetivos no controle pressórico relacionado a recomendações nas prescrições medicamentosas e aconselhamento sobre mudanças de estilo de vida. Os ACS mostraram-se efetivos na melhora dos pacientes em relação a comportamentos de autocuidado, incluindo o agendamento e aderência ao tratamento anti-hipertensivo, com mudanças positivas na utilização dos serviços de saúde e diminuição do risco cardiovascular. Desta forma, os serviços precisam ofertar estrutura de equipamentos, exames, medicamentos, organização de prontuários, sistema de vigilância, registro e método para seguimento dos pacientes, além de equipe multiprofissional capacitada para o cuidado integral destes pacientes(22). No processo do cuidado(14) é necessária a oferta de qualidade na atenção clínica e no cuidado interpessoal, que envolve as características da relação profissional-paciente e um método clínico centrado na pessoa com os atributos da APS fortalecidos(23).

Porto Alegre foi um dos pioneiros na construção da APS no País, quando, nas décadas de 70 e 80, respectivamente, foram criados o Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM) e Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

(SSC/GHC), os quais realizaram ao longo desses anos um papel fundamental na assistência e na formação de recursos humanos (especialistas em APS, como médicos de família e comunidade (24). Avaliar a qualidade do cuidado ao hipertenso na rede de Porto Alegre tem suas especificidades, devido a sua diferente conformação de rede, com suas fortalezas e fragilidades.

O presente estudo objetiva avaliar a estrutura da rede de APS do Município de Porto Alegre organizada para realizar o cuidado das pessoas com hipertensão, as características dos profissionais de saúde desta rede que ofertam este cuidado, o conhecimento dos mesmos sobre o manejo de hipertensos, e a associação entre o perfil dos profissionais e seu conhecimento sobre o manejo.

METODOLOGIA

Delineamento, local e participantes

Foi realizado um estudo transversal na Cidade de Porto Alegre/RS. Este estudo faz parte de projeto mais amplo intitulado “Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do Município de Porto Alegre”(25).

Foram pesquisados os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e coordenadores das unidades de saúde dos quatro tipos de serviços públicos de atenção primária à saúde de Porto Alegre: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (ESF), Unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) e Unidades de Saúde do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM).

Amostragem

Foram selecionadas no caso das UBS e ESF, aleatoriamente, metade das equipes de cada distrito sanitário para investigação, totalizando 26 UBS e 31 Unidades de ESF. Foram avaliadas a totalidade das 12 unidades de saúde do SSC/GHC e das sete unidades de saúde do CSEM. Estas unidades foram amostradas com o objetivo de demonstrar diferenças dos escores do PCATool (*Primary Care Assessment Tool*) entre os usuários, referente ao projeto mais amplo.

Foi realizado o censo de todos os profissionais dessas unidades amostradas. Foram incluídos todos os médicos e enfermeiros de cada unidade que atendiam adultos, hipertensos e cumpriam carga horária maior ou igual a 20h semanais. Do total de profissionais que preenchiam os critérios de inclusão, houve uma perda de 7,9% (por recusa, troca de unidade, afastamento temporário ou demissão). Para cada serviço foi entrevistado o profissional coordenador do mesmo.

Dos universo das 76 unidades de saúde amostradas do estudo maior, para as análises deste estudo foram excluídas 6 unidades. 3 delas porque houve perda da entrevista do coordenador e outras 3 por não haverem entre os usuários amostrados pessoas que utilizassem estas unidades, não estando afiliadas as mesmas como fonte de cuidados primários, não interessando para fins de comparação com os dados do projeto amplo. Destas 70 unidades, a amostra final foi de 174 médicos, 88 enfermeiros e 70 coordenadores.

Instrumentos

Para os coordenadores das unidades foram realizadas medidas com um questionário estruturado, composto de dois instrumentos distintos:

- A. Questionário estruturado com variáveis relacionadas à estrutura física e ao processo de trabalho da equipe.
- B. Questionário estruturado com variáveis relacionadas ao atendimento a pacientes com hipertensão, incluindo atenção farmacêutica.

Para médicos e enfermeiros foram realizadas medidas com um questionário geral, estruturado, composto por dois instrumentos distintos:

- A. Questionário estruturado com variáveis sócio demográficas relacionadas ao profissional, ao seu processo de formação e as características do seu processo de trabalho.
- B. Questionário estruturado com variáveis relacionadas ao processo de cuidado inicial ao paciente portador de hipertensão arterial (avaliação de risco cardiovascular, intervenções não medicamentosas e medicamentosas e solicitação de exames complementares).

Coleta de dados

As entrevistas foram agendadas por telefone e realizadas por entrevistadores treinados, no local de trabalho do profissional e coordenador, supervisionadas por

um coordenador de campo. As entrevistas foram realizadas durante o período total de 12 meses (julho de 2006 a agosto de 2007).

Processamento dos dados

A estruturação do banco de dados foi realizada na forma de escaneamento dos questionários e posterior transferência das imagens para uma base de dados, utilizando como meio de conversão o software *Teleform*® e seus submódulos *reader* e *verify*. A depuração do banco de dados foi realizada ao final da entrada dos dados.

Análise Estatística

Para avaliar as características de estrutura e processo foi realizada análise descritiva sendo apresentada a média e o erro padrão das variáveis quantitativas, enquanto que para as variáveis qualitativas foram apresentadas a frequência absoluta e a frequência relativa percentual.

Na comparação de proporções foi utilizada a estatística χ^2 associada ao teste de comparação para proporções, enquanto para comparação da medida central (“médias”) utilizou-se o teste não paramétrico Mann-Whitney.

Foi criado um escore relacionado ao processo de cuidado, em específico para avaliação do Risco Cardiovascular (RCV). Esse escore foi constituído pela média das respostas dos itens que compõem cada característica da anamnese, exame físico e exame complementar. Cada item é uma variável com as opções de respostas “sim”, que foi codificada como 1 e “não”, que recebeu valor igual a 0. O escore médio variou de 0 a 10. Os fatores associados ao escore do RCV foram analisados utilizando regressão linear. Neste caso, apresentou-se o coeficiente Beta e o seu intervalo de confiança (95%). Para as medidas de intervenção não farmacológica, farmacológica e de solicitação de exames, os fatores foram verificados pela regressão de Poisson com variância robusta, sendo apresentada como medida de efeito a razão de prevalência (RP) e o respectivo intervalo de confiança (95%). Inicialmente, realizou-se a análise univariável e fatores com valor-p inferior ou igual a 0,20 foram selecionados para a análise multivariável.

Todas as análises foram realizadas no Stata versão 9.0, considerando a estrutura complexa da amostra por meio do menu “svy”, que permite o controle do

efeito de *cluster* utilizando o método de linearização de Taylor. O nível de significância adotado foi de 5%.

Aspectos éticos

Este projeto foi submetido à avaliação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, do Grupo Hospitalar Conceição, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS), sendo aprovado em todos. As entrevistas foram realizadas somente com os profissionais que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram avaliadas as questões relacionadas à estrutura em 70 unidades de saúde da rede de APS de Porto Alegre, que compreendiam quatro tipos de serviços (UBS Tradicional, ESF, Murialdo e Conceição), com foco nas necessidades para o cuidado ao hipertenso.

Observa-se que as unidades, em sua maioria, ainda utilizam sistema de arquivo manual (59; 84,2%) e que a quase maioria absoluta tem algum tipo de cadastro para hipertensos (68; 97,1%). Contudo o seguimento através da revisão de pacientes hipertensos faltosos não está estabelecido em todas as unidades (49; 71%) e 60% delas (42) realizavam busca ativa deles. Somente duas não tinham farmácia própria, porém todas tinham equipamentos básicos para verificação da pressão arterial e medidas antropométricas. 75% (53) delas eram unidades com atividades docentes, que recebiam estudantes de graduação ou residência.

Tabela 1 - Características de estrutura das unidades de saúde de atenção primária relacionadas com o cuidado de pessoas com hipertensão, Porto Alegre, 2007. (n=70)

Características	Geral (n=70)	
	Média (EP) ou n (%)	
Programa de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (Sim)	64 (91.42)	
Protocolos para HAS (Sim)	46 (65.71)	
Grupos para pessoas com HAS (Sim)	49 (70)	
Responsável por grupos		
	Médico	35 (50)
	Enfermeiro	32 (45)
Profissionais que atendem pessoas com HAS		
	Médico	69 (98.57)
	Enfermeiro	62 (88.57)
	Farmacêutico	3 (4.28)
Exames Disponíveis		
	Glicemia de jejum	69 (98.57)
	Hemoglobina glicada	66 (94.28)
	EAS/EQU	66 (94.28)
	Microalbuminúria de amostra	58 (82.85)
	Creatinina	66 (94.28)
	Potássio	66 (94.28)
	Colesterol total	66 (94.28)
	HDL	66 (94.28)
	Triglicerídeos	66 (94.28)
	ECG de repouso	60 (85.71)
	Teste ergométrico	8 (11.42)
Material para educação em saúde ("Frequente")	32 (45.71)	
Prioridade para agendamento HAS (sim)	50 (71.42)	
Tempo de espera para consulta com cardiologista (<= 3 meses)	39 (59.09)	
Disponibilidade medicamentos (AF2)		
	Beta-Bloqueador	28 (40.57)
	Hidroclorotiazida	51 (73.91)
	Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina	26 (37.68)
	Bloqueador de canal de cálcio	19 (27.53)

EAS/EQU: Elementos Anormais do Sedimento/Exame Qualitativo de Urina

Na Tabela 1, observam-se as características estruturais das unidades para o cuidado à pessoa com hipertensão. Identificou-se que a grande maioria tinha instituído como ação programática um programa de atenção a pacientes com hipertensão, contudo 35% não utilizavam nenhum protocolo clínico e 30% não

tinham grupo terapêutico para estes pacientes. Entre as unidades que tinham grupos, a maioria dos médicos e enfermeiros eram os responsáveis por estes grupos. Apenas 45% das unidades tinham material educativo para trabalhar com os pacientes. Em quase todas, os médicos atendiam os hipertensos, e em 12% das unidades os enfermeiros não realizavam este tipo de atendimento. Apenas três unidades tinham farmacêuticos participando do cuidado ao hipertenso. Com relação à disponibilidade de exames complementares, a grande maioria das unidades tinha a lista essencial de exames, exceto para microalbuminúria (82%), eletrocardiograma de repouso (85%) e de esforço (11%). Ressalta-se aqui falta de medicamentos considerados de primeira linha na maioria das unidades, exceto a hidroclorotiazida (73%). O agendamento era prioritário para hipertensos em 71% das unidades (50). E quando necessário o encaminhamento para cardiologia, cerca de 40% das unidades tinham um tempo de espera superior a 3 meses.

Tabela 2 - Características dos profissionais (médicos e enfermeiros) das unidades de saúde de atenção primária, Porto Alegre, 2007. (n=262)

Características	Geral (n=262)	Médico(a) (n=174)	Enfermeiro(a) (n=88)	Valor-p
	Média (erro padrão) ou n (%)			
Idade	43.36 (0.8249)	43.89	42.31	0,3284
Sexo (feminino)	187 (71.37)	101 (58.04)	86 (97.72)	< 0.001
Tempo de formado	16.96 (0.8302)	17.66	15.54	0,0758
Especialidade MFC/APS ¹	104 (45.61)	91 (59.09)	13 (17.56)	< 0.001
Tempo de trabalho	9.48 (0.8248)	10.52	7.364	0,0114
Tipo de vínculo (estável ²)	258 (98.47)	171 (98.27)	87 (98.86)	0,7194
Número médio de consultas por semana	61.59 (2.1377)	74.09	36.58	< 0.001
Grau de satisfação com trabalho (satisfeito)	188 (71.75)	116 (66.66)	72 (81.81)	0,0159
Satisfação na abordagem de pessoas com HAS (satisfeito)	204 (78.46)	133 (76.87)	71 (81.60)	0,35

¹Especialidade: MFC (Medicina de Família e Comunidade) através de residência ou prova de título para médicos e especialização em Atenção Primária ou Saúde da Família para enfermeiras.

²Estável = estatutário ou CLT (consolidação das leis do trabalho).

Foram entrevistados nestas 70 unidades, 262 profissionais, sendo 174 (66,4%) médicos e 88 (33,5%) enfermeiros. Em todas unidades existia uma proporção maior de médicos na amostragem inicial, especialmente na UBS Tradicional (77%), Murialdo (59,7%) e GHC (68,2%). Uma parcela das enfermeiras referiram não atender hipertensos não entrando na amostra. A distribuição destes profissionais nos quatro serviços foram: 100 na UBS tradicional (38,16%), 76 médicos e 24 enfermeiros; 71 na ESF (27,1%), 40 médicos e 31 enfermeiros; 22 no Murialdo (8,4%), 15 médicos e 7 enfermeiros e 69 no GHC (26,3%), 43 médicos e 26 enfermeiros.

Na Tabela 2, evidencia-se uma média de idade similar entre as duas profissões de 43,3 anos e uma superioridade quase absoluta na proporção do sexo feminino entre os enfermeiros (97%). Uma média de tempo de formado de 16,9 anos e de tempo de trabalho de 9,4 anos foi observada, sendo os médicos com tempo de trabalho maior ($p=0,01$). Quase todos profissionais tinham vínculo estável (estatutário ou CLT – consolidação das leis do trabalho). Os médicos atendiam praticamente o dobro de pacientes que os enfermeiros por semana ($p<0,001$). Entre os médicos cerca 60% (91) relatou ser especialista em medicina de família e comunidade (MFC) e apenas 17,5% (13) dos enfermeiros relataram ter especialidade na área de atenção primária/saúde da família. Os enfermeiros mostraram-se mais satisfeitos com o trabalho em geral do que os médicos e, com relação à abordagem realizada pelo seu serviço de saúde aos hipertensos, 76% dos médicos e 81% dos enfermeiros mostraram-se satisfeitos.

Com relação ao processo de educação continuada para temáticas diversas observou-se uma oferta superior entre os enfermeiros (81; 92,04%) em relação aos médicos (138;79,3%) ($p=0,02$). Referiram ter realizado atualização no último ano 153 médicos (87,9%) e 85 enfermeiros (96,6%) ($p=0,003$) e destes cerca de 90% dos médicos (138) e 91,7% dos enfermeiros (78), relataram ter sido na forma de capacitação em serviço ($p=0,69$).

Tabela 3 - Características do processo de cuidado inicial às pessoas com hipertensão pelo médicos e enfermeiros dos serviços de saúde de atenção primária, Porto Alegre, 2007. (n=262)

Características	Geral (n=262)	Médico(a) (n=174)	Enfermeiro(a) (n=88)	Valor P
	Média (erro padrão) ou n (%)			
Avaliação de risco cardiovascular				
peso	167 (63.74)	106 (60.91)	61 (69.31)	0,1781
altura	103 (39.31)	63 (36.20)	40 (45.45)	0,1547
cintura	56 (21.37)	37 (21.26)	19 (21.59)	0,9569
medida da pressão arterial	190 (72.51)	112 (64.36)	78 (88.63)	0,0001
perfil lipídico	170 (64.88)	143 (82.18)	27 (30.68)	0,0000
história familiar	153 (58.39)	113 (64.94)	40 (45.45)	0,0007
tabagismo	135 (51.52)	106 (60.91)	29 (32.95)	0,0001
atividade física	130 (49.61)	88 (50.57)	42 (47.72)	0,6560
eletrocardiograma	113 (43.12)	103 (59.19)	10 (11.36)	0,0000
glicemia	115 (43.89)	99 (56.89)	16 (18.18)	0,0000
idade	23 (8.778)	21 (12.06)	2 (2.272)	0,0092
sexo	5 (1.908)	5 (2.873)	0 (0.00)	0,1162
Intervenção não farmacológica				
Dieta	246 (93.89)	168 (96.55)	78 (88.63)	0,0106
Atividade Física	253 (96.56)	168 (96.55)	85 (96.59)	0,9872
Fumo	131 (50)	96 (55.17)	35 (39.77)	0,0168
Álcool	75 (28.62)	56 (32.18)	19 (21.59)	0,0893
Perda de peso	44 (25.14)	38 (34.86)	6 (9.090)	0,0006
Intervenção farmacológica				
Tiazídico		148 (85.05)		
Beta-bloqueador		46 (26.43)		
Inibidor da enzima conversora de angiotensina		78 (44.82)		
Bloqueador de canal de cálcio		13 (7.471)		
Solicitação de exames complementares				
Perfil lipídico		163 (93.67)		
Eletrocardiograma		105 (60.34)		
Função renal		157 (90.22)		

Glicemia		123 (70.68)	
Hemograma		67 (57.75)	
Potássio/Eletrólito		47 (40.51)	
Escore da avaliação do risco cardiovascular (0-10)	4.33 (0.15)	4.77 (0.18)	3.45 (0.25)

Na Tabela 3, são apresentadas as características do processo de cuidado, relacionado com quatro tipos de condutas referentes ao manejo dos hipertensos, avaliadas junto aos médicos e enfermeiros por meio de cenários hipotéticos (questionário). O primeiro conjunto de perguntas relacionava-se aos itens da anamnese, exame físico e exames complementares utilizados para a avaliação do risco cardiovascular global. De forma geral, demonstrou-se em vários destes itens uma resposta aquém do ideal, com diferenças significativas entre médicos e enfermeiros, em especial os relacionados com a informação dos exames complementares sobre outros fatores de risco e lesão em órgão alvo (glicemia, perfil lipídico, eletrocardiograma). Os itens mais negligenciados foram idade e sexo. Foi construído um escore de cada profissional (0-10) sobre a resposta à utilização destes itens da avaliação de RCV, com uma média baixa de 4,58, sendo 5,02 para médicos e 3,71 para enfermeiros. A segunda conduta avaliada do processo de cuidado refere-se à indicação de intervenções não farmacológicas frente a um paciente hipertenso estágio 1(9). Dieta (93%) e atividade física (96%) foram indicados pela maioria dos profissionais, enquanto a cessação do tabagismo (50%), a diminuição do consumo de álcool (28%) e a perda de peso (25%) foram menos indicados. Houve também diferenças significativas de maior indicação de algumas destas medidas pelos médicos do que pelos enfermeiros, dieta (96% vs 88%), cessação do tabaco (55% vs 39%) e perda de peso (34% vs 9%).

Com relação às perguntas sobre a indicação de intervenção farmacológica quando necessária e solicitação de exames complementares de seguimento, foram avaliados apenas entre os médicos, em virtude de não haver, à época, protocolo específico para prescrição de anti-hipertensivos e solicitação de exames para hipertensos pelos enfermeiros na rede de Porto Alegre como um todo. Entre todas as classes farmacológicas de primeira linha, os diuréticos tiazídicos foram os mais indicados (85%), quando perguntada qual classe de anti-hipertensivo costuma indicar

para iniciar o tratamento. Não foram identificadas características preditoras para a escolha do fármaco para iniciar tratamento. Três exames mostraram ser menos indicados, quando perguntado aos profissionais sobre a solicitação de exames complementares no seguimento anual, foram eles: eletrocardiograma (60%), glicemia (70%) e potássio (40%).

Foram realizadas análises univariadas através de regressão de Poisson com variância robusta, para avaliar possíveis características preditoras dos médicos na escolha pelo diurético tiazídico, porém não houve significância estatística para nenhuma delas.

Tabela 4 – Escore do conhecimento dos médicos sobre avaliação de risco cardiovascular nos serviços de saúde de atenção primária e variáveis preditoras, Porto Alegre, 2007. (n=174)

Características	Univariável		Multivariável	
	B (IC95%)	Valor-p	B (IC95%)	Valor-p
Tempo de formado	-0.05 (-0.08; -0.02)	0.003	-0.05 (-0.09; -0.01)	0,007
Sexo				
	Masculino	0.00		
	Feminino	0.65 (0.09; 1.20)		0,023
Especialidade MFC				
	Nenhum/Outro (0)	0.00	0.00	
	MFC (1)	1.02 (0.32; 1.49)	0.74 (0.10; 1.38)	0,023
Atualização no último ano				
	Não (0)	0.00		
	Sim (1)	0.51 (-0.17; 1.18)		0.140
Tempo de trabalho no serviço	-0.03 (-0.07; -0.00)	0.073		
Número médio de consultas por semana	0.01 (-0.01; 0.01)	0.273		
Satisfação na abordagem HAS				
	Satisfeito (1)	0.12 (-0.52; 0.75)		0.714
	Não satisfeito (0)	0.00		

Na Tabela 4, observa-se a análise multivariada através de uma regressão linear para avaliar a associação do escore sobre conhecimento de avaliação de risco cardiovascular com variáveis preditoras dos profissionais (tempo de formado, sexo, especialidade em MFC, atualização no último ano, tempo de trabalho, número médio de consultas na última semana e satisfação na abordagem à HAS). O modelo final para médicos mostrou uma associação inversa entre o tempo de formado e o valor do escore (B = -0,04; IC 95%: -0,07—0,01) e um acréscimo de 0,73 no escore quando o

médico tem especialidade em MFC comparado aos médicos que não têm ($p=0,018$). Procederam-se análises univariadas para os enfermeiros para o mesmo desfecho utilizando-se os mesmos preditores que foram utilizados para os médicos, contudo não houve diferença estatística para nenhum deles, não necessitando de regressão linear múltipla.

Tabela 5 - Conhecimento dos médicos sobre intervenção não-farmacológica e solicitação de exames nos serviços de saúde de atenção primária e variáveis preditoras, Porto Alegre, 2007. (n=174).

Conhecimento/Características	Univariável		Multivariável	
	RR (IC95%)	Valor-p	RR (IC95%)	Valor-p
Intervenção não-farmacológica				
Cessar tabagismo				
Tempo de formado	0.99 (0.98; 0.99)	0,026		
Sexo				
	Masculino	1,00		1,00
	Feminino	1.45 (1.11; 1.89)	0,007	1.46 (1.13; 1.88) 0,004
Especialidade MFC				
	Nenhum/Outro (0)	1,00		
	MFC (1)	1.26 (0.95; 1.66)	0,105	
Atualização no último ano				
	Não (0)	1,00	0,03	1,00 0,027
	Sim (1)	1.75 (1.06; 2.89)		1.77 (1.07; 2.94)
Tempo de trabalho no serviço	0.99 (0.98; 1.00)	0,213		
Número médio de consultas por semana	1.00 (1.00; 1.01)	0,721		
Satisfação na abordagem HAS				
	Satisfeito (1)	1.13 (0.83; 1.54)	0,447	
	Não satisfeito (0)	1,00		
Intervenção não-farmacológica - Perda de Peso				
Tempo de formado	0.98 (0.95; 1.00)	0,071	0.97 (0.94; 0.99)	0,018
Sexo				
	Masculino	1,00		1,00 0,013
	Feminino	0.69 (0.42; 1.12)	0,136	0.58 (0.38; 0.89)
Especialidade MFC				
	Nenhum/Outro (0)	1,00	0,642	
	MFC (1)	1.14 (0.65; 2.01)		
Atualização no último ano				
	Não (0)	1,00	0,08	
	Sim (1)	3.10 (0.87; 10.96)		
Tempo de trabalho no serviço	0.99 (0.97; 1.02)	0,587		
Número médio de consultas por semana	1.00 (1.00; 1.01)	0,819		
Satisfação na abordagem HAS				
	Satisfeito (1)	1.06 (0.62; 1.81)	0,821	
	Não satisfeito (0)	1,00		
Solicitação de exames - Perfil Lipídico				
Tempo de formado	1.00 (0.99; 1.00)	0,175		
Sexo				
	Masculino	1,00	0,018	1,00 0,015

	Feminino	1.12 (1.02; 1.23)		1.12 (1.02; 1.22)	
Especialidade MFC	Nenhum/Outro (0)	1,00		0,1	
	MFC (1)	1.06 (0.99; 1.15)			
Atualização no último ano	Não (0)	1,00		0,602	
	Sim (1)	1.04 (0.90; 1.21)			
Tempo de trabalho no serviço		0.99 (0.99; 0.99)		0,045	
Número médio de consultas por semana		1.00 (1.00; 1.00)		0,025	1.00 (1.00; 1.00) 0,024
Satisfação na abordagem HAS	Satisfeito (1)	1.05 (0.93; 1.19)		0,424	
	Não satisfeito (0)	1,00			

Foi procedida a análise multivariada através de Regressão de Poisson com variância robusta para o conhecimento acerca das condutas frente a cenários clínicos hipotéticos indicadas pelos profissionais relacionadas às medidas não farmacológicas e solicitação de exames. A indicação de dieta, atividade física e diminuição de álcool, quando testadas para os diversos preditores (tempo de formado, sexo, especialidade em MFC, atualização no último ano, tempo de trabalho, número médio de consultas na última semana e satisfação na abordagem à HAS), assim como solicitação de eletrocardiograma, função renal e glicemia, não mostraram significância no modelo final.

Na Tabela 5 observa-se que, para o conhecimento sobre a indicação de cessação ao tabagismo, o médico do sexo feminino tem uma probabilidade 46% maior que o do sexo masculino (RP=1,46; IC 05% 1,13-1,88), e quem realizou atualização no último ano de 77% maior (RP=1,77; IC95%: 1,07-2,94). No conhecimento acerca da indicação de perda de peso, o tempo de formado mostrou uma associação inversa (RP=0,97; IC 95% 0,94-0,99) e o sexo feminino uma probabilidade menor de indicar (RP=0,58; IC 95% 0,38-0,89). Para solicitação do perfil lipídico, as médicas se associaram com uma maior indicação (RP=1,12; IC 95% 1,02-1,22).

Não foi procedida análise multivariada para os enfermeiros em relação às medidas não farmacológicas em virtude do número para uma das categorias ter poder insuficiente para este tipo de análise.

DISCUSSÃO

A qualidade da estrutura dos serviços de atenção primária é condição essencial para o bom manejo do paciente com hipertensão. Fatores relacionadas à organização dos serviços de saúde, à adequação de recursos materiais e à presença de uma equipe multiprofissional e funcional demonstraram relacionar-se com o melhor cuidado ao hipertenso e com melhoria em essência do controle pressórico(19,26–28).

No presente estudo observou-se, em uma parcela menor das unidades de saúde, a falta de estrutura adequada, como disponibilidade de exames, medicamentos e materiais educativos, além da grande maioria ainda utilizar registro manual das informações. Das 70 unidades de saúde, 8 delas não tinham enfermeiros que realizassem atendimentos aos hipertensos e em apenas 3 existia farmacêutico envolvido neste atendimento. Duas revisões sistemáticas alertaram para a necessidade de inclusão de outros profissionais além do médico, em especial os enfermeiros e farmacêuticos, com evidências de impacto num melhor controle pressórico(17,18).

Alguns estudos que avaliaram serviços de atenção primária no Brasil em diversos estados evidenciaram também falhas e inadequação do processo de cuidado a pacientes hipertensos, relacionados com a oferta e utilização destes serviços, além do baixo controle pressórico(29–34). Demonstraram a falta de captação, vigilância e seguimento dos hipertensos(29); falhas no processo de cuidado(35) e dificuldades no acesso à medicação(36).

No processo organizacional percebe-se ainda uma baixa utilização de protocolos clínicos, assemelhando-se aos achados de Piccini(33), onde apenas 65% dos serviços referiam utilizar. Quanto à realização de grupos de hipertensos encontrou-se um número inferior ao de Piccini(33), provavelmente atribuído a uma maior heterogeneidade de tipos de serviços na rede de Porto Alegre. Ressalta-se também a ausência de seguimento dos pacientes em 29% das unidades e da busca a faltosos em 40% destas. O seguimento dos pacientes hipertensos mostrou, em vários estudos, ser uma atividade de grande impacto na melhoria global do cuidado aos pacientes. A ausência de um sistema informatizado tende a prejudicar este seguimento na busca e captação de pacientes, como demonstrado por Montgomery & Fahey(20).

Ao observar o perfil dos profissionais da APS de Porto Alegre que realizam o cuidado aos hipertensos, destacam-se duas características positivas, o tempo de trabalho no mesmo serviço associado ao vínculo formal. São duas questões que implicam diretamente numa maior longitudinalidade do cuidado com impacto direto na qualidade deste cuidado prestado à pessoa com hipertensão(37,38).

O processo de educação continuada dos profissionais ainda precisa melhorar, quando vê-se que quase 20% dos médicos referiram que não lhe foi ofertado e que 12% não tinha realizado nenhuma atualização no último ano. Observa-se uma maior participação dos enfermeiros nas capacitações que os médicos. Por outro lado, a maioria dos médicos eram especialistas em medicina de família e comunidade (MFC), enquanto só 17% dos enfermeiros tinham especialização em APS/saúde da família. Alguns estudos(39,40) demonstraram que os processos educacionais direcionados aos profissionais de saúde são efetivos, desde que utilizem estratégias multifacetadas. Outra revisão procedida por Pellegrini(13) mostrou que o médico especialista em MFC/GP (*general practitioner*) presta melhores cuidados a hipertensos que o especialista focal.

No processo de atenção, no que se refere a avaliação do conhecimento sobre o risco cardiovascular, a utilização de medidas não-farmacológicas, a indicação de tratamento farmacológico e a solicitação de exames de seguimento, evidencia-se a necessidade de qualificação dos profissionais em praticamente todos os itens. O escore de avaliação de conhecimento sobre RCV mostra uma utilização de cerca de 50% dos itens da anamnese, exame físico e exames complementares, mostrando que boa parcela dos profissionais não desenvolve uma rotina de avaliação de risco e conseqüentemente, devem tomar decisões equivocadas no que diz respeito ao tratamento, a prevenção primária e secundária de eventos cardiovasculares. Gomez(41) demonstrou o impacto do treinamento de profissionais na redução do RCV em pacientes hipertensos.

Relacionado ao tratamento, boa parte dos estudos discute estratégias para o treinamento e uso de protocolos escalonados para a tomada de decisão, de forma também a superar a “inércia clínica”(42,43).

Este estudo mostra uma baixa prevalência de recomendação de algumas mudanças no estilo de vida, a diminuição do consumo de álcool e a perda de peso,

como estratégias para um melhor controle pressórico(7). A orientação para cessação do tabagismo foi associada com a realização de atualização no último ano pelo profissional e ao sexo feminino. Não foi encontrada uma razão direta que justifique esta diferença de sexo, contudo em outro estudo(13) foi demonstrado que médicas prestavam um melhor cuidado aos hipertensos, com melhor controle pressórico dos pacientes acompanhados por médicos do sexo masculino, atribuindo-se este diferencial a algumas características próprias do gênero feminino, como melhor habilidade de comunicação e vínculo mais intenso com os pacientes, levando a uma provável maior adesão ao tratamento. Mas não se pode descartar o possível viés de confusão desta variável relacionada a outras características destas profissionais. O conhecimento sobre a solicitação do perfil lipídico também se associou positivamente com o sexo feminino. A recomendação de redução de peso relacionou-se inversamente com tempo de formado, acompanhando uma discussão presente na literatura sobre a contradição que o maior tempo de atividade leva à uma pior prática profissional, embora o profissional tenha maior experiência. Uma revisão sistemática(44) discute e demonstra as evidências nesta direção. As médicas tiveram uma associação negativa na recomendação de diminuir o peso, discordando dos próprios achados deste estudo, o que leva a crer num possível viés de confusão mesmo relacionado ao sexo.

Embora a resposta dos médicos sobre a indicação de tiazídico como medicamento de primeira linha neste estudo tenha sido de 85%, o dado é discordante da utilização pelos usuários adscritos a esta rede que referiram apenas 50% de uso(45). Isto aponta para uma possível diferença entre o conhecimento da evidência pelo profissional e a aplicação da mesma na prática, como demonstrado em outro estudo(46). Treinamento com protocolos escalonados associados a lembretes, *feedback* e auditoria mostraram-se efetivos em superar esta lacuna (15,17,47).

Diante destes achados destaca-se a necessidade de rediscutir o papel do enfermeiro frente ao cuidado da pessoa com hipertensão. Evidenciou-se um menor preparo para o manejo global, desde a avaliação de risco cardiovascular à orientação para mudança de estilo de vida. Associado a isto, mostra-se, na rede de Porto Alegre, um profissional com menor envolvimento com assistência, demonstrado pelo baixo número de consultas realizadas por semana. Felipe(48) e Araújo(49) apontaram em

seus estudos para esta problemática, onde identificaram um aproveitamento inadequado do enfermeiro na ESF, o qual se sente pouco motivado e apoiado pela gestão e sem treinamento específico para o cuidado integral com o hipertenso. Clark (17) demonstrou, em revisão sistemática, a importância e o impacto da participação de enfermeiros prescritores na melhora do controle pressórico utilizando protocolos escalonados, e monitoramento por telefone e comunitário.

Este estudo apresenta como principal limitação o desenho transversal, não podendo-se inferir causalidade entre as associações, como as características dos profissionais e o processo de cuidado ao hipertenso. Ressalta-se como outra limitação que todas as avaliações com os profissionais foram feitas através de perguntas sobre condutas, não tendo sido medida efetivamente as ações em si, o que na prática, provavelmente, encontrar-se-ia uma diferença de menor utilização destas recomendações, conforme ocorre na descrição de outros estudos sobre uma lacuna entre o conhecimento e a tomada de decisão(43,46).

Aponta-se para necessidade de realização de novas pesquisas no cuidado ao paciente hipertenso, buscando-se delineamentos experimentais para avaliar a efetividade das diversas estratégias multifacetadas relacionadas aos pacientes, profissionais e ao sistema de saúde, no contexto da APS brasileira, e em especial na ESF.

Implicações para políticas públicas

Foi descrito um conjunto de fragilidades da estrutura e do processo de atenção às pessoas com hipertensão no âmbito da rede de APS de Porto Alegre. Buscando-se qualificar esta rede faz-se necessário implementar uma série de ações para reestruturar este cuidado. No que diz respeito à estrutura, é importante a implantação de uma rede informatizada, com a utilização de prontuários eletrônicos e sistemas de apoio à tomada de decisão por protocolos escalonados, associados a disponibilidade plena de insumos essenciais (medicamentos, exames, materiais educativos). E com relação aos processos de cuidado, redefinir o papel de cada profissional da equipe, em especial do enfermeiro, instituindo um programa de desenvolvimento contínuo para cada profissional, baseado em evidências e com metodologias ativas, contemplando neste processo um alto rigor para a captação e seguimento dos pacientes, estando tudo definido em protocolos clínicos.

COLABORADORES

Thiago Gomes da Trindade participou da concepção do estudo, revisão da literatura, revisão das bases de dados, análise dos resultados, construção das tabelas e redação do texto. Erno Harzheim participou da concepção do estudo, análise dos resultados, construção das tabelas e revisão do texto. Bruce B. Duncan participou da concepção do estudo. Lisiane Hauser participou da análise dos resultados, construção das tabelas e redação do texto.

INSTITUIÇÕES FINANCIADORAS

- ❖ Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS);
- ❖ Programa de Apoio a Projetos Institucionais com a Participação de Recém-Doutores (PRODOC) - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES/MEC);
- ❖ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/MCT) e Departamento de Atenção Básica (DAB/MS).

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994 Oct 22;344(0140-6736 (Print)):1129–33.
2. WHITE KL, WILLIAMS TF, GREENBERG BG. The ecology of medical care. *N. Engl. J. Med*. 1961 Nov 2;265:885–92.
3. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N. Engl. J. Med*. 2001 Jun 28;344(26):2021–5.
4. Takeda SMP. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências; Ambulatory medicine: primary health care [Internet]. 2004 [cited 2012 Oct 21]. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=398440&indexSearch=ID>
5. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2); Patient demand evaluation in Florianópolis, Brazil, using International Classification of Primary Care 2nd edition (ICPC-2) [Internet]. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina; 2009 [cited 2012 Oct 21]. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=587151&indexSearch=ID>

6. Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Riegel G, Fuchs SC. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. *PLoS ONE*. 2012;7(10):e48255.
7. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2010;95:I–III.
8. Kaplan NM, Opie LH. Controversies in hypertension. *Lancet*. 2006 Jan 14;367(1474-547X (Electronic)):168–76.
9. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003 May 21;289(0098-7484 (Print)):2560–72.
10. Heisler M, Hogan MM, Hofer TP, Schmittiel JA, Pladevall M, Kerr EA. When more is not better: treatment intensification among hypertensive patients with poor medication adherence. *Circulation*. 2008 Jun 3;117(1524-4539 (Electronic)):2884–92.
11. Oliveria SA, Lapuerta P, McCarthy BD, L'Italien GJ, Berlowitz DR, Asch SM. Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Arch.Intern.Med*. 2002 Feb 25;162(0003-9926 (Print)):413–20.
12. Wang YR, Alexander GC, Stafford RS. Outpatient hypertension treatment, treatment intensification, and control in Western Europe and the United States. *Arch.Intern.Med*. 2007 Jan 22;167(0003-9926 (Print)):141–7.
13. Pellegrini F, Belfiglio M, De BG, Franciosi M, Di NB, Greenfield S, et al. Role of organizational factors in poor blood pressure control in patients with type 2 diabetes: the QuED Study Group--quality of care and outcomes in type 2 diabetes. *Arch.Intern.Med*. 2003 Feb 24;163(0003-9926 (Print)):473–80.
14. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000 Dec;51(11):1611–25.
15. Svetkey LP, Pollak KI, Yancy WS, Dolor RJ, Batch BC, Samsa G, et al. Hypertension improvement project: randomized trial of quality improvement for physicians and lifestyle modification for patients. *Hypertension*. 2009 Dec;54(1524-4563 (Electronic)):1226–33.
16. Five-year findings of the hypertension detection and follow-up program. I. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. *JAMA*. 1979 Dec 7;242(0098-7484 (Print)):2562–71.
17. Clark CE, Smith LFP, Taylor RS, Campbell JL. Nurse-led interventions used to improve control of high blood pressure in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet. Med*. 2011 Mar;28(3):250–61.
18. Carter BL, Rogers M, Daly J, Zheng S, James PA. The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis. *Arch.Intern.Med*. 2009 Oct 26;169(1538-3679 (Electronic)):1748–55.
19. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Self-monitoring and other non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2010 Dec;60(581):e476–488.
20. Montgomery AA, Fahey T. A systematic review of the use of computers in the management of hypertension. *J.Epidemiol.Community Health*. 1998 Aug;52(0143-005X (Print)):520–5.

21. Brownstein JN, Chowdhury FM, Norris SL, Horsley T, Jack L, Zhang X, et al. Effectiveness of community health workers in the care of people with hypertension. *Am.J.Prev.Med.* 2007 May;32(0749-3797 (Print)):435–47.
22. Starfield B. Uma estrutura para medição da atenção primária. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. UNESCO; Ministério da Saúde; 2002 [cited 2013 Jan 17]. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=622019&indexSearch=ID>
23. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012. Gac.Sanit.* 2012 Mar;26 Suppl 1(1578-1283 (Electronic)):20–6.
24. Goulart FAA. Experiências em saúde da família: cada caso é um caso [Internet]. 2002 [cited 2012 Oct 21]. Available from: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/goulartfaad.pdf>
25. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research.* 2006;6(1):156.
26. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ.* 2002 Oct 26;325(1756-1833 (Electronic)):925.
27. Walsh JM, McDonald KM, Shojania KG, Sundaram V, Nayak S, Lewis R, et al. Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. *Med.Care.* 2006 Jul;44(0025-7079 (Print)):646–57.
28. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Educational and organisational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *Br.J.Gen.Pract.* 2005 Nov;55(0960-1643 (Print)):875–82.
29. Sousa LB de, Souza RKT de, Scochi MJ. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2006;87:496–503.
30. Souza MLP de, 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.* 2008;24(supl.1):s91–s99.
31. Helena ET de S, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade.* 2010;19:614–26.
32. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thum, E, et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. *Cadernos de Saúde Pública.* 2010;26:1163–74.
33. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006;11:657–67.
34. Rodrigues MA, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Revista de Saúde Pública.* 2009;43:604–12.

35. Paiva DCP de, Bersusa AAS, Escuder MM. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22:377–85.
36. Bersusa AAS, Pascalicchio ÁE, Pessoto UC, Escuder MML. Acesso a serviços de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e ou diabetes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2010;13:513–22.
37. Konrad TR, Howard DL, Edwards LJ, Ivanova A, Carey TS. Physician-patient racial concordance, continuity of care, and patterns of care for hypertension. *American journal of public health*. 2005;95(12):2186.
38. Mainous AG, Diaz VA, Koopman RJ, Everett CJ. Having a regular physician and attempted weight loss after screening for hypertension or hypercholesterolemia. *International journal of obesity*. 2004;29(2):223–7.
39. Drexel C, Merlo K, Basile JN, Watkins B, Whitfield B, Katz JM, et al. Highly interactive multi-session programs impact physician behavior on hypertension management: outcomes of a new CME model. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2011 Feb;13(2):97–105.
40. Shuval K, Linn S, Brezis M, Shadmi E, Green ML, Reis S. Association between primary care physicians' evidence-based medicine knowledge and quality of care. *Int.J.Qual.Health Care*. 2010 Feb;22(1464-3677 (Electronic)):16–23.
41. Gomez Marcos MA, Garcia OL, Gonzalez Elena LJ, Sanchez RA. [Effectiveness of an intervention to improve quality care in reducing cardiovascular risk in hypertense patients]. *Aten.Primaria*. 2006 May 31;37(0212-6567 (Print)):498–503.
42. Lima SML, Portela MC, Koster I, Escosteguy CC, Ferreira VMB, Brito C, et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25:2001–11.
43. Hoepfner C, Franco SC. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2010;95:223–9.
44. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann. Intern. Med*. 2005 Feb 15;142(4):260–73.
45. Trindade TG, Harzheim E. Associação entre a extensão dos atributos de atenção primária e qualidade do manejo da hipertensão arterial em adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. [Porto Alegre.]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia.; 2007.
46. Sutton E, Wilson H, Kaboli PJ, Carter BL. Why physicians do not prescribe a thiazide diuretic. *J.Clin.Hypertens.(Greenwich.)*. 2010 Jul 1;12(1751-7176 (Electronic)):502–7.
47. Rinfret S, Lussier MT, Peirce A, Duhamel F, Cossette S, Lalonde L, et al. The impact of a multidisciplinary information technology-supported program on blood pressure control in primary care. *Circ.Cardiovasc.Qual.Outcomes*. 2009 May;2(1941-7705 (Electronic)):170–7.
48. Felipe GF, Abreu RNDC de, Moreira TMM. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2008;42:620–7.
49. Araújo JL de, Paz EPA, Moreira TMM. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery*. 2010;14:560–6.

ARTIGO 2

**Potencial impacto de intervenções realizadas pelos
serviços de Atenção Primária à Saúde na redução de internações em hipertensos**

**Potential impact of Primary Health Care services interventions on reducing
hospitalizations among hypertensive patients**

Thiago Gomes da Trindade¹

Erno Harzheim¹

Bruce Bartholow Duncan¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Correspondência:

Thiago Gomes da Trindade

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Av. Alexandrino de Alencar, 1362 - apto. 401, Natal/RN, Brasil, CEP: 59015-350

thiagogtrindade@gmail.com

* Este artigo será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública.

RESUMO

O objetivo deste estudo é estimar o potencial impacto da adoção de intervenções farmacológicas e não farmacológicas sobre a taxa de internações por causas cardiovasculares no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Foi realizado um estudo transversal de base populacional, no Município de Porto Alegre (RS), onde foram estimados entre os hipertensos reconhecidos as mudanças de estilo de vida (dieta, atividade física, perda de peso, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool) e o uso de medicamentos (anti-hipertensivos, aspirina e estatina), assim como a taxa de hospitalizações. Para estimar-se a efetividade das intervenções na redução de eventos cardiovasculares, foram calculados o uso incremental de cada intervenção, a redução do risco absoluto (produto do risco basal de hospitalização e da redução do risco relativo da literatura), o número necessário para tratar (NNT), o número de impacto da doença (DIN) e o número de impacto da população (PIN). Para uma população estimada de 500 hipertensos acompanhados por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, por 10 anos, partindo-se de uma taxa de hospitalização de 6 % ao ano, espera-se encontrar um total de 300 hospitalizações, das quais 22% poderiam ser evitadas implementando-se essas intervenções entre os hipertensos elegíveis. Foi observada uma real possibilidade de redução de mais de 1/5 das hospitalizações em hipertensos atendidos na rede de atenção primária de Porto Alegre, a partir do incremento destas intervenções. Para isto faz-se necessária a reorganização da rede de APS de modo a incorporar efetivamente essas intervenções ao processo de trabalho das equipes frente ao cuidado com o paciente hipertenso.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Qualidade dos Cuidados de Saúde; Pesquisa sobre serviços de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study is to estimate the potential impact of the adoption of pharmacological and non-pharmacological interventions on hospitalization rates due to cardiovascular causes within the scope of Primary Health Care. A cross-sectional population-based study was performed among recognized hypertensive individuals, in the Municipality of Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Southern Brazil, evaluating changes in lifestyle (diet, physical activity, weight loss, smoking cessation and reduction of alcohol consumption) and medication use (antihypertensives, aspirin and statin) as well as hospitalization rates. In order to estimate the effectiveness of the interventions to reduce cardiovascular events, the incremental use of each intervention was assessed so as the absolute risk reduction (product of the baseline risk of hospitalization and the reduction of the literature's relative risk), the number needed to treat (NNT), the disease impact number (DIN) and the population impact number (PIN). From an estimated population of 500 hypertensive individuals assisted by a Family Health Strategy team for 10 years, initial hospitalization rate of 6% per year, one can expect a total of 300 hospitalizations, 22% of which might have been avoided had such interventions been implemented among the eligible patients. A real possibility of reducing more than 1/5 of the hospitalizations of hypertensive patients in primary health care services in the city of Porto Alegre was observed. with the increase on those interventions. In order to achieve this goal, Primary Health Care (PHC) network has to undergo a reorganization so as to incorporate these interventions effectively into the work routine of the teams in charge with the hypertensive patients' care.

KEYWORDS: Primary Health Care; Hypertension; Quality of Health Care, Health Services Research.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde(1) aponta para a necessidade de reorganização dos sistemas de saúde para o cuidado das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas, as doenças cardiovasculares que são a primeira causa de mortalidade no Brasil e no mundo(2). Dentre os fatores de risco conhecidos, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) mostra-se como um dos principais no impacto da morbidade e mortalidade por causas cardiovasculares. No Brasil as doenças cardiovasculares representam 12,7% do total de internações e são as que geram um maior custo para o sistema. Entre 1996 e 2007, observou-se um aumento de mortalidade por doença cardíaca hipertensiva em 11%, o que levou a um crescimento relativo das mortes atribuíveis à doença cardiovascular em 13%, comparada as demais causas de mortalidade(2).

A HAS é o fator de risco cardiovascular de maior prevalência. Estudos realizados no Brasil (3) e mundialmente(4–6) evidenciam que em torno de 30% dos indivíduos adultos tem HAS.

A relação entre a Pressão Arterial (PA) e o risco cardiovascular é contínua, consistente e independente de outros fatores de risco. Quanto maior a PA, maior o risco de um infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e doença renal. Para indivíduos entre 40 e 70 anos, cada aumento de 20 mmHg na PA Sistólica (PAS) ou 10 mmHg na PA diastólica (PAD) dobra o risco de um evento cardiovascular a partir de 115/75 mmHg (7).

Estes achados implicam em possibilidades de prevenção de eventos a partir de reduções mínimas da pressão arterial (7). Por exemplo a cada redução de 10 mmHg de PAS ou 5 mmHg de PAD, a longo prazo, está associada com cerca de 40% de redução de AVC fatal e 30% de morte por Doença Cardíaca Isquêmica (DCI) em indivíduos de meia idade. Na verdade, mesmo reduções de 2 mmHg de PAS pode envolver uma redução de 10% de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) ou 7% por DCI e outras causas vasculares.

Um revisão sistemática de Ensaio Clínicos Randomizados (ECRs) (8) que comparou tratamento anti-hipertensivo contra placebo em relação à prevenção de eventos cardiovasculares maiores, encontrou reduções de 22% (IC 95% 17-27) com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), 18% (IC 95% 5-29) com

Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCC) e 10% (IC 95% 4-17) com Bloqueadores do receptor AT1 de Angiotensina II (BRA). Em outra metanálise(9) de estudos observacionais e ECRs relacionados ao risco e prevenção de AVC, foi observado que a cada redução de 10 mmHg de PAS está associado a um decréscimo do risco de AVC de 1/3 em indivíduos com idade entre 60-79 anos.

Estudos sobre medidas relacionadas para prevenção primária da HAS e/ou seu controle demonstraram sua eficácia há mais de duas décadas, embora a aplicabilidade na população geral e entre pessoas com hipertensão seja um desafio permanente(10).

Este conjunto de intervenções farmacológicas e não farmacológicas (dieta DASH - do inglês, abordagens dietéticas para parar a hipertensão; ingesta restritiva de sal; perda de peso; atividade física; consumo de álcool moderado e cessação do tabagismo) efetivas para o controle pressórico demonstrou redução de eventos cardiovasculares bem documentadas em diretrizes nacionais(11) e internacionais(12,13). Em estudo de coorte realizado em Porto Alegre, a dieta hipossódica e hipocalórica mostrou uma redução clinicamente relevante e de longo prazo na pressão arterial em nível ambulatorial (14).

Embora se tenha demonstrado o potencial de redução da pressão arterial e seu consequente impacto na redução de eventos cardiovasculares, através de mudanças no estilo de vida e no tratamento medicamentoso, observa-se de maneira geral números pouco promissores em relação ao reconhecimento destes hipertensos, seu tratamento e controle(15). Embora se observe uma melhora destes dados nas últimas décadas, nos Estados Unidos até os anos 2000 ainda permanecia uma percentual de reconhecimento da hipertensão de apenas 70%, de paciente hipertensos em tratamento de 59% e com controle pressórico de 34%(12). Estudos mais recentes (16–18) mostram uma melhora nas proporções de reconhecimento e tratamento da hipertensão, provavelmente em razão da reorganização dos serviços. Contudo, os níveis de controle pressórico seguem baixos, constituindo ainda o maior desafio no cuidado aos hipertensos. Com relação ao paciente, o principal fator relacionado ao controle inadequado refere-se à baixa adesão às mudanças de estilo de vida e ao tratamento medicamentoso(19).

A maioria dos estudos utiliza as medidas de impacto que se relacionam ao benefício das intervenções entre os indivíduos que efetivamente as utilizam, medidas nos ECRs, e demonstradas pela redução do risco relativo nos grupos experimentais. Contudo, na prática, não dá para aplicá-las diretamente à toda população de doentes, pois sabe-se que nem todos são elegíveis, e que uma parte significativa não adere aos tratamentos, além de possíveis contraindicações e eventos adversos, que reduzem a efetividade destas intervenções. Com o objetivo de medir o benefício de intervenções frente a um grupo de doentes, em condições reais, alguns estudos(20–22) demonstraram, por modelagens teóricas novas, medidas de impacto populacionais, como por exemplo o número de impacto para a doença (DIN). Estas novas medidas ajudam de forma mais consistente os profissionais de saúde na tomada de decisão compartilhada com o paciente, no planejamento de ações em nível da atenção primária e na gestão mais ampliada de sistemas locais de saúde.

Desta forma, o objetivo deste estudo é estimar o potencial impacto da adoção de intervenções farmacológicas e não farmacológicas sobre a taxa de internações por causas cardiovasculares entre a população de hipertensos do Município de Porto Alegre/RS.

METODOLOGIA

Este estudo é caracterizado como um estudo transversal de base populacional(23). Foram entrevistados 2597 indivíduos moradores das áreas de abrangência dos serviços de atenção primária, durante os anos de 2006 e 2007 na Cidade de Porto Alegre/RS. Destes, 1044 (40%) foram identificados como hipertensos(24), mas apenas 628 eram hipertensos reconhecidos (24%). Foram avaliados a prevalência de hábitos de vida saudável (dieta, atividade física), o controle pressórico, fatores de risco cardiovasculares (obesidade, diabetes, tabagismo, uso de bebida alcoólica), uso de medicamentos para o tratamento anti-hipertensivo, assim como as hospitalizações entre os indivíduos reconhecidos como hipertensos.

As medidas e definições das variáveis seguem abaixo.

- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) – a pressão arterial foi medida em dois momentos durante a visita domiciliar, com intervalo mínimo de 3 minutos entre a

1ª e a 2ª medida. Foram considerados hipertensos os entrevistados que responderam “sim” à pergunta “Algum médico já lhe disse que você tem pressão alta (hipertensão)?”; ou aqueles que, embora tivessem negado ou ignorado a pergunta (hipertensos não reconhecidos), apresentaram a média de duas medidas da Pressão Arterial Sistólica (PAS) igual ou superior a 140mmHg, e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) igual ou superior a 90mmHg. O controle foi definido como: PAS<140mmHg e PAD<90mmHg, e, em hipertensos com diabetes, PAS<130mmHg e PAD<80mmHg

- Dieta hipossódica e DASH – foram estimadas a partir da reposta dos indivíduos sobre terem recebidos orientação dietética por algum profissional de saúde.
- Atividade física – foram considerados ativos fisicamente indivíduos que referiram realizar atividade física moderada pelo menos 30 minutos diários em 5 ou mais dias por semana. Foi utilizado para medida de atividade física a versão curta do *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*(25), validado no Brasil(26).
- Tabagismo – foram considerados tabagistas os indivíduos que referiram uso atual de tabaco.
- Uso do álcool – foram considerados bebedores pesados, homens que referiram consumo de mais de duas unidades padrão (dose padrão: 1 lata de cerveja, 1 cálice de vinho ou 1 dose de destilado) por dia, e mulheres que consumiam mais de uma unidade padrão por dia.
- Obesidade foi definida entre os indivíduos com IMC maior ou igual a 30 Kg/m².
- Uso de anti-hipertensivos, aspirina e estatina foram definidas pelo autorrelato dos pacientes.

Estimativa da efetividade das intervenções a partir de dados da literatura para redução da pressão arterial e impacto na redução de eventos cardiovasculares:

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura através da busca de artigos nas bases Pubmed e Scielo, utilizando-se os termos MeSH das intervenções relacionadas ao controle pressórico e redução de eventos cardiovasculares (ECV) entre indivíduos hipertensos. Foram incluídos na estratégia de busca ensaios clínicos randomizados e metanálises que apontavam para estes desfechos.

Para algumas intervenções (mudanças no estilo de vida) foram descritos como desfechos intermediários o impacto na redução da pressão arterial sistólica (PAS), enquanto para outras intervenções (medicamentosas) o desfecho clínico foi a redução de eventos cardiovasculares. Para efeito comparativo de todas as intervenções em relação ao impacto na redução de ECV utilizou-se como parâmetro a associação da redução da PAS com a redução de ECV. Este parâmetro partiu de uma metanálise(7) que avaliou 61 estudos prospectivos e cerca de um milhão de indivíduos no mundo. Este modelo de prospecção também foi utilizado no estudo Intersalt(27) a partir de cinco estudos prospectivos, mostrando que uma redução de 2,2 mmHg estava associado com um risco menor de morte por doença arterial coronariana (DAC) de 4% e por AVC de 6%, em indivíduos de meia idade.

A Tabela 1 sumariza os dados encontrados nos estudos relacionados com a efetividade de cada intervenção na redução de eventos cardiovasculares. Ressalta-se que para as mudanças de estilo de vida utilizou-se as estimativas da redução da PAS para o cálculo da Redução do Risco Relativo (RRR), com seus respectivos intervalos de confiança, conforme parâmetros descritos no estudo de Lewington et al(7). Para as intervenções farmacológicas são descritos diretamente as respectivas RRR. Para o cálculo da RRR de cada intervenção foi escolhido a revisão sistemática mais atual, com maior número de ECR, e de maior impacto. Quando foram similares, utilizou-se o estudo com resultado mais conservador.

- Dieta DASH

Revisão sistemática (RS) de ECRs (28) demonstrou uma redução da PAS de 5 mmHg (IC 95%: 3,1-7) com dieta DASH.

- Ingesta restritiva de sódio

A RS(28) descrita acima identificou para restrição de sódio uma redução na PAS de 3,6 mmHg (IC 95%: 2,5-4,6). RS Cochrane (29) encontrou valores de redução de PAS de 5 mmHg (IC95%: 4,1-5,7) e outra (30) de 5,4 (IC95%: 4,4-6,5) para hipertensos caucasianos e de 6,4 (IC 95%: 4-8,8) para hipertensos negros.

- Atividade Física

A RS de Dickinson et al.(28) identificou entre os indivíduos que realizavam atividade física aeróbica uma redução na PAS de 4,6 mmHg (IC95%: 2,0-7,1). Outra

metanálise(31) envolvendo 72 ECRs evidenciou redução na PAS ambulatorial de 3,3 mmHg (IC95%: 0,9-5,8).

- Perda de peso

Metanálise de ECRs(32) identificou para uma redução de peso de 5,1Kg (IC95%: 4,2-6) uma redução na PAS de 4,4 mmHg (IC 95%: 2,95-5,93), e para cada perda em quilograma uma redução de 1,05 mmHg (IC 95%: 0,6-5,9). Perdas maiores que 5Kg mostraram uma redução de PAS de 6,6 (IC 95%: 4,8-8,4).

- Cessação do Tabagismo

Um ECR(33) evidenciou uma redução de PAS de 3.6+/-1.9 mm Hg entre os indivíduos que pararam de fumar. Uma RS de estudos de coorte(34) sobre o impacto da cessação do tabagismo entre indivíduos com risco de desenvolver doença cardiovascular, mostrou, comparando ex-fumantes a fumantes, o *Hazard Ratio* (HR) de 0,71 (IC 95%: 0,64-0,78) para DAC e de 0,84 (IC95%: 0,76-0,92) para AVC.

- Uso moderado de álcool

Dickinson *et al.* encontraram um efeito de redução de PAS de 3,8 mmHg (IC95%: 1,4-6,1) entre os indivíduos que reduziram a ingesta alcoólica. Outra metanálise de ECR's(35) identificou uma redução de PAS de 3,3 mmHg (IC95%: 2,5-4,1) entre os indivíduos que reduziram o álcool.

- Tratamento farmacológico

RS de ECRs (8), comparando tratamento anti-hipertensivo contra placebo em relação à prevenção de eventos cardiovasculares maiores, encontrou reduções de 22% (IC 95% 17-27) com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), 18% (IC 95% 5-29) com Bloqueadores do Canais de Cálcio (BCC) e 10% (IC 95% 4-17) com Bloqueadores do receptor AT1 de Angiotensina II (BRA). Não foi encontrado diferenças quando comparadas as drogas entre si. Outra RS de ECRs (36) relacionada a tratamento farmacológico em pacientes hipertensos comparados a placebo encontraram, com IECA, uma redução de AVC de 30% (IC95%: 15-43), para DAC de 20% (IC95%: 11-28), e para ECV maiores de 21% (IC95%: 14-27), enquanto com BCC de 39% (IC95: 15-56) para AVC e de 28% (IC95%:13-41) para EVC maiores.

- Ácido acetilsalicílico (AAS) para prevenção secundária

Revisão sistemática de ECRs (37) demonstrou um impacto da aspirina comparada a placebo na prevenção secundária de eventos cardiovasculares maiores de 19% (RR: 0,81, IC95% 0,75-0,87). Outra metanálise(38) com aspirina na prevenção secundária de doença cardiovascular evidenciou redução no risco de morte por DAC (OR: 0,80; IC95%:0,75-0,86) e por AVC (OR: 0,91; IC95%:0,85-0,98), e eventos vasculares em DAC, AVC e Doença Arterial Periférica (DAP) (OR: 0,71; IC95%:0,67-0,76; OR: 0,87; IC95%:0,82-0,93; OR: 0,51; IC95%:0,29-0,88, respectivamente).

- Estatina para prevenção secundária

Uma metanálise(39) que avaliou o impacto do uso de estatina na prevenção secundária mostrou uma redução de eventos cardiovasculares para mulheres de 19% (RR: 0,81; IC95%: 0,74-0,89) e para homens de 18% (RR:0,82; IC95%: 0,78-0,85). Outra metanálise(40) de ECR's em idosos (65-82 anos) com DAC, evidenciou uma redução de mortalidade por todas as causas em cinco anos de 15,6% com estatina e 18,7% com placebo (RR:0,78, IC95%:0,65-0,89).

Para cada intervenção mostra-se uma análise de sensibilidade baseada nos intervalos de confiança da redução do risco relativo encontrada em cada estudo, sendo que para as intervenções de mudança de estilo de vida foi estimado a partir do desvio-padrão da redução da PAS.

Tabela 1 - Redução do Risco Relativo (RRR) descritos pela literatura para cada intervenção efetiva no controle pressórico e na prevenção de eventos cardiovasculares em hipertensos.*

Intervenção	Redução PAS mmHg (IC95%)	RRR (IC95%)
Dieta DASH(28)	5 (3,1-7)	0,15 (0,09-0,21)
Ingesta restritiva de sódio(29)	5 (4,1-5,7)	0,15 (0,12-0,17)
Atividade Física(31)	3 (0,9-5,8)	0,10 (0,03-0,17)
Perda de peso (cada 5kg) (32)	4 (3-5,9)	0,13 (0,09-0,18)
Cessaçã do Tabagismo(33)	4 (1,7-5,5)	0,11 (0,05-0,17)
Uso moderado de álcool(28)	4 (1,4-6,1)	0,11 (0,04-0,18)
Uso de anti-hipertensivo(8)	-----	0,22 (0,17-0,27)
Aspirina (prevenção 2ª)(37)	-----	0,19 (0,13-0,25)
Estatina (prevenção 2ª)(39)	-----	0,19 (0,11-0,26)

* A estimativa da redução do risco relativo de eventos cardiovasculares para intervenções que reduzem a Pressão Arterial Sistólica (PAS) foi baseada em uma metanálise(7) que encontrou uma associação, para cada diminuição de 2 mmHg de PAS, uma redução de mortalidade de 7% por DAC. Considerando-se a PAS como um fator de risco linear e consistente, para fins de cálculo, o parâmetro utilizado foi: para cada redução de 1mmHg estima-se uma redução em 3% da mortalidade por DAC e outros eventos vasculares.

RRR=Redução do Risco Relativo; IC=Intervalo de Confiança; DASH (Abordagem Dietética para Parar a Hipertensão)

Indicadores de potencial benefício - definições:

- RRA (Redução do Risco Absoluto) – é definido como a diferença do risco entre o grupo intervenção e o grupo controle. Também chamado de risco atribuível. Do ponto de vista efetivo a RRA é calculada a partir do risco basal multiplicado pela redução do risco relativo (RRR).

- NNT (Número Necessário para Tratar) – reflete o impacto de uma intervenção nos sujeitos tratados. É expressa por: $NNT = 1/RRA$

- DIN (Número de impacto para doença) – é definido como o número daqueles com a doença em questão entre os quais um evento será prevenido pela intervenção. Leva em consideração o número de pessoas na população com a doença, e não apenas aqueles elegíveis para a intervenção de acordo com o critério de entrada no ECR. É expresso por: $DIN = NNT \times 1/P_e$ ou $DIN = 1/RRA \times P_e$, aonde P_e é a proporção de pessoas doentes expostas ou elegíveis para intervenção. O P_e é melhor definido, na prática, como o uso incremental de determinada intervenção, sendo calculado a partir da proporção de pessoas elegíveis menos as pessoas que já utilizam a mesma.

- PIN (Número de impacto para população) – é definido pelo número de pessoas na população entre aqueles que um evento será prevenido pela intervenção. Esta medida leva em consideração a população como um todo de onde os pacientes com a doença pertencem. É expressa por: $PIN = 1/RRAxP_p$, aonde P_p é a proporção de toda população exposta ou elegível para intervenção. Ou $PIN = DIN \times 1/P_d$, aonde P_d é a proporção de toda população com a doença de interesse, definida pela incidência ou prevalência.

O DIN e o PIN permitem avaliação abrangente do impacto do tratamento nas pessoas com a doença e na população das quais elas pertencem, o que permite melhor planejamento das ações por parte das equipes de saúde frente a população adscrita aos serviços de saúde, e aos gestores na tomada de decisões e escolha de intervenções efetivas do ponto de vista populacional(20,22).

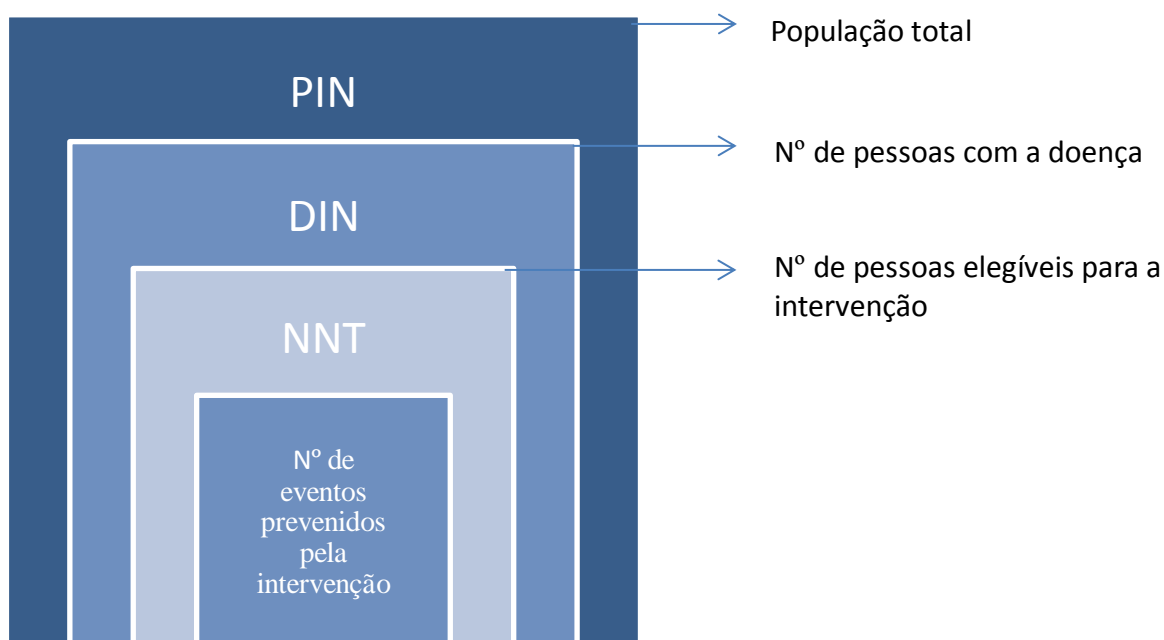


Figura 1 – Representação das medidas de benefício populacionais.

Cálculo do benefício esperado teoricamente com a implementação das Intervenções:

O cálculo da RRA para cada intervenção utiliza a combinação da Redução do Risco Relativo (RRR), a partir dos dados das literaturas, e o risco basal de eventos cardiovasculares, a partir dos dados do estudo de base populacional. Depois obtém-se o NNT. Para o cálculo do DIN, é necessário a definição do uso incremental de cada intervenção, partindo-se de dados do estudo de base populacional dos pacientes que já recebem a intervenção e subtraindo a proporção de pacientes alvo. O alvo para cada intervenção é construído a partir da estimativa dos pacientes elegíveis para intervenção (por exemplo: somente pacientes com eventos cardiovasculares prévios serão elegíveis para uso de estatina), descontando aqueles esperados que possam ter intolerância, contraindicação ou outra dificuldade no acesso ou na adesão ao tratamento. Para o cálculo do PIN, é necessário a definição do P_d que é obtido dos dados de prevalência do estudo de base populacional.

Coorte de hipertensos dos quais a estimativa teórica do benefício está presente:

Uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) cobre em média 3000 pessoas, de acordo com a recomendação da Política Nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde Brasileiro(41). Dentre estes, 74% são indivíduos com 20 anos

ou mais em Porto Alegre, de acordo com o último Censo (2010). Nesta faixa etária a prevalência de hipertensos reconhecidos é de 24%, segundo os dados do estudo de base populacional, resultando numa estimativa de 533 indivíduos com hipertensão reconhecida ($3000 \times 0,74 \times 0,24$). Considerando que alguns pacientes hipertensos reconhecidos podem ser acompanhados em outros serviços ou não estarem em acompanhamento, descrevemos nossos resultados em uma coorte aberta de 500 pacientes com hipertensão reconhecida. Este seria o número estimado de hipertensos reconhecidos cobertos por cada equipe da ESF.

Para o cálculo do número de eventos cardiovasculares esperados para os 500 hipertensos em 10 anos, multiplicou-se a taxa de hospitalização em 10 anos encontrada neste estudo transversal pelos 500 hipertensos. E para calcular o número de hospitalizações preveníveis, pelo incremento das intervenções, dividiu-se os 500 pelo DIN ($=500/\text{DIN}$) de cada intervenção (42).

Este estudo de base populacional foi submetido para avaliação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, do Grupo Hospitalar Conceição, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS) sendo aprovado em todos.

RESULTADOS

No estudo de base populacional realizado em Porto Alegre, entre os 628 hipertensos reconhecidos, 419 (66,7%) eram do sexo feminino, com média de idade de 57,2 anos ($\pm 13,8$). Estavam em tratamento com anti-hipertensivos 523 (83,3%) e apresentavam controle pressórico 241 (38,4%) hipertensos.

Na Tabela 2 são apresentadas as estimativas da proporção alvo dos participantes hipertensos que devem receber as intervenções efetivas para prevenção de ECV, associado aos dados encontrados no estudo de base populacional sobre o uso corrente destas intervenções, e a diferença entre estas proporções considerada a proporção do uso incremental. É importante ressaltar que para calcular a população alvo elegível para cada intervenção, levou-se em consideração estimativas conservadoras baseadas em evidências sobre a adesão inicial as mesmas, sendo portanto todas factíveis.

Na coluna 1 (Tabela 2), observa-se a população alvo para receber as intervenções. Foi considerado para dieta DASH e restrição sódica um alvo de 80%, considerando esta a taxa de adesão inicial a essas intervenções(43). Para atividade física considerou-se também a adesão inicial a essa intervenção de 80%(44). Dentre os 80% com sobrepeso e obesidade, 77% costumam aderir a orientação de perder peso(44), considerando-se o alvo de 62% ($80 \times 77\%$). Foi encontrado uma prevalência de tabagismo de 24% entre os hipertensos, contudo levando em consideração a efetividade dos tratamentos disponíveis na cessação do tabagismo no longo prazo em torno de 30%, considerou-se o alvo para esta intervenção apenas 1/3 destes pacientes (8%). Observou-se que 12% dos hipertensos eram bebedores pesados, considerando uma taxa de adesão para a redução do consumo de álcool de 57% destes bebedores (44), espera-se um alvo desta intervenção de 7% do total de hipertensos ($12 \times 57\%$). Para o tratamento medicamentoso considerou-se como população alvo aqueles com indicação para uso de anti-hipertensivos(12), ou seja, hipertensos estágio 1 com risco moderado ou alto somados aos hipertensos estágio 2. Foi encontrado no estudo 523 pacientes em uso de anti-hipertensivos, e 29 pacientes que tinham indicação mas não estavam utilizando, o que na soma totalizaram 88% da amostra. Considerando-se uma adesão ao uso de anti-hipertensivos de 57%(45), o alvo para esta intervenção foi de 50% ($88 \times 57\%$). Para as intervenções de prevenção secundária foram considerados

como alvo os pacientes hipertensos que referiram ter apresentado algum evento cardiovascular prévio, representando 28% dos pacientes da amostra. Levando em consideração a adesão destas intervenções de 66%(45), obtém-se um número aproximado de 18% (28x66%), e subtraindo prováveis pacientes intolerantes ou com contraindicação a estas drogas, chegou-se a uma proporção final de 15% para AAS e Estatina.

Na coluna 2 (Tabela 2), observa-se a proporção de hipertensos que utilizam estas intervenções, conforme os dados do estudo transversal. Para dieta DASH e restrição sódica foi calculado a partir dos 65% pacientes que referiram ter recebido estas orientações por profissionais, utilizando-se uma taxa de adesão as mesmas de 90%(44), estimou-se um percentual de 58,5 % (65x90%) de pacientes em uso destas medidas. Foram identificados 42% dos pacientes ativos fisicamente. Apenas 20% dos pacientes encontravam-se com peso normal. 45% dos participantes tinham indicação absoluta de uso de anti-hipertensivos, contudo havia 5% que não estava em uso, caracterizando 40% de pessoas em uso corrente com indicação formal. No estudo foram identificados utilizando AAS e estatina, para prevenção secundária, 10 e 7% dos pacientes, respectivamente.

Tabela 2 - Cálculo do uso incremental de cada intervenção em hipertensos considerando o uso corrente pelos pacientes do estudo de base populacional, Porto Alegre, 2007.

Intervenção	Proporção da população alvo elegível	Proporção da população que já utiliza	Proporção do uso Incremental
Dieta DASH	80%	58,5%	21,5%
Ingesta restritiva de sódio	80%	58,5%	21,5%
Atividade Física	80%	42%	38%
Perda de peso (cada 5kg)	62%	20%	42%
Cessaçã do Tabagismo	8%	0%	8%
Uso moderado de álcool	7%	0%	7%
Uso de anti-hipertensivo	50%	40%	10%
Aspirina (prevenção 2ª)	15%	10%	5%
Estatina (prevenção 2ª)	15%	7%	8%

Na Tabela 3, observa-se na primeira coluna a redução do risco absoluto de cada intervenção, calculado a partir do produto da redução do risco relativo proveniente da literatura e do risco basal. O risco basal de eventos cardiovasculares foi estimado pela taxa de hospitalização encontrada na nossa amostra, onde 103 hipertensos reconhecidos (16%) referiram ter se internado no último ano, e destes 36 (6%) foram por causas cardiovasculares. Extrapolando este dado para um período de 10 anos, o risco basal de hospitalizações por causas cardiovasculares foi de 60%.

Evidencia-se também na Tabela 3 a estimativa do impacto das intervenções. Observa-se a eficácia das nove intervenções através do baixo NNT das mesmas que variou entre 8 e 17. Contudo sabe-se que o NNT só é válido quando os pacientes utilizam as mesmas efetivamente, e como na prática real existem pacientes não elegíveis e outros já estão em uso corrente, é mais difícil de utilizar esta medida para avaliar o impacto sobre a totalidade dos hipertensos. Utiliza-se neste caso o DIN. Destacam-se as intervenções onde o uso incremental são maiores, portanto tem um impacto entre os hipertensos mais significativo, gerando valores do DIN menores, como por exemplo a dieta DASH e hipossódica, atividade física e perda de peso. Estas mesmas intervenções apresentam um impacto sobre a população mais consistente, identificado pelos baixos valores do PIN, comparada as demais medidas.

A cessação do tabagismo pela complexidade da intervenção em que depende da oferta do serviço além da adesão do paciente, assim como a redução do consumo de álcool pela baixa prevalência de bebedores pesados associado a uma menor adesão a esta intervenção, geram um uso incremental reduzido, e acabam sendo menos impactantes do ponto de vista populacional representados pelos valores maiores do DIN e PIN.

As intervenções medicamentosas com anti-hipertensivos, aspirina e estatina apresentam boa efetividade quando utilizadas, evidenciadas pelos seus baixos NNT (8, 9 e 9, respectivamente). Contudo pelo baixo uso incremental, apresentam menor impacto populacional pelo DIN (76, 166 e 114, respectivamente) e PIN (421, 919 e 613, respectivamente) quando comparada a dieta e atividade física.

Tabela 3 - Cálculo do número de pacientes com hipertensão cobertos pela APS para prevenir uma hospitalização devido a evento cardiovascular no período de dez anos, Número de Impacto para Doença (DIN).

<i>Intervenção</i>	<i>RRA¹</i>	<i>NNT²</i>	<i>DIN³</i>	<i>PIN⁴</i>
Dieta DASH*	0,09 (0,06-0,13)	11 (8-18)	52 (37-83)	287 (205-463)
Ingesta restritiva de sódio	0,09 (0,07-0,10)	11 (10-14)	52 (45-63)	287 (252-350)
Atividade Física	0,06 (0,02-0,10)	17 (10-62)	44 (25-162)	246 (140-906)
Perda de peso (cada 5kg)	0,08 (0,05-0,11)	13 (9-19)	30 (22-45)	167 (124-249)
Cessação do Tabagismo	0,06 (0,03-0,10)	15 (10-33)	193 (126-408)	1072 (701-2269)
Uso moderado de álcool	0,07 (0,03-0,11)	15 (9-40)	214 (133-580)	1187 (740-3223)
Uso de anti-hipertensivo	0,13 (0,10-0,16)	8 (6-10)	76 (62-98)	421 (343-545)
Aspirina (prevenção 2 ^a)	0,11 (0,08-0,15)	9 (7-13)	166 (126-242)	919 (699-1344)
Estatina (prevenção 2 ^a)	0,11 (0,7-0,16)	9 (6-15)	114 (83-197)	633 (463-1093)

*DASH (abordagem dietética para parar a hipertensão);

¹RRA=reduç o do risco absoluto (=risco basal (60%) x redução do risco relativo); ²NNT=n mero necessário para tratar (=1/RRA); ³DIN=n mero de impacto para doenç a (=NNT/proporção do uso incremental); ⁴PIN=n mero de impacto para população (=DIN/prevalência da doenç a na população geral (18%)).

Na Tabela 4 observa-se uma estimativa de impacto na redução de hospitalização, considerando-se 500 pacientes hipertensos acompanhados por 10 anos por uma equipe da ESF, a partir do incremento destas intervenções. Estima-se que em 10 anos ocorreriam 300 internações (60%) por causas cardiovasculares, considerando-se a taxa de 6% ao ano. Somando-se o benefício de todas as intervenções, seriam evitadas 66,2 (42,9-89,6) internações, o que representaria uma redução de 22% (14-30%) do total de hospitalizações por causas cardiovasculares entre os pacientes hipertensos.

Tabela 4 - Número de internações devido a complicações cardiovasculares que poderiam ser prevenidas pelo uso incremental de intervenções em serviços de APS, cobrindo 500 hipertensos em 10 anos.

Intervenção	Número de internações preveníveis^a
Dieta DASH	9,7 (6-13,5)
Ingesta restritiva de sódio	9,7 (7,9-11,0)
Atividade Física	11,3 (3,1-19,8)
Perda de peso	16,6 (11,2-22,4)
Cessação do Tabagismo	2,6 (1,2-4,0)
Uso moderado de �lcool	2,3 (0,9-3,8)
Uso de anti-hipertensivo	6,6 (5,1-8,1)
AAS (prevenção 2 ^a)	3,0 (2,1-4,0)
Estatina (prevenção 2 ^a)	4,4 (2,5-6,0)
Número total de hospitalizações preveníveis (soma)	66,2 (42,9-89,6)
Fração de Redução ^b	22% (14-30%)

^a por 500 pacientes hipertensos (=500/DIN)

^b soma das hospitalizações preveníveis/total de hospitalizações esperadas (=66/300)

DISCUSSÃO

Observa-se um potencial benefício das diversas intervenções na redução de eventos cardiovasculares em pacientes hipertensos, demonstrado pela estimativa de prevenção de 22% de eventos cardiovasculares em 10 anos, ao mesmo tempo que se evidencia uma subutilização destas no nível da atenção primária de Porto Alegre. Foi demonstrado em outro estudo(46) com o grupo de diabéticos deste mesmo projeto uma redução de 48% de internações, contudo outras intervenções foram testadas com grande impacto, como vacina contra influenza e uso de IECA, somando-se ao fato que estes pacientes diabéticos apresentam um risco cardiovascular maior, e consequentemente uma maior eficácia das intervenções. Em duas publicações(47,48) relacionadas com o ECR PREMIER, em que foram utilizadas intervenções múltiplas na modificação do estilo de vida, encontraram-se resultados próximos, com a redução do risco relativo para o controle pressórico de 23%, e na redução do score de risco cardiovascular de 14%.

As intervenções avaliadas mostraram, a partir dos dados da literatura, uma boa eficácia com a redução do risco relativo (RRR) variando de 10 a 22%. Partindo-se de um risco basal elevado encontrado na taxa de hospitalização por eventos cardiovasculares de 6% ao ano, as intervenções avaliadas mostrar-se-iam com alto impacto para os indivíduos que venham a utilizá-las, com o número necessário para tratar (NNT) variando de 8 a 17, ou seja, valores baixos para todos. Contudo foi demonstrado a partir do uso incremental de cada intervenção um potencial maior para as intervenções relacionadas a dieta (DASH e hipossódica), atividade física e perda de peso, por apresentarem uma maior possibilidade de incremento entre os pacientes elegíveis. Este incremento também relaciona-se com uma maior proporção da população alvo, tendo em vista que são medidas praticamente indicadas para todos hipertensos. Os baixos valores do DIN e do PIN destas intervenções demonstram sua excelente aplicabilidade entre hipertensos, com boa efetividade e ainda baixo ou nenhum custo. A cessação do tabagismo e a redução do consumo de álcool, embora tenham apresentado valores maiores no DIN e PIN, comparadas as demais intervenções, causados pelo seu baixo valor de incremento, continuam como intervenções importantes de serem implementadas, especialmente pela alta

prevalência da hipertensão, tornando-as ainda impactantes do ponto de vista populacional.

O uso de anti-hipertensivos mostrou-se também ser uma intervenção de alto impacto (NNT=8, DIN=76 e PIN=421), inclusive com valores bem mais efetivos que estudo(49) realizado com dados da Suécia (NNT=167, DIN= 239 e PIN=11950), que utilizou NNT de um ECR. O uso de aspirina e de estatina para prevenção secundária, embora tenha apresentado valores de DIN (166, 114) e PIN (919, 633), respectivamente, um pouco maiores, demonstraram-se ser intervenções efetivas do ponto de vista populacional, levando-se em consideração a prevalência da HAS e o número de pessoas acompanhadas pelas equipes da ESF. Heller (22,42) estimou, em dois estudos, o uso da aspirina na prevenção secundária de Infarto do Miocárdio (NNT=93, DIN=103, PIN=1837) e de AVC (NNT=33, DIN=46, PIN=35450). Esta variabilidade é atribuída a diferença do risco basal em cada estudo e grupo de pacientes, a diferença no incremento e da prevalência da doença. Melander (49) encontrou estimativas para o impacto da estatina (sinvastatina) na prevenção secundária de IAM próximas a este estudo, com o DIN de 93, embora o PIN de 2657 tenha sido bem maior devido a menor prevalência da doença.

As diversas intervenções farmacológicas e não farmacológicas, além de se mostrarem efetivas em outros estudos(10), mostraram seu potencial impacto no exercício de modelagem realizado neste estudo. Contudo são conhecidas as lacunas entre as evidências da eficácia destas e sua aplicabilidade, que impactam diretamente no baixo controle pressórico(16–18) e consequente aumento de eventos cardiovasculares. Este baixo controle é representado por limitações relacionadas com os pacientes(19), em especial pela baixa adesão aos tratamentos, relacionados aos profissionais de saúde(50), por conhecimento insuficiente das evidências, além da inércia clínica, e também relacionadas com falhas organizacionais nos serviços de saúde(51).

Para superar estas lacunas foram evidenciadas em revisões sistemáticas(52–54) intervenções para melhorar a aplicabilidade das medidas conhecidas para o controle pressórico e redutoras de eventos cardiovasculares, em formato multifacetado. Destaca-se a necessidade de melhorar a organização dos serviços de saúde, no cadastro e seguimento dos pacientes hipertensos, a utilização de protocolos

escalonados para tomada de decisão, o automonitoramento realizado pelos pacientes, a inclusão de outros profissionais na equipe além do médico e o desenvolvimento de intervenções educacionais para profissionais e pacientes. Com estas intervenções multifacetadas pode-se melhorar a organização dos serviços, a tomada de decisão dos profissionais de saúde e a adesão dos pacientes às medidas de impacto na redução de eventos cardiovasculares, em especial as que tiverem menores valores incrementais como a cessação do tabagismo e o uso de anti-hipertensivos.

Este estudo apresenta como uma limitação inicial o uso do exercício de modelagem teórica, onde foram realizados os cálculos sobre cada intervenção em separado, não podendo se estimar a interação das diversas intervenções. Pode-se apresentar variações no impacto das medidas (NNT, DIN e PIN) conforme a mudança no risco basal, na população elegível e na prevalência da doença. Para as medidas de mudança de estilo de vida partiu-se de um desfecho intermediário (redução da PAS) para se calcular o desfecho clínico, podendo haver variabilidade nos resultados. Contudo calculou-se o impacto destas reduções pressóricas em apenas um dos desfechos cardiovasculares (redução de DAC), desconsiderando-se os demais desfechos, que poderiam se somar e aumentar este impacto. Para todas as intervenções utilizou-se metas conservadoras sempre levando em consideração no cálculo a aderência dos pacientes, as contraindicações do uso e as limitações do serviço.

Benefícios maiores poderiam ter sido encontrados, por exemplo, no incremento de anti-hipertensivos para pacientes não controlados, através do aumento de doses ou acréscimo de drogas, o que não foi utilizado neste estudo. Também não foram utilizadas a aspirina e estatina para prevenção primária, pela divergência na literatura do risco-benefício e do custo-efetividade, respectivamente. No entanto, mesmo para prevenção primária, em alguns pacientes selecionados, poderiam impactar na redução de eventos cardiovasculares.

Aponta-se para necessidade de ampliar as pesquisas utilizando-se estas medidas de impacto de base populacional, como DIN e o PIN, a partir de estudos observacionais prospectivos assim como experimentais para avaliar a efetividade real das estimativas destas intervenções na redução de eventos cardiovasculares, e, conseqüentemente, nas internações por estas causas.

Pode-se concluir que existe uma real possibilidade de redução de mais de 20% de hospitalizações em hipertensos atendidos na rede de atenção primária de Porto Alegre, a partir do incremento destas intervenções. Para isto faz-se necessário a reorganização da rede de APS visando um cuidado efetivo, integral e longitudinal destes pacientes, melhorando os atributos essenciais da APS e incorporando as intervenções multifacetadas ao processo de trabalho das equipes.

COLABORADORES

Thiago Gomes da Trindade participou da concepção do estudo, revisão da literatura, revisão das bases de dados, análise dos resultados, construção das tabelas e redação do texto. Erno Harzheim participou da concepção do estudo, análise dos resultados, construção das tabelas e revisão do texto. Bruce B. Duncan participou da concepção do estudo.

INSTITUIÇÕES FINANCIADORAS

- ❖ Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS);
- ❖ Programa de Apoio a Projetos Institucionais com a Participação de Recém-Doutores (PRODOC) - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES/MEC);
- ❖ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/MCT) e Departamento de Atenção Básica (DAB/MS).

REFERÊNCIAS

1. WHO | Noncommunicable diseases country profiles 2011 [Internet]. WHO. [cited 2013 Jan 10]. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html
2. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011 Jun 4;377(1474-547X (Electronic)):1949–61.
3. Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Riegel G, Fuchs SC. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. *PLoS ONE*. 2012;7(10):e48255.
4. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005 Jan 15;365(1474-547X (Electronic)):217–23.

5. Wittchen HU, Glaesmer H, März W, Stalla G, Lehnert H, Zeiher AM, et al. Cardiovascular risk factors in primary care: methods and baseline prevalence rates—the DETECT program. *Current Medical Research and Opinion*. 2005;21(4):619–29.
6. Kalantan KA, Mohamed AG, Al-Taweel AA, Abdul Ghani HM. Hypertension among attendants of primary health care centers in Al-Qassim region, Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2001 Nov;22(11):960–3.
7. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002 Dec 14;360(0140-6736 (Print)):1903–13.
8. Turnbull F. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. *Lancet*. 2003 Nov 8;362(1474-547X (Electronic)):1527–35.
9. Lawes CM, Bennett DA, Feigin VL, Rodgers A. Blood pressure and stroke: an overview of published reviews. *Stroke*. 2004 Apr;35(1524-4628 (Electronic)):1024.
10. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. *JAMA*. 2002 Oct 16;288(0098-7484 (Print)):1882–8.
11. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2010;95:I–III.
12. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003 May 21;289(0098-7484 (Print)):2560–72.
13. Rabi DM, Daskalopoulou SS, Padwal RS, Khan NA, Grover SA, Hackam DG, et al. The 2011 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and therapy. *Can.J.Cardiol*. 2011 Jul;27(1916-7075 (Electronic)):415–33.
14. Riegel G, Moreira LB, Fuchs SC, Gus M, Nunes G, Correa V Jr, et al. Long-term effectiveness of non-drug recommendations to treat hypertension in a clinical setting. *Am. J. Hypertens*. 2012 Nov;25(11):1202–8.
15. Kaplan NM, Opie LH. Controversies in hypertension. *Lancet*. 2006 Jan 14;367(1474-547X (Electronic)):168–76.
16. Heisler M, Hogan MM, Hofer TP, Schmittdiel JA, Pladevall M, Kerr EA. When more is not better: treatment intensification among hypertensive patients with poor medication adherence. *Circulation*. 2008 Jun 3;117(1524-4539 (Electronic)):2884–92.
17. Oliveria SA, Lapuerta P, McCarthy BD, L'Italien GJ, Berlowitz DR, Asch SM. Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Arch.Intern.Med*. 2002 Feb 25;162(0003-9926 (Print)):413–20.
18. Wang YR, Alexander GC, Stafford RS. Outpatient hypertension treatment, treatment intensification, and control in Western Europe and the United States. *Arch.Intern.Med*. 2007 Jan 22;167(0003-9926 (Print)):141–7.
19. Morris AB, Li J, Kroenke K, Bruner-England TE, Young JM, Murray MD. Factors associated with drug adherence and blood pressure control in patients with hypertension. *Pharmacotherapy*. 2006 Apr;26(4):483–92.

20. Attia J, Page J, Heller RF, Dobson AJ. Impact numbers in health policy decisions. *J Epidemiol Community Health*. 2002 Aug;56(8):600–5.
21. Heller RF, Dobson AJ, Attia J, Page J. Impact numbers: measures of risk factor impact on the whole population from case-control and cohort studies. *J Epidemiol Community Health*. 2002 Aug;56(8):606–10.
22. Heller RF, Dobson AJ. Disease impact number and population impact number: population perspectives to measures of risk and benefit. *BMJ*. 2000 Oct 14;321(7266):950–3.
23. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research*. 2006;6(1):156.
24. Trindade TG, Harzheim E. Associação entre a extensão dos atributos de atenção primária e qualidade do manejo da hipertensão arterial em adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. [Porto Alegre.]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia.; 2007.
25. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003 Aug;35(8):1381–95.
26. Matsudo S, Araújo T, Marsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira Luis C, et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil; International physical activity questionnaire (IPAQ): study of validity and reliability in Brazil. *Rev. bras. ativ. fís. saúde*. 2001;6(2):05–18.
27. Stamler J, Rose G, Stamler R, Elliott P, Dyer A, Marmot M. INTERSALT study findings. Public health and medical care implications. *Hypertension*. 1989 Nov;14(5):570–7.
28. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J. Hypertens*. 2006 Feb;24(2):215–33.
29. Graudal NA, Hubeck-Graudal T, Jurgens G. Effects of low sodium diet versus high sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride. In: *The Cochrane Collaboration*, Graudal NA, editors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [cited 2013 Jan 8]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
30. He FJ, MacGregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD004937.
31. Fagard RH, Cornelissen VA. Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007 Feb;14(1):12–7.
32. Neter JE, Stam BE, Kok FJ, Grobbee DE, Geleijnse JM. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*. 2003 Nov;42(5):878–84.
33. Oncken CA, White WB, Cooney JL, Van Kirk JR, Ahluwalia JS, Giacco S. Impact of smoking cessation on ambulatory blood pressure and heart rate in postmenopausal women. *Am. J. Hypertens*. 2001 Sep;14(9 Pt 1):942–9.

34. Woodward M, Lam TH, Barzi F, Patel A, Gu D, Rodgers A, et al. Smoking, quitting, and the risk of cardiovascular disease among women and men in the Asia-Pacific region. *Int J Epidemiol*. 2005 Oct;34(5):1036–45.
35. Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motala OI, Whelton PK. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*. 2001 Nov;38(5):1112–7.
36. Neal B, MacMahon S, Chapman N. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. *Lancet*. 2000 Dec 9;356(0140-6736 (Print)):1955–64.
37. Baigent C, Blackwell L, Collins R, Emberson J, Godwin J, Peto R, et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2009 May 30;373(9678):1849–60.
38. Lièvre M, Cucherat M. Aspirin in the secondary prevention of cardiovascular disease: an update of the APTC meta-analysis. *Fundam Clin Pharmacol*. 2010 Jun;24(3):385–91.
39. Gutierrez J, Ramirez G, Rundek T, Sacco RL. Statin therapy in the prevention of recurrent cardiovascular events: a sex-based meta-analysis. *Arch. Intern. Med*. 2012 Jun 25;172(12):909–19.
40. Afilalo J, Duque G, Steele R, Jukema JW, De Craen AJM, Eisenberg MJ. Statins for secondary prevention in elderly patients: a hierarchical bayesian meta-analysis. *J. Am. Coll. Cardiol*. 2008 Jan 1;51(1):37–45.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. 2012. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
42. Heller RF, Edwards R, McElduff P. Implementing guidelines in primary care: can population impact measures help? *BMC Public Health*. 2003 Jan 23;3:7.
43. Ohta Y, Tsuchihashi T, Kiyohara K. Relationship between blood pressure control status and lifestyle in hypertensive outpatients. *Intern. Med*. 2011;50(19):2107–12.
44. Gee ME, Bienek A, Campbell NRC, Bancej CM, Robitaille C, Kaczorowski J, et al. Prevalence of, and barriers to, preventive lifestyle behaviors in hypertension (from a national survey of Canadians with hypertension). *Am. J. Cardiol*. 2012 Feb 15;109(4):570–5.
45. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am. J. Med*. 2012 Sep;125(9):882–887.e1.
46. Luft VC, Giugliani C, Harzheim E, Schmidt MI, Duncan BB. Prevalence of use and potential impact of increased use of primary care interventions to prevent cardiovascular hospitalizations in patients with diabetes. *Diabetes Res.Clin.Pract*. 2009 Sep;85(1872-8227 (Electronic)):328–34.
47. Maruthur NM, Wang N-Y, Appel LJ. Lifestyle interventions reduce coronary heart disease risk: results from the PREMIER Trial. *Circulation*. 2009 Apr 21;119(15):2026–31.
48. Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Simons-Morton D, Stevens VJ, Young DR, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Ann. Intern. Med*. 2006 Apr 4;144(7):485–95.

49. Melander A, Lindberg G, Nilsson JLG. Can drug treatment prevent disease in common practice? *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 2007;101(5):326–32.
50. Sutton E, Wilson H, Kaboli PJ, Carter BL. Why physicians do not prescribe a thiazide diuretic. *J.Clin.Hypertens.(Greenwich.)*. 2010 Jul 1;12(1751-7176 (Electronic)):502–7.
51. Pellegrini F, Belfiglio M, De BG, Franciosi M, Di NB, Greenfield S, et al. Role of organizational factors in poor blood pressure control in patients with type 2 diabetes: the QuED Study Group--quality of care and outcomes in type 2 diabetes. *Arch.Intern.Med.* 2003 Feb 24;163(0003-9926 (Print)):473–80.
52. Walsh JM, McDonald KM, Shojania KG, Sundaram V, Nayak S, Lewis R, et al. Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. *Med.Care.* 2006 Jul;44(0025-7079 (Print)):646–57.
53. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Educational and organisational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *Br.J.Gen.Pract.* 2005 Nov;55(0960-1643 (Print)):875–82.
54. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Self-monitoring and other non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2010 Dec;60(581):e476–488.

8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se avaliar a qualidade do cuidado das pessoas com hipertensão, procurou-se identificar indicadores validados na literatura que refletem as possibilidades de impacto na vida destes indivíduos, que se mostraram efetivos na redução de complicações fatais e não fatais. Nos profissionais, isto foi avaliado pelo conhecimento sobre o manejo assistencial, na avaliação de risco, no tratamento e no seguimento do paciente; com os usuários através da adesão às medidas efetivas para o controle pressórico e preventivas de redução de eventos cardiovasculares; e nos serviços de saúde de APS pelas medidas de qualidade estrutural, de oferta de cuidado e do processo de trabalho dos seus profissionais.

Embora esteja bem estabelecida a eficácia das intervenções sobre o controle pressórico, continua existindo lacunas para que a efetividade seja atingida. Pode-se resumir as quatro principais lacunas em ordem de implementação: o acesso do profissional de saúde ao conhecimento das evidências, a aceitação e aplicação destas, o acesso dos usuários às intervenções e a disponibilidade destas, e a adesão dos usuários às medidas. Os serviços de APS que pretendem atingir seus objetivos no cuidado efetivo ao hipertenso, precisa planejar suas ações de forma a preencher estas lacunas.

Neste estudo, foram encontradas falhas nestes quatro campos na rede de APS de Porto Alegre. Os profissionais de saúde mostraram o nível de conhecimento sobre as condutas na abordagem integral aquém do desejável, com destaque na baixa prevalência de conhecimento sobre avaliação plena do risco cardiovascular, nas indicações das medidas não farmacológicas e de exames de seguimento. Mostrou-se, também, uma diferença significativa em relação aos enfermeiros, os quais apresentaram um nível de conhecimento sobre algumas abordagens bem inferior ao dos médicos. O processo de educação continuada mostrou-se insuficiente, não atingindo a totalidade dos profissionais. A estrutura dos serviços também se mostrou insuficiente, com formato de seguimento dos pacientes obsoleto e pouco eficiente, com deficiência em alguns serviços, na oferta de exames e medicamentos, e ausência de um protocolo bem definido e implementado na rede como um todo. Na avaliação

dos usuários sobre a utilização das intervenções, que se relacionam com as quatro lacunas em cascata, observou-se uma subutilização de todas as medidas não farmacológicas e farmacológicas, impactando diretamente num controle pressórico inadequado e aumento de eventos cardiovasculares, os quais poderiam estar sendo prevenidos efetivamente.

Embora estejam sendo implementadas novas formas de avaliação normativa dos serviços de APS no país, através de instrumentos como o PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), e que demonstrarão um novo retrato da estrutura e do processo das equipes de uma maneira geral, faz-se necessário que sejam desenvolvidos e institucionalizados pelas equipes instrumentos e indicadores específicos sobre o cuidado das pessoas com doença crônica, e, em especial, este subgrupo de hipertensos. O monitoramento precisa medir a utilização das medidas preventivas e de controle pressórico, o próprio controle pressórico em si, e os desfechos clínicos relacionados, com *feedback* para as equipes, em uma perspectiva de tempo prospectiva.

Os achados deste estudo, associados às evidências da literatura, apontam para necessidades de melhoria da rede de APS de Porto Alegre, como forma de potencializar a qualidade do cuidado e impactar na redução de eventos cardiovasculares e hospitalizações. Para isto, faz-se necessário fortalecer cada atributo da APS e dos componentes do modelo de atenção a crônicos; e, mais especificamente, direcionar as ações para os seguintes pontos:

- Direcionados à reestruturação da rede de APS
 - Implementar uma rede de atenção informatizada, com protocolos institucionalizados e baseados em evidências;
 - Reestruturar a rede de apoio logístico, com investimentos na assistência farmacêutica e exames de apoio ao diagnóstico;
 - Articular as redes de atenção primária, secundária e terciária, tendo o ordenamento da rede pela APS, com definição de prioridade clínica no sistema de referência, e diminuição do tempo de espera dos pacientes referenciados;
 - Definir os papéis de cada profissional da equipe mínima da ESF no cuidado ao hipertenso, de forma a trabalharem de maneira integrada,

- otimizada, funcional e sistemática;
- Priorizar, no nível comunitário, as intervenções que mostraram maior número de pacientes elegíveis e, conseqüentemente, maior potencial preventivo do ponto de vista populacional, como as medidas de estilo de vida saudável (dieta DASH e hipossódica, atividade física e perda de peso);
 - Direcionados aos profissionais de saúde
 - Desenvolver um programa de educação continuada para os profissionais, respeitando as necessidades de cada um, utilizando metodologia ativa no processo educacional e baseados nos princípios da andragogia;
 - Avaliar cuidadosamente e ofertar com prioridade os processos formativos aos profissionais com maior tempo de formado;
 - Instituir formas de indução e incentivo para que a rede de APS seja formada por profissionais especialistas em medicina de família e comunidade/saúde da família;
 - Manter e qualificar as formas de contratação estáveis (por exemplo, a CLT), com fortalecimento da carreira, de modo a preservar o princípio da longitudinalidade do cuidado e evitar a mudança dos profissionais das equipes;
 - Redefinir o papel assistencial do enfermeiro no cuidado ao hipertenso, de modo que este possa desempenhar na plenitude seu trabalho com estes pacientes;
 - Reestabelecer o papel dos ACS no cuidado ao hipertenso, de forma a trabalharem com intervenções mais efetivas para o seguimento destes pacientes e melhorar a adesão dos mesmos às medidas terapêuticas;
 - Qualificar a forma de atenção ainda utilizada por alguns profissionais, centrada na doença e “prescritiva”, e incorporar na sua abordagem a estes pacientes uma visão integral, centrada na pessoa, com utilização de técnicas efetivas na mudança de comportamento; Incluir as ferramentas de avaliação de risco cardiovascular global e técnicas de abordagem cognitiva comportamental e entrevista motivacional nas

mudanças de estilo de vida e uso de medicamentos;

- Implementar sistemas de suporte à decisão, com protocolos escalonados, sistema de lembretes, além da auditoria e *feedback*; como forma de superar a inércia dos profissionais diante da necessidade de mudança terapêutica;
- Direcionados ao paciente
 - Garantir acesso a consultas com médico e enfermeiro, e para os acamados, por visita domiciliar, com priorização para os indivíduos de maior risco;
 - Ofertar processos de educação para o autocuidado, em nível individual e em grupo de forma sistemática;
 - Garantir o seguimento supervisionado pelos profissionais para que sejam identificadas as situações de não adesão ao tratamento, com renegociação das metas, objetivos e formas terapêuticas;

Enfim, a implementação destas medidas na rede de APS de Porto Alegre associadas ao fortalecimento dos atributos da APS podem impactar fortemente num cuidado de alta qualidade, com redução de complicações, diminuição de mortes prematuras e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos hipertensos acompanhados nesta rede.

ANEXOS

ANEXO A - Protocolo de pesquisa

ANEXO B - Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa

ANEXO C - Questionários (usuários, profissionais e coordenadores)

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO A - Protocolo de pesquisa

Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**. 2006;6(1):156

ANEXO B - Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE**

Of. CEPS/ESP – 076/2006.

Porto Alegre, 08 de agosto de 2006.

Senhor Pesquisador

O Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, apreciou e **aprovou** o seu protocolo de pesquisa intitulado: “ **Avaliação da Qualidade do processo de Atenção e da sua Efetividade sobre a Saúde do Adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária no município de Porto Alegre** ”, considerando que o mesmo tem relevância para a ciência e está ética e metodologicamente adequado.


Nara Regina Moura de Castilhos
Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da
ESP/SES/RS

Ilmo. Sr.
Erno Harzhein
UFRGS
N/C

**Av. Ipiranga, 6311 - Bairro Partenon - CEP 90.610-001 - Porto Alegre - RS
Telefone: (51)-3339.1155 - Fax: 3336.8142 - E-mail: esp@saude.rs.gov.br**



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA **PROPESQ**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

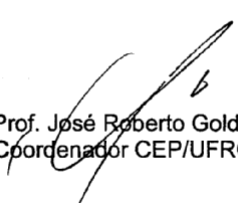
Número:2004367

Título do projeto: "Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família no município de Porto Alegre"

Investigador(es) principal(ais):Bruce B. Duncan

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião n.32, ata n. 53, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 13 de janeiro de 2005.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/UFRGS



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 05-365

Pesquisador Responsável:
BRUCE BARTOLOW DUNCAN

Título: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROCESSO DE ATENÇÃO E DA SUA EFETIVIDADE SOBRE A SAÚDE DO ADULTO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E EM MODELOS ALTERNATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

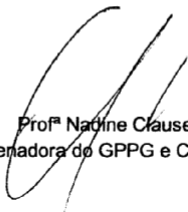
AMPLIAÇÃO DA PESQUISA

Data da Versão:

15/02/2006

Este documento referente ao projeto acima foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 15 de fevereiro de 2006.


 Profª Nadine Clausell
 Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CEP - GHC
RESOLUÇÃO

Porto Alegre, 23 de junho de 2006.

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-GHC, em reunião ordinária em 21/06/2006 analisou o projeto de pesquisa:

Nº CEP/GHC: 029/06
FR: 88112

Título Projeto: Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre.

Pesquisador(es): Erno Harzheim

PARECER:

Documentação: Aprovada
Aspectos Metodológicos: Aprovados
Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**, neste CEP.

Grupo e área temática: Projeto pertencente ao Grupo III – Área Temática (Ciências da Saúde - Medicina – 4.01).

Considerações finais: Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/GHC. O autor deverá encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Dr. Lauro Luís Hägerstrand
Assistente de Coordenação de Pesquisa
Gerência de Ensino e Pesquisa
CEP/GHC

Dr. Julio Baldisserotto
Dr. Julio Baldisserotto
Coordenador CEP - GHC

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / GHC fone/fax: (51) 33572407 – e-mail: pesquisas-gep.com.br

Reconhecido: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (31/out/1997) – Ministério da Saúde
IRB – Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)
Office for Human Research Protections (ORPH) sob número – IRB 00001105
FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378

ANEXO C - Questionários (usuários, profissionais e coordenadores)

Identificação					
B. PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas você deve usar o cartão de resposta nº1					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
B1. Quando você necessita de uma consulta de revisão (check-up), você vai ao "nome do médico/enfermeira/local" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao "nome do médico/enfermeira/local" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3. Quando você tem que consultar um especialista, "nome do médico/enfermeira/local" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C. PRIMEIRO CONTATO - ACESSO					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C1. "nome do médico/enfermeira/local" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2. "nome do médico/enfermeira/local" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. Quando "nome do médico/enfermeira/local" está aberto e você adocece, alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4. Quando "nome do médico/enfermeira/local" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2434296415					

						Identificação
						□ □ □ □
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
C5. (Se sempre aberto, não se aplica) Quando "nome do médico/enfermeira/local" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	NSA <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
C6. (Se sempre aberto, não se aplica) Quando "nome do médico/enfermeira/local" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	NSA <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
C7. (Se sempre aberto, não se aplica) Quando "nome do médico/enfermeira/local" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	NSA <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
C8. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (check-up) neste "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
C9. Uma vez que você chega "nome do médico/enfermeira/local", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeira (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
C10. Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
C11. É difícil para você conseguir atendimento médico do "nome do médico/enfermeira/local" quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
C12. Quando você tem que ir ao "nome do médico/enfermeira/local", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	

Identificação					
D. ATENDIMENTO CONTINUADO					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1. Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", é o mesmo médico ou enfermeira que atende você todas as vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2. Você acha que "nome do médico/enfermeira/local" entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3. O "nome do médico/enfermeira/local" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4. Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeira que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5. "nome do médico/enfermeira/local" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7. "nome do médico/enfermeira/local" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8. "nome do médico/enfermeira/local" sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9. "nome do médico/enfermeira/local" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

6397296417

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Identificação
					□ □ □ □
					Não sei/ não lembro
D10. "nome do médico/enfermeira/local" conhece a sua história médica completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11. "nome do médico/enfermeira/local" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12. "nome do médico/enfermeira/local" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13. "nome do médico/enfermeira/local" sabe a respeito de todos medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14. Você poderia mudar do "nome do médico/enfermeira/local" para outro, se quisesse?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D15. Você mudaria do "nome do médico/enfermeira/local" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

					Identificação □□□□
E.COORDENAÇÃO					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E1. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebe os resultados dos seus exames de laboratório?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2. Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do médico/enfermeira/local"?					
<input type="checkbox"/> Sim					
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta F1)					
<input type="checkbox"/> Não tem certeza/não lembra (Pule para a pergunta F1)					
E3. Quando foi a última vez que consultou um especialista ou serviço especializado?	□□ / □□□□ m m a a a a				
E4. Essa consulta se deveu a um problema persistente de saúde ou um problema que já dura mais de um ano?					Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
E5. Você já consultou com este especialista ou serviço especializado antes desta última consulta?					Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
(As perguntas a seguir estão relacionadas à resposta da questão E3)	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E6. O "nome do médico/enfermeira/local" sugeriu que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7. O "nome do médico/enfermeira/local" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8. O "nome do médico/enfermeira/local" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9. O "nome do médico/enfermeira/local" ou alguém que trabalha no/com "nome do médico/enfermeira/local" ajudou-o a marcar esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
					0012296415

						Identificação □□□□
(As perguntas a seguir estão relacionadas à resposta da questão E3)	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
E10. O "nome do médico/enfermeira/local" escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
E11. O "nome do médico/enfermeira/local" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
E12. Depois que você foi a este especialista ou ao serviço especializado, o "nome do médico/enfermeira/local" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
E13. O "nome do médico/enfermeira/local" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
F.COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMAÇÕES)						
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
F1. Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", você leva algum de seus registros médicos ou boletins de atendimento que recebeu no passado? (exemplificar se a pessoa não entender "registro": fichas de atendimento de emergências, notas de alta hospitalar, carteira de vacinação)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
F2. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do médico/enfermeira/local" ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
F3. Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", seu prontuário/ficha está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
						3403296412

					Identificação □□□□
G. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
<p>A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você ou sua família ou as pessoas que utilizam este serviço podem necessitar em algum momento.</p> <p>Para cada um destes serviços, por favor, indique se no "nome do médico/enfermeira/local" está disponível: (repetir esta frase a cada 3- 4 itens)</p>					
G1. Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2. Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3. Programa de suplementação de leite e alimentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4. Vacinas (imunizações)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5. Exame dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6. Tratamento dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9. Aconselhamento para problemas de saúde mental (problemas dos nervos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10. Sutura para um corte que necessite de pontos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G14. Colocação de tala para tornozelo torcido	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

4888296410

					Identificação
					□□□□
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
<p>A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você ou sua família ou as pessoas que utilizam este serviço podem necessitar em algum momento.</p> <p>Para cada um destes serviços, por favor, indique se no "nome do médico/enfermeira/local" está disponível: (repetir esta frase a cada 3- 4 itens)</p>					
G15. Remoção de verrugas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16. Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste de Papanicolaou)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17. Aconselhamento sobre como parar de fumar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18. Cuidados pré-natais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19. Remoção de unha encravada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como curativos, troca de sondas, banho na cama	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22. O que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde. (ex: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

					Identificação □□□□
H. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)					
As próximas perguntas tratam de diferentes orientações/conselhos em saúde que podem ser recebidos às vezes. Por favor, indique a melhor opção.					
	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
Em consultas ao "nome do médico/enfermeira/local", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir esta frase a cada 3- 4 itens)					
H1. Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2. Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3. Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5. Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6. Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9. Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10. Como prevenir queimaduras causadas por água quente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11. Como prevenir quedas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12. Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13. Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
					0856296411

Identificação					
I. ENFOQUE NA FAMÍLIA					
As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu "nome do médico/enfermeira/local" com a sua família. Por favor, indique a melhor opção.					
	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
11. O "nome do médico/enfermeira/local" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12. O "nome do médico/enfermeira/local" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão, etc)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. O "nome do médico/enfermeira/local" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
J1. Alguém no "nome do médico/enfermeira/local" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2. O "nome do médico/enfermeira/local" conhece os problemas de saúde importantes da sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3. O "nome do médico/enfermeira/local" ouve opiniões e idéias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
0993296413					

Identificação					
J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do médico/enfermeira/local" realiza alguma destas?					
J4. Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J5. Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6. Convida você e sua família para participar do Conselho Gestor Local de Saúde ou Conselho de Usuários?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K. COMPETÊNCIA CULTURAL					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
K1. Você recomendaria o "nome do médico/enfermeira/local" para um amigo ou parente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K2. Para alguém que usa medicina popular (ervas ou remédios caseiros) ou tem crenças especiais sobre a saúde (homeopatia, benzedeiras, religião) você recomendaria o "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M. AVALIAÇÃO DE SAÚDE					
Agora nós mediremos sua Pressão Arterial e faremos perguntas e medidas para avaliar a sua saúde e seu risco de adoecer? (Preencha com 00 em todos campos das medidas caso haja recusa do entrevistado a realizá-las)					
M1. Perímetro braquial: <input type="text"/> <input type="text"/> cm					
M2. Pressão arterial (1ª medida): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg					
(Medir perímetro braquial (PB)! Utilizar manguito obeso se $PB \geq 32$ cm)					
2256296417					

Identificação

--	--	--	--

Questionário satisfação última consulta

Agora faremos perguntas relacionadas a esta última consulta realizada no "nome do médico/enfermeira/local" - o mesmo das perguntas anteriores. Para respondê-las use este cartão. Aponte para a "Carinha" que melhor expressa sua OPINIÃO sobre os seguintes itens.

(Use o Cartão Resposta nº 3, utilizando a letra correspondente. Entre parênteses estão frases para facilitar o entendimento do entrevistado)

- M16. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil marcar ou conseguir esta consulta)?
" Carinha" A B C D E
- M17. Qual sua opinião sobre o tempo dispendido na sala de espera (o que você achou do tempo que teve de esperar para consultar)?
" Carinha" A B C D E
- M18. Qual sua opinião sobre a cordialidade por parte da recepção (o pessoal da recepção foi cordial, educado, simpático)?
" Carinha" A B C D E
- M19. Qual sua opinião sobre a cordialidade do profissional que lhe atendeu (o médico/enfermeira foi cordial, educado(a), simpático(a))?
" Carinha" A B C D E
- M20. Qual sua opinião sobre a atenção dada as suas queixas pelo profissional que lhe atendeu (o médico/enfermeira ouviu com atenção o motivo da consulta, suas queixas)?
" Carinha" A B C D E
- M21. Qual sua opinião sobre o exame clínico (qual sua opinião sobre o jeito como o médico/enfermeira lhe examinou)?
" Carinha" A B C D E
- M22. Qual sua opinião sobre a confiança despertada pelo médico/enfermeira (você confiou no médico/enfermeira)?
" Carinha" A B C D E
- M23. Qual sua opinião sobre a confiança na receita (você confiou na receita dada pelo médico/enfermeira)?
" Carinha" A B C D E
- M24. Qual sua opinião sobre as explicações do médico/enfermeira com respeito a sua doença (as explicações sobre o motivo da consulta, sobre seu problema, que o médico/enfermeira lhe deu na consulta)?
" Carinha" A B C D E
- M25. Qual sua opinião sobre as explicações quanto ao prognóstico (explicações do médico/enfermeira sobre a duração, a evolução e as conseqüências do seu problema/doença)?
" Carinha" A B C D E
- M26. Você ficou satisfeito com o agendamento (com a forma de marcação desta consulta)?
" Carinha" A B C D E
- M27. Qual sua avaliação geral desta consulta (opinião geral sobre a consulta como um todo)?
" Carinha" A B C D E

9910296411

		Identificação
		□□□□
M39.	Há quanto tempo você parou de fumar? □□, □□ anos	
M40.	Por quanto tempo você fumou? □□, □□ anos	
M41.	Quantos cigarros você fumava por dia em média? □□ cigarros	
M42.	No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações ou sugestão de tratamento para parar de fumar?	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro	
M43.	Nos últimos 30 dias, você consumiu alguma bebida alcoólica?	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M51)	
M44.	Qual(is) bebida(s) você consumiu? (Pode marcar mais de uma opção)	
	<input type="checkbox"/> Cerveja <input type="checkbox"/> Vinho <input type="checkbox"/> Destilado	
M45.	Nos últimos 7 dias, em quantos dias você ingeriu pelo menos um dose de bebida alcoólica? (marque 0 caso não tenha consumido um dos tipos)	
	<input type="checkbox"/> Nº de dias em que consumiu CERVEJA	
	<input type="checkbox"/> Nº de dias em que consumiu VINHO	
	<input type="checkbox"/> Nº de dias em que consumiu DESTILADO	
M46.	Num típico dia destes últimos 7 dias, quanto você consumiu desta(s) bebida(s)? (pode marcar mais de uma opção - marque 00 caso não tenha consumido um dos tipos)	
	□□ Nº de latas de CERVEJA □□ Nº de cálices de VINHO □□ Nº de doses de DESTILADO	
M47.	Quando consome essas bebidas, é junto às refeições? (Leia as alternativas)	
	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Quase nunca	
M48.	Considerando todos os tipos de bebidas alcoólicas, quantas vezes, durante os últimos 30 dias você ingeriu 5 doses ou mais numa única ocasião? (1 dose = 1 lata de cerveja, 1 cálice de vinho ou 1 dose de destilado - mostre Cartão de Doses de Álcool) (marque 00 caso não tenha consumido esta quantidade)	
	□□ Nº de dias	
M49.	Durante os últimos 30 dias, qual foi a maior quantidade de doses que você ingeriu numa mesma ocasião?	
	□□ Nº de doses (1 dose = 1 lata de cerveja ou 1 cálice de vinho ou 1 dose de destilado)	
M50.	No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações para diminuir ou parar seu consumo de bebidas alcoólicas?	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro	
		8058296413

Identificação	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<p>Agora vamos falar sobre orientações de saúde que você recebeu no "nome do médico/enfermeira/local" nos últimos 12 meses</p>	
<p>M51. Nos últimos 12 meses, você teve sua pressão arterial medida no "nome do médico/enfermeira/local" ?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro </p>	
<p>M52. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações para a prática de atividade física (exercícios)?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro </p>	
<p>M53. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações sobre alimentação saudável, como comer pouca gordura, comer mais alimentos com fibras e comer alimentos com menor quantidade de sal?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro </p>	
<p>M54. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações sobre higiene bucal (forma correta escovar os dentes, uso de fio dental)?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro </p>	
<p>M55. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses vacina contra gripe (contra influenza) ?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro </p>	
<p>M56. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu alguma vez nos últimos 5 anos vacina contra pneumococo, um tipo de bactéria que provoca pneumonia?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro </p>	
<p>Agora vamos falar sobre doenças que você possa ter</p>	
<p>DIABETES</p>	
<p>M57. Algum médico já lhe disse que você tem diabetes?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas apenas durante a gestação (para mulheres) (Pule para a pergunta M75) <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M75) <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M75) </p>	
<p>M58. Há quanto tempo você sabe ter diabetes? <input type="text"/>, <input type="text"/> anos</p>	
<p>M59. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou com "nome do médico/enfermeira/local" devido ao diabetes? <input type="text"/> n° de consultas</p>	
<p>M60. Há quantas semanas foi sua última consulta com "nome do médico/enfermeira/local" devido ao diabetes? <input type="text"/>, <input type="text"/> Semanas</p>	
<p>M61. Esta consulta foi agendada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p>	
<p>M62. Você faz dieta para tratar o diabetes?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M64) <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M64) </p>	
<p>8721296410</p>	

Identificação									
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
M63. Esta dieta foi orientada/prescrita no "nome do médico/enfermeira/local")?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei								
M64. Você precisa usar remédios ou insulina para tratar o diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei								
M65. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você fez um exame chamado hemoglobina glicada ou hemoglobina glicosilada (explique se necessário: hemoglobina glicada é um exame que mede como estava a média do açúcar no sangue nos últimos meses)?	<input type="text"/> <input type="text"/> nº de vezes que fez HbG (marque 00 caso não tenha feito nenhuma vez)								
M66. Nos últimos 12 meses, em alguma consulta no "nome do médico/enfermeira/local" fizeram um exame nos seus pés para verificar feridas ou testar a sua sensibilidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei								
M67. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações sobre cuidados que deve ter com seus pés, exemplo olhar os pés regularmente, evitar cortar calos e/ou usar sapatos que não machuquem?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro								
M68. Você realiza estes cuidados nos seus pés, por exemplo, você examina para ver se tem alguma ferida nos pés ou evita cortar calos ou procura usar sapatos que não machuquem?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro								
M69. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de diabéticos no "nome do médico/enfermeira/local" ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro								
M70. Nos últimos 12 meses, você foi encaminhado pelo "nome do médico/enfermeira/local" a consultar com oftalmologista e nesta consulta com o oftalmologista suas pupilas foram dilatadas (colocaram colírio que lhe perturbou a visão)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro								
M71. Nos últimos 12 meses, você foi encaminhado pelo "nome do médico/enfermeira/local" e conseguiu consultar com dentista para revisar a presença de doenças nos dentes ou na gengiva?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro								
M72. Algum médico já lhe disse se você teve ou tem alguma destas complicações decorrentes do seu diabetes?									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> Mal funcionamento dos rins <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </td> <td style="padding: 2px;"> Infarto agudo do miocárdio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> Diminuição e/ou perda de visão, além daquela que vem com a idade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </td> <td style="padding: 2px;"> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> Amputação de membros ou de parte de um membro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </td> <td style="padding: 2px;"> Coma diabético <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"> Hipoglicemia (açúcar baixo demais no sangue) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </td> </tr> </table>	Mal funcionamento dos rins <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Infarto agudo do miocárdio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Diminuição e/ou perda de visão, além daquela que vem com a idade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Amputação de membros ou de parte de um membro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coma diabético <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Hipoglicemia (açúcar baixo demais no sangue) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Mal funcionamento dos rins <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Infarto agudo do miocárdio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
Diminuição e/ou perda de visão, além daquela que vem com a idade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
Amputação de membros ou de parte de um membro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coma diabético <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
	Hipoglicemia (açúcar baixo demais no sangue) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
M73. Durante sua vida, você teve alguma internação por diabetes?									
<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/> nº de internações por diabetes									
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M75)									
M74. Alguma destas internações por diabetes aconteceu desde que você está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?									
<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/> nº de internações por diabetes desde que está consultando neste serviço									
<input type="checkbox"/> Não									
3139296418									

HIPERTENSÃO		Identificação □□□□						
M75. Algum médico já lhe disse que você tem pressão alta (hipertensão)?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas apenas durante a gestação (para mulheres) (Pule para a pergunta M85) <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M85) <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M85)								
M76. Há quanto tempo você sabe ter pressão alta (hipertensão)? □□, □ anos								
M77. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou no "nome do médico/enfermeira/local" devido à pressão alta (hipertensão)? □□ n° de consultas								
M78. Há quantas semanas foi sua última consulta no "nome do médico/enfermeira/local" devido à pressão alta (hipertensão)? □□, □ Semanas								
M79. Esta consulta foi agendada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei								
M80. Você precisa usar remédios para tratar a pressão alta (hipertensão)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei								
M81. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de hipertensos no "nome do médico/enfermeira/local"? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei								
M82. Algum médico já lhe disse se você tem ou teve alguma destas complicações decorrentes da sua pressão alta (hipertensão)?								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Mal funcionamento dos rins <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Infarto agudo do miocárdio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td style="padding: 5px;">Crise Hipertensiva <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Insuficiência cardíaca (coração fraco ou grande) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Mal funcionamento dos rins <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Infarto agudo do miocárdio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Crise Hipertensiva <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Insuficiência cardíaca (coração fraco ou grande) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Mal funcionamento dos rins <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
Infarto agudo do miocárdio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Crise Hipertensiva <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
Insuficiência cardíaca (coração fraco ou grande) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
M83. Durante sua vida, você teve alguma internação por pressão alta (hipertensão)?								
<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? □□ n° de internações por pressão alta (hipertensão) <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M85)								
M84. Alguma destas internações por pressão alta (hipertensão) aconteceu desde que você está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?								
<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? □□ n° de internações por hipertensão desde que está consultando neste serviço <input type="checkbox"/> Não								
0924296417								

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO		Identificação
		□□□□
M85. Você já teve infarto do miocárdio (infarto do coração)?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M92) <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M92)		
M86. Quantas vezes você já teve infarto do miocárdio (infarto do coração)?		
		□□ infartos
M87. Que idade você tinha quando infartou pela 1ª vez?		
		□□ anos
M88. Você usa remédios atualmente para prevenir ou tratar um infarto do miocárdio (infarto do coração)?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei		
M89. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de pessoas com problemas no coração no "nome do médico/enfermeira/local"?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei		
M90. Você já internou alguma vez devido a infarto do miocárdio (infarto do coração) desde que está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?		
<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? □□ n° de internações por infarto desde que está consultando neste serviço <input type="checkbox"/> Não		
M91. Antes do infarto agudo do miocárdio, algum médico já tinha lhe dito que você tinha angina (cardiopatia isquêmica ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M101) <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M101)		
ANGINA - CARDIOPATIA ISQUÊMICA		
M92. Algum médico já lhe disse que você tem angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M101) <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M101)		
M93. Há quanto tempo você sabe ter angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?		
		□□, □ anos
M94. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou no "nome do médico/enfermeira/local" devido à angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?		
		□□ n° de consultas
M95. Há quantas semanas foi sua última consulta no "nome do médico/enfermeira/local" devido à angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?		
		□□, □ Semanas
M96. Esta consulta foi agendada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro		
		0519296417

Identificação	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
M97. Você precisa usar remédios para tratar a angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M98. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de pessoas com problemas no coração "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M99. Durante sua vida, você teve alguma internação por angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/> nº de internações por angina <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M101)
M100. Alguma destas internações por angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto") aconteceu desde que você está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/> nº de internações por diabetes desde que está consultando neste serviço <input type="checkbox"/> Não
<p>Estas perguntas (M101-M107) são para os entrevistados identificados como DIABÉTICOS E/OU COMO HIPERTENSOS E/OU INFARTADOS E/OU COM ANGINA (infartados previamente ou portadores de cardiopatia isquêmica).</p> <p>Caso seu entrevistado não tenha declarado nenhuma dessas 4 condições, pule para a pergunta M108.</p>	
M101. Nesta última consulta que você realizou devido ao DIABETES e/ou PRESSÃO ALTA e/ou CARDIOPATIA/INFARTO, você teve sua pressão arterial medida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M102. Nesta última consulta que você realizou devido ao DIABETES e/ou PRESSÃO ALTA e/ou CARDIOPATIA/INFARTO, você teve seu peso medido?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M103. Nesta última consulta que você realizou devido ao DIABETES e/ou PRESSÃO ALTA e/ou CARDIOPATIA/INFARTO, você teve sua cintura medida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M104. Nas consultas que você realizou no "nome do médico/enfermeira/local" você já teve sua altura medida alguma vez?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M105. Nos últimos 12 meses, foi solicitado no "nome do médico/enfermeira/local" e você fez um exame de urina para avaliar o funcionamento dos rins?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M106. Nos últimos 12 meses, você já teve seu colesterol medido através de exames de sangue solicitados no "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M107. Nos últimos 12 meses, você fez eletrocardiograma de repouso solicitado no "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
3397296414	

Identificação
□ □ □ □
Agora vamos falar sobre a história de doenças na sua família
N1. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que tenha diabetes?
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta N3)
<input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta N3)
N2. Se sim, qual familiar teve ou tem diabetes? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
N3. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que tenha pressão alta (hipertensão)?
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta N5)
<input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta N5)
N4. Se sim, qual familiar teve ou tem pressão alta (hipertensão)? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
N5. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que tenha cardiopatia isquêmica (angina do coração)?
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta N7)
<input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta N7)
N6. Se sim, qual familiar teve ou tem cardiopatia isquêmica (angina do coração)? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
N7. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que já tenha tido infarto do coração (infarto do miocárdio)?
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta O1)
<input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta O1)
N8. Se sim, qual familiar já teve infarto do coração (infarto do miocárdio)? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
6786296419

Identificação

Q14. Escolha a alternativa que melhor descreve a sua atividade principal neste momento: (Leia as opções e marque apenas uma)

Desempregado Há quanto tempo?(meses) (Pule para a pergunta Q18)

Empregado, com carteira assinada

Empregado, sem carteira assinada

Fazendo biscates

Dona de casa (Pule para a pergunta Q17)

Estudante (Pule para a pergunta Q17)

Aposentado (Pule para a pergunta Q17)

Auxílio doença (encostado por doença) (Pule para a pergunta Q17)

Pensionista (Pule para a pergunta Q17)

Dono do próprio negócio

Trabalhador autônomo

Outro (Especificar):

Q15. Qual a sua ocupação atual (no que você está trabalhando)?

Q16. Quantas horas por dia você trabalhou em média no último mês? horas trabalhadas por dia

Q17. Existe alguém desempregado vivendo com vocês atualmente? (Dona de casa não é desempregada)

Sim

Não

Não sei

Q18. Esta é uma das últimas perguntas. No último mês, EXCLUINDO VOCÊ, quanto ganharam as pessoas que moram neste domicílio? (considere como renda individual: salários, pensões, bolsa-família, etc - de todos que moram na casa)

Pessoa 1? R\$ por mês ,

Pessoa 2? R\$ por mês ,

Pessoa 3? R\$ por mês ,

Pessoa 4? R\$ por mês ,

Pessoa 5? R\$ por mês ,

Pessoa 6? R\$ por mês ,

Pessoa 7? R\$ por mês ,

Pessoa 8? R\$ por mês ,

Q19. No último mês, quanto você ganhou? R\$,

Q20. A família tem outra fonte de renda não citada até agora? Quanto ganha com esta renda?

Sim Não Outra renda 1 R\$,

(00 caso não tenha outra fonte de renda)

Muito obrigado, por haver disponibilizado seu tempo livre para responder este questionário.
 Estas são suas medidas(entregue a carteirinha). TCHAU!
 (Não esqueça de combinar a coleta de sangue para os pacientes identificados com diabetes!)

Horário do término da entrevista :

2084296416

Identificação					
□ □ □ □					
C. PRIMEIRO CONTATO - ACESSO					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
C1. Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2. Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atenderia no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4. Quando o serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5. Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço poderia atendê-lo naquele dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7. Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente adoecer, alguém de seu serviço poderia atendê-lo naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8. É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C9. Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pela enfermeira (sem contar a triagem ou o acolhimento) ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Identificação					
D. ATENDIMENTO CONTINUADO					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1. No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeira ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2. Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3. Você acha que seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4. Se os pacientes tem uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeira que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5. Você acha que dá aos pacientes tempo suficiente para discutirem seus problemas ou preocupações?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6. Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7. Você acha que conhece "muito bem" os pacientes de seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9. Você acha que entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10. Você acha que conhece o histórico médico completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11. Você acha que sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12. Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13. Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E. COORDENAÇÃO					
Identificação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E1. O serviço de saúde em que você trabalha comunica ou entrega todos os resultados dos exames laboratoriais aos seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2. Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3. Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4. Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5. Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6. Você recebe do especialista ou serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7. Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F.COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMAÇÕES)					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F1. Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou nota de alta hospitalar) ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários médicos se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Os prontuários médicos estão disponíveis quando você atende os pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Identificação					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Você usa os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F4. Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5. "Guidelines"/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F6. Auditorias periódicas dos prontuários médicos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7. Listas de problemas nos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8. Listas de medicamentos em uso nos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9. Outros (Favor especificar)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
G. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los in loco no seu serviço de saúde?					
G1. Aconselhamento nutricional	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2. Imunizações	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3. Verificação das famílias que podem participar de algum programa ou benefício da assistência social	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4. Exame dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5. Tratamento dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8. Aconselhamento para problemas de saúde mental	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

G.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)					
Identificação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los in loco no seu serviço de saúde?					
G9. Sutura de um corte que necessite de pontos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13. Colocação de tala para tornozelo torcido	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G14. Remoção de verrugas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15. Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste de Papanicolaou)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16. Aconselhamento sobre como parar de fumar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17. Cuidados pré-natais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18. Remoção de unha encravada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19. Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como curativos, troca de sondas, banho na cama	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22. Inclusão em programa de suplementação de leite e alimentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Identificação					
H.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)					
Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção(H1 - H18). Se você atende apenas adultos, não responda às perguntas H14 - H18.					
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?					
H1. Alimentos saudáveis ou sono adequado	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2. Segurança no lar, como armazenagem segura de medicamentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Perguntas H3 - H13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).					
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?					
H3. Uso de cintos de segurança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4. Abordagem de conflitos familiares	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5. Aconselhamento sobre exercícios físicos apropriados	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6. Níveis de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7. Medicações em uso	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8. Exposição a substâncias nocivas em casa, no trabalho ou na vizinhança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9. Disponibilidade, armazenamento e segurança de armas de fogo	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10. Prevenção de queimaduras por água quente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11. Prevenção de quedas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12. Prevenção de osteoporose em mulheres	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13. Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9 / 20					
4223296873					

						Identificação
						□ □ □ □
Perguntas H14 - H18 apenas se aplicam a crianças (abaixo de 18).						
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro	
Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?						
H14. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
H15. Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
H16. Tópicos de segurança para crianças menores de 6 anos: ensiná-las a atravessar a rua em segurança e uso de assentos de segurança para crianças nos carros.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
H17. Tópicos de segurança para crianças entre 6 e 12 anos de idade: manter distância das armas, uso de cintos de segurança e capacetes para ciclistas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
H18. Tópicos de segurança para crianças acima de 12 anos: sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
I. ENFOQUE NA FAMÍLIA						
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro	
I1. Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
I2. Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
I3. Você ou alguém do seu serviço de saúde está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
10 / 20						
4673296872						

Identificação					
□ □ □ □					
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
Os seguintes itens são incluídos como parte rotineira de sua avaliação de saúde?					
14. Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15. Discussão sobre fatores de risco familiares, ex. genéticos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
16. Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
17. Discussão sobre fatores de risco sociais, ex. perda de emprego	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
18. Discussão sobre condições de vida, ex. refrigerador em condições de funcionamento	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19. Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
110. Discussão sobre as funções parentais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
111. Avaliação de sinais de abuso infantil	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
112. Avaliação de sinais de crise familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
113. Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
114. Avaliação do nível de desenvolvimento familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Identificação					
K.COMPETÊNCIA CULTURAL					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
K1. Se necessário você leva em consideração as crenças familiares sobre cuidados de saúde ou uso de medicina tradicional/popular, tais como ervas/medicamentos caseiros?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K2. Se necessário você considera o pedido de uma família para usar tratamentos complementares, tais como homeopatia ou acupuntura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Seu serviço de saúde usa algum dos seguintes métodos para abordar a diversidade cultural de sua população?					
K3. Treinamento da equipe por instrutores externos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K4. Treinamento em serviço apresentado pela própria equipe	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K5. Uso de materiais/panfletos culturalmente sensíveis (cartazes, linguagem apropriada, costumes religiosos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K6. Equipe refletindo a diversidade cultural da população atendida	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K7. Planejamento de serviços que reflitam diversidade cultural	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K8. Outros (Favor especificar)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

Identificação																																																													
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																													
<p>AV5. O que você costuma realizar, pelo menos anualmente, em relação ao exame físico dos pacientes com diabetes? (Não leia as alternativas. Pode marcar mais de uma opção)</p>																																																													
<p>Pesar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Medir altura <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Medir cintura <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Medir quadril <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Verificar PA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Avaliar pés em busca de lesões <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Outros, qual(is)?</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<p>Avaliar alterações neurossensoriais nos pés (monofilamento) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Palpação de pulsos periféricos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Fundo de olho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Exame da cavidade oral <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Ausculata cardíaca <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Palpação da tireóide <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>																				
<p>AV6. O que você costuma realizar, pelo menos anualmente, em relação a exames laboratoriais e complementares dos pacientes com diabetes? (Não leia as alternativas. Pode marcar mais de uma opção)</p>																																																													
<p>Avaliar perfil lipídico (incluir col. total, HDL, Tg) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Socita hemoglobina glicada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Glicemia de jejum <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Glicemia pós-prandial <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Solicitar microalbuminúria em amostra urinária <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Outros, qual(is)?</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<p>Avaliar função renal (creatinina e EQU) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Avaliar função hepática (transaminases) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Exame de função tireóide (TSH, T4, T...) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ECG de repouso <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Teste ergométrico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>																				
<p>AV7. Que orientações de promoção de saúde, prevenção de doenças e controle do diabetes você costuma realizar, pelo menos anualmente, com os pacientes com diabetes? (Não leia as alternativas. Pode marcar mais de uma opção)</p>																																																													
<p>Estimula atividade física <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Orienta sobre dieta adequada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Pergunta sobre fumo, se fumante, orienta suspensão do tabagismo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Verifica medicamentos em uso <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Avalia adesão ao tratamento (uso adequado dos medicamentos) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Orienta sinais de descompensação aguda do diabetes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Outros, qual(is)?</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																													<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>16 / 20</p>																																																													
<p>1875296873</p>																																																													

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL FACULDADE DE MEDICINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA	Identificação <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
QUESTIONÁRIO PARA COORDENADORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (Aplique primeiro o questionário para profissionais, caso o coordenador faça atendimento individual.) Identifique-se e diga "Este questionário trata das características de estrutura e processo do seu serviço de saúde. Responda tão fielmente quanto puder. Não existem respostas certas ou erradas. Qualquer dúvida, sinta-se à vontade para consultar outros membros da equipe."		
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE		
IS1. Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
IS2. Código do Distrito Sanitário <input type="text"/>		IS3. Código da Unidade <input type="text"/>
IS4. Nome Coordenador da UBS <input type="text"/>		
IS5. Tel: <input type="text"/>		
IS6. Qual sua profissão? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Odontólogo		
IS7. Tipo de Serviço: <input type="checkbox"/> Unidade Sanitária <input type="checkbox"/> SSC- GHC <input type="checkbox"/> Equipe do PSF <input type="checkbox"/> CASSI-RS <input type="checkbox"/> Murialdo		
IS8. Turnos de Atendimento: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Manhã e Tarde <input type="checkbox"/> Manhã, tarde e noite <input type="checkbox"/> 24 hs (plantão)		
ESTRUTURA FÍSICA E PROCESSO DE TRABALHO		
EP1 Há um espaço coberto (recepção e sala de espera), com número de assentos adequados para a demanda esperada de pacientes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente		
EP2 Há atendimento diferenciado para pessoas portadoras de necessidades especiais (rampas, cadeira de rodas, corrimão, banheiros)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente		
EP3 O número de consultórios médicos, odontológicos, de enfermagem e para as demais atividades desenvolvidas é suficiente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
1 / 6		6033276591

			Identificação <input type="text"/>
EP4 Seu serviço de saúde possui quantos consultórios para atendimento?			
Consultórios médicos:	<input type="text"/>	Consultórios dentários:	<input type="text"/>
Consultórios enfermagem:	<input type="text"/>	Consultórios para demais atividades:	<input type="text"/>
EP5 Quantos profissionais de nível superior trabalham em seu serviço de saúde?			
<input type="text"/> Médicos	<input type="text"/> Assistente Social	<input type="text"/> Psicóloga	
<input type="text"/> Enfermeiros	<input type="text"/> Nutricionista	<input type="text"/> Outros	
<input type="text"/> Odontólogos			
EP6 Quantos profissionais de nível médio trabalham em seu serviço de saúde?			
Técnico de enfermagem	<input type="text"/>	ACD	<input type="text"/>
Auxiliar de enfermagem	<input type="text"/>	THD	<input type="text"/>
		Atendentes	<input type="text"/>
		Outros	<input type="text"/>
EP7 Seu serviço de saúde possui sala para grupos?			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
EP8 Seu serviço de saúde realiza cirurgias ambulatoriais de pequeno porte (sutura, cantoplastia, drenagem de abscesso)?			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pular para pergunta EP10).			
EP9 Há sala exclusiva para realização de procedimentos cirúrgicos?			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
EP10 Seu serviço de saúde possui telefone em funcionamento?			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
EP11 Seu serviço de saúde possui equipamentos de informática e insumos(cartucho, folhas)?			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pular para pergunta EP13).			
EP12 E acesso à internet?			
<input type="checkbox"/> Sim, telefônico <input type="checkbox"/> Sim, banda larga <input type="checkbox"/> Não			
EP13 Qual é o tipo de prontuário utilizado em seu serviço de saúde?			
<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Só boletim de atendimento		
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? <input type="text"/>		
EP14 Como é o sistema de arquivo?			
<input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Informatizado <input type="checkbox"/> Ambos			
EP15 São elaborados relatórios/ boletins de produção?			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
			4929276593

Identificação

--	--	--	--

AT6 No Serviço de Saúde em que você trabalha existem grupos terapêuticos para pacientes com diabetes?

Sim Não

AT7 No Serviço de Saúde em que você trabalha existem grupos terapêuticos para pacientes com cardiopatia isquêmica?

Sim Não (Se não nas 3 perguntas, pule para pergunta AT9)

AT8 Quem é responsável por estes grupos?(marcar mais de uma opção)

Diabetes	Hipertensão	Cardiopatia Isquêmica
Médico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Médico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Médico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Enfermeiro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Enfermeiro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Enfermeiro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Prof. nível médio (TecEnf/Thd/Acd) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Prof. nível médio (TecEnf/Thd/Acd) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Prof. nível médio (TecEnf/Thd/Acd) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Outro Qual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outro Qual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outro Qual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

AT9 Quais profissionais realizam atendimento ao paciente com:

Diabetes	Hipertensão	Cardiopatia Isq.
Médico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Médico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Médico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Enfermeiro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Enfermeiro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Enfermeiro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nutricionista <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nutricionista <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nutricionista <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Educador Físico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Educador Físico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Educador Físico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Psicólogo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Psicólogo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Psicólogo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odontólogo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Odontólogo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Odontólogo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Assistente Social <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Assistente Social <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Assistente Social <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Farmacêutico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Farmacêutico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Farmacêutico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

AT10 Os seguintes exames complementares, necessários para o acompanhamento dos pacientes diabéticos, hipertensos e com cardiopatia isquêmica, estão disponíveis em seu serviço de saúde:

Glicemia de jejum	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Hemoglobina glicada	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
EQU	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Microalbuminúria de amostra	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Creatinina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Potássio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Transaminases	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Colesterol total	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
HDL	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Triglicérides	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
ECG de repouso	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Teste ergométrico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

		Identificação			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AT11	Os seguintes equipamentos, necessários para a aferição adequada das medidas de PA, peso, altura e cintura, encontram-se disponíveis em seu serviço de saúde:				
	Esfigmomanômetro	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Estadiômetro	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Balança	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Fita métrica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
AT12	Estes equipamentos estão aferidos de acordo com os parâmetros técnicos (INMETRO), pelo menos a cada 6 meses?				
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	
AT13	Seu serviço de saúde possui material para realizar controle da glicemia capilar dos pacientes com diabetes? (Ler as alternativas)				
		<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
AT14	Seu serviço de saúde dispõe de material impresso para educação em saúde para pacientes com: (Ler as alternativas)				
	Diabetes	Hipertensão	Cardiopatía Isq.		
	<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sempre		
	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Frequentemente		
	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Às vezes		
	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente		
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca		
AT15	Existe algum tipo de cadastro para os pacientes com:				
	Diabetes	Hipertensão	Cardiopatía Isq.		
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim		
	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não		
	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não sei		
AT16	Estes cadastros são revisados periodicamente para identificar os pacientes com DM, HAS e CI faltosos?				
	Diabetes	Hipertensão	Cardiopatía Isq.		
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim		
	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não		
	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não sei		
AT17	Quando os pacientes com DM, HAS e CI não comparecem às consultas agendadas, é realizada busca ativa dos faltosos? (ex: visita dos ACS, telefonema do serviço de saúde)				
	Diabetes	Hipertensão	Cardiopatía Isq.		
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim		
	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não		
	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Não sei		

Identificação □□□□																																						
<p>AT18. Há prioridade no agendamento das consultas para os pacientes com:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> Diabetes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> Hipertensão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> Cardiopatia Isq. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei </td> </tr> </table>	Diabetes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Hipertensão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Cardiopatia Isq. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei																																			
Diabetes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Hipertensão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Cardiopatia Isq. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei																																				
<p>AT19 Qual o tempo médio para obter uma consulta com o endocrinologista para os pacientes com diabetes, quando necessário? (marque 99 para "Não sei")</p> <p style="text-align: center;">□□, □ meses</p>																																						
<p>AT20 Qual o tempo médio para obter uma consulta com o oftalmologista para os pacientes com diabetes, quando necessário? (marque 99 para "Não sei")</p> <p style="text-align: center;">□□, □ meses</p>																																						
<p>AT21 Qual o tempo médio para obter uma consulta com o cardiologista para os pacientes com hipertensão, quando necessário? (marque 99 para "Não sei")</p> <p style="text-align: center;">□□, □ meses</p>																																						
<p>AT22 Qual o tempo médio para obter uma consulta com o cardiologista para os pacientes com cardiopatia isquêmica, quando necessário? (marque 99 para "Não sei")</p> <p style="text-align: center;">□□, □ meses</p>																																						
ATENÇÃO FARMACÊUTICA																																						
<p>AF1 Seu serviço de saúde possui farmácia básica?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pular para pergunta AF3).</p>																																						
<p>AF2 Seu serviço de saúde dispõe destes medicamentos em quantidade suficiente para distribuição mensal?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Insulina</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>Metformina</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>B-Bloqueador</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>Glibenciamida</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Hidroclorotiazida</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>AAS (aspirina)</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>Inibidor da Eca</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>Estatinas</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>Bloq. do canal de Cálcio</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Insulina</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>Metformina</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>B-Bloqueador</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>Glibenciamida</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> </table>	Insulina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	Metformina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	B-Bloqueador	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	Glibenciamida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Hidroclorotiazida</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>AAS (aspirina)</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>Inibidor da Eca</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>Estatinas</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>Bloq. do canal de Cálcio</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> </table>	Hidroclorotiazida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	AAS (aspirina)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	Inibidor da Eca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	Estatinas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	Bloq. do canal de Cálcio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Insulina</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>Metformina</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>B-Bloqueador</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>Glibenciamida</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> </table>	Insulina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	Metformina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	B-Bloqueador	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	Glibenciamida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Hidroclorotiazida</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>AAS (aspirina)</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>Inibidor da Eca</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>Estatinas</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> <tr> <td>Bloq. do canal de Cálcio</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Não sei</td> </tr> </table>	Hidroclorotiazida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	AAS (aspirina)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	Inibidor da Eca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	Estatinas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	Bloq. do canal de Cálcio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	
Insulina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei																																			
Metformina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei																																			
B-Bloqueador	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei																																			
Glibenciamida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei																																			
Hidroclorotiazida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei																																			
AAS (aspirina)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei																																			
Inibidor da Eca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei																																			
Estatinas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei																																			
Bloq. do canal de Cálcio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei																																			
<p>AF3 Não havendo estas medicações em seu posto, existe algum local onde ele possa obtê-las (Ex: Farmácia regional)?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca </p>																																						
6 / 6																																						
3389276592																																						

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº Questionário: _____

Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Usuários

Esta pesquisa irá avaliar a qualidade da atenção à saúde do adulto na rede de atenção primária à saúde de Porto Alegre. O título da pesquisa é “Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre”. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em associação com o Departamento de Saúde Coletiva da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA). Será avaliada a satisfação do usuário, a qualidade da atenção à saúde, a presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares e a utilização dos serviços de saúde. Farão parte do estudo todos os adultos maiores de 18 anos residentes nos domicílios selecionados das áreas de atuação das equipes do Programa Saúde da Família, Unidades Sanitárias, Centro de Saúde Escola Murialdo, Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Conceição e Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Regional RS (CASSI-RS) que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um questionário para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde e a presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares. Além disso, seu peso, altura, cintura, quadril e pressão arterial serão medidos. Para os entrevistados identificados com diabetes, será solicitada a coleta de sangue por um coletador do Laboratório Weinmann, a fim de medir o valor da hemoglobina glicada, sem nenhum custo para o entrevistado. O resultado deste exame será comunicado ao entrevistado pessoalmente em seu domicílio por um dos coordenadores de campo desta pesquisa. Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder aos questionários e o pequeno desconforto da picada da agulha para coleta de sangue para os indivíduos com diabetes.

A entrevista e as mensurações serão feitas na sua casa. Caso alguma das medidas citadas acima esteja alterada, você será avaliado por um dos coordenadores de campo do estudo (médicos e enfermeiros) e, se necessário, encaminhado para o seu serviço de saúde para avaliação e acompanhamento. A coleta de sangue será realizada em horário marcado no posto de saúde responsável por sua área de moradia ou na sede do Laboratório Weinmann.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa.

Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Eu,.....(paciente ou responsável), fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca

dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

_____	_____	_____
Assinatura do Paciente	Nome	Data
_____	_____	_____
Assinatura do Pesquisador	Nome	Data

Pesquisador responsável: Prof. Erno Harzheim, Faculdade de Medicina – UFRGS.
Fone: 3308-5695.