

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL
ACESSO E EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DOS
PACIENTES HIPERTENSOS DO III DISTRITO DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS

CRISTIANE COELHO CABRAL

Orientador: Prof^ª. Dra. Leila Beltrami Moreira

Porto Alegre, Janeiro de 2013.

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



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL
ACESSO E EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DOS
PACIENTES HIPERTENSOS DO III DISTRITO DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS**

CRISTIANE COELHO CABRAL

Orientadora: Prof^ª.Dra. Leila Beltrami Moreira

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2013

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cristina Neumann, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, UFRGS.

Prof. Dr. Airton Stein, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, UFRGS.

Dr. Sandro Cadaval Gonçalves, Serviço de Cardiologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

MENSAGEM

“Os determinantes primários das doenças são principalmente econômicos e sociais, conseqüentemente, seus remédios também devem ser econômicos e sociais. A medicina e a política não podem nem devem estar separadas uma da outra.”

Geoffrey Rose

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que traçou meu caminho e me dá sabedoria para trilhá-lo.

Aos meus pais, familiares, namorado e amigos que sempre me incentivaram.

À minha equipe de trabalho na ESF Portugal que sempre me apoiou e me ajudou nos momentos mais difíceis e de desânimo: Ana Lucia Santos, Carla Maio, Débora Siqueira, Juciana dos Santos, Andréia Vieira, Clélia Vieira e Benvinda Pontes.

À enfermeira Viviani Cardoso Barbosa, aos Agentes de Saúde do IIIDS e demais profissionais que me ajudaram na busca dos entrevistados.

Aos meus colegas médicos do município de Angra dos Reis, especialmente à Dra Daniela Koeller e ao Dr Luiz Felipe Nogueira.

À minha grande amiga Dra Suliane Motta que participou comigo intensamente desses dois anos.

À minha orientadora Prof^a Dra. Leila Beltrami Moreira sempre presente, com a dedicação, paciência e didática do verdadeiro mestre. E por último, mas não menos importante, aos pacientes que abriram suas casas e destinaram seu tempo em responder a pesquisa.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas	
Resumo	
Abstract	
1. APRESENTAÇÃO	
2. INTRODUÇÃO	13
3. REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1. A DOENÇA DE ESTUDO - HAS	15
3.2. O MODELO DE SERVIÇO	17
3.3. A CIDADE DE ESTUDO – ANGRA DOS REIS	22
3.4. AVALIAÇÃO EM SAÚDE	25
4. OBJETIVOS	27
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
6. ARTIGO [S]	34
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
8. ANEXOS	60
a. Projeto de pesquisa	
b. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
c. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa	
d. Questionários/Formulários	

ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

BIG – Baía da Ilha Grande

CGR- Colegiado de Gestão Regional

CNS – Conferência Nacional de Saúde

DS – Distrito Sanitário

ESF – Estratégia Saúde da Família

FuSAR – Fundação de Saúde de Angra dos Reis

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PA – Pressão Arterial

PCA Tool – Primary Care Assessment Tool

PDR – Plano Diretor Regional

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SF - Saúde da Família

SIPS – Sistema de Indicadores de Percepção Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

A HAS é uma doença crônica de grande magnitude no Brasil. O benefício da redução dos níveis de pressão arterial e a eficácia dos anti-hipertensivos estão bem estabelecidos, mas a taxa de controle da HAS está muito aquém do desejável. Autores contemporâneos demonstram que o cuidado das doenças crônicas não pode ser respondido de forma eficaz por sistemas de saúde voltados para doenças agudas e organizados de modo fragmentado. O objetivo deste estudo é avaliar o grau de acesso e a utilização dos serviços para tratamento de HAS em um município de médio porte e sua associação com o controle da HAS. Realizou-se estudo transversal com amostra aleatória de 300 pacientes cadastrados no HiperDia do III Distrito Sanitário de Angra dos Reis. Observou-se que mais de 80% da população entrevistada utiliza os serviços oferecidos pelo município para o tratamento da hipertensão arterial. Considerando-se os escores computados para componentes da APS segundo o PCA-Tool, que deu origem às perguntas de acessibilidade, aceitabilidade e cuidados, o escore total variou de 29 a 83 em uma escala de no máximo 96 pontos, com média de $56,7 \pm 13,6$. Não houve diferença no escore total entre pacientes com PA controlada e não controlada (57,4 versus 56,1; $P=0,41$). A taxa de pacientes com HAS controlada foi de 52,7% (IC95% 49,8-55,6). Porém, os 265 pacientes que relataram haver um serviço mais responsável pelo seu atendimento de saúde tiveram melhor taxa de controle da HAS (55,8% versus 31,4%; $P=0,007$). Dentre as variáveis preditoras – sexo, idade, comorbidades, renda, escolaridade, cor e modelo de unidade de saúde em que faz acompanhamento – apenas sexo feminino e a renda per capita maior associaram-se positivamente com o controle da pressão

arterial. Na análise multivariada persistiu associação de controle da HAS com sexo, renda per capita e aceitabilidade, independentemente de idade.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease of great magnitude in Brazil. The benefit of reducing blood pressure levels and the efficacy of antihypertensive drugs are well established, but the control rate of hypertension is far from desirable. Low compliance seems to be the main reason. However, care of chronic diseases cannot be answered effectively by health systems toward acute illness and organized so fragmented. In this study access to and use of services for the treatment of hypertension are focused as essential elements in order to determine the effectiveness in controlling hypertension. A cross-sectional study was conducted with 300 participants. The rate of patients with controlled hypertension was 52.7% (95% CI 49.8 to 55.6). However, the 265 patients who reported a service more responsible for their health care had better control rate of hypertension (55.8% versus 31.4%, $P = 0.007$). Considering the computed scores for components of APS according to the PCA-Tool, which gave rise to questions of accessibility, acceptability and care, the total score ranged from 29 to 83 in a range of up to 96 points, with an average of $56, 7 \pm 13.6$. There was no difference in total score between patients with controlled and uncontrolled BP (57.4 versus 56.1, $P = 0.41$). Among the predictor variables - age, sex, co-morbidities, income, education, color and model health unit that makes up - only female and per capita income were positively associated with blood pressure control. In multivariate analysis, controlled hypertension remained associated with female sex, higher per capita income and acceptability, regardless of age.

Keywords: Hypertension, Access, Effectiveness, Health Services Evaluation,
Assessment in Health

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Acesso e efetividade do tratamento dos pacientes hipertensos do III distrito de saúde do município de Angra dos Reis”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 28 de fevereiro de 2013. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica é uma das mais importantes causas de comorbidade, que cursa assintomática, com evolução clínica lenta que sem tratamento adequado tem conseqüências graves e cujo tratamento medicamentoso, embora eficaz, tem insuficiente adesão dos pacientes quando se avalia o uso contínuo dos medicamentos anti-hipertensivos (Tratado de Clínica Médica, 2009). Motivos para a adesão insatisfatória têm sido identificados, como a ocorrência de efeitos adversos, nível sócio-econômico, o acesso ao sistema de saúde e medicamentos e a falta de habilidade de comunicação na relação médico-paciente (HAYNES *et al*, 2012).

A hipertensão arterial é um agravo crônico que pode ser considerado uma condição marcadora dos eventos-sentinela. Isso por ser freqüente, ter técnicas de atenção bem estabelecidas, com ampla aceitação e tratamento com eficácia comprovada. As complicações cardiovasculares têm sido consideradas como eventos-sentinela, porque seu surgimento implica em falhas no controle da doença: a hipertensão arterial. Logo, se o evento-sentinela pode ser definido como algo que não deve ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente, a sua ocorrência pode conduzir a investigação de falhas na atenção à saúde que tornaram o evento possível (PENNA, 2006 APUD NABÃO, 2008).

Penna define que a condição marcadora baseia-se na idéia de que a partir da avaliação da assistência prestada a um conjunto determinado de condições, possa-se inferir a qualidade da atenção à saúde. E, assim, avaliar a resolubilidade do agravo, seja pelo uso adequado de exames complementares, pela oportunidade de acesso às ações, aos medicamentos ou aos níveis de atenção do sistema de saúde, entre outros.

Em vista da importância do problema, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com o propósito de reduzir morbimortalidade. Através deste Plano, o MS disponibilizou, no âmbito da atenção básica, instrumento de cadastro e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus - Sishiperdia - para utilização pelos municípios (BRASIL, 2002).

A escolha de avaliar o acesso deste grupo específico de pacientes se deu pela magnitude do agravo e por acreditar que o programa específico para pacientes hipertensos é um dos programas mais consolidados pelo Ministério da Saúde em nosso país. Desse modo, os municípios devem ter um mínimo de estrutura organizacional dentro da sua rede de serviços públicos para esse público-alvo. Assim, as ações implementadas no âmbito do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabete Mellitus necessitam ter seu desempenho avaliado localmente.

Através de uma pesquisa avaliativa, de investigação avaliatória, com conceitos epidemiológicos, o acesso e a utilização dos serviços são focados como elementos essenciais ao sistema de saúde para determinar a efetividade terapêutica do tratamento de hipertensão arterial sistêmica - doença crônica, alvo de muitos programas ministeriais.

REVISÃO DE LITERATURA

A DOENÇA DE ESTUDO – HAS:

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). Pequenas variações na pressão arterial sistólica ou diastólica demonstram diferenças consideráveis nos resultados cardiovasculares, pois a mortalidade por doença cardiovascular aumenta de forma linear, contínua e independente a partir de 115/75mmHg (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

De acordo com a Sociedade Internacional de Hipertensão, a proporção mundial de doença atribuível à hipertensão é substancial. Estima-se que a hipertensão cause 7,6 milhões de mortes (13,5% de todas as mortes) e 6,0% da carga de doença (92 milhões de ano de vida ajustados por incapacidade) sendo a maioria em países com baixo ou médio desenvolvimento econômico e mais da metade em pessoas com idade entre 45 e 69 anos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Pesquisa recente tem como resultado que o tamanho da renda familiar dos idosos norte-americanos é inversamente proporcional à prevalência de HAS entre eles. O mesmo não se confirmou entre os canadenses. A equipe da pesquisa acredita que o acesso aos serviços de saúde de modo universal, longitudinal e com equidade, ao longo da vida dos idosos canadenses pode influenciar para que a renda não contribua para a prevalência da hipertensão arterial (KAPLAN *et al*, 2010).

No Brasil há cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos ou mais e também é o principal fator de risco para os

problemas mais comuns como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doença renal terminal (BRASIL, 2006).

O benefício da redução dos níveis de pressão arterial está bem estabelecido, assim como a eficácia dos anti-hipertensivos (LEWINGTON *et al*, 2002; ALLHAT, 2002). Contudo, a taxa de controle dos pacientes está muito aquém do desejável, situando-se em torno de 30 a 40% (CHOBANIAN *et al*, 2003). Algumas pesquisas brasileiras mostram taxas de controle ainda menores de 10% (BRANDÃO *et al*, 2003; GUS *et al*, 2004; ROSÁRIO & cols, 2009).

Uma revisão sistemática publicada na Cochrane em 2009 sobre ensaios clínicos randomizados com objetivo de aumentar a adesão medicamentosa de uma maneira geral observou que as intervenções estudadas foram eficazes no tratamento em curto prazo, mas o mesmo não ocorreu com os portadores de doenças crônicas. Durante a revisão eles observaram que o esquecimento, a relação imediata dose terapêutica e sintomas clínicos, o número de administrações por dia, os efeitos adversos e o não esclarecimento adequado sobre a receita médica foram pontos importantes na não adesão (HAYNES *et al*, 2012).

Contudo, estudos demonstram que as mudanças da atenção realizada de modo fragmentado para um modelo integral aos cuidados crônicos, baseado na gestão de cuidados, melhoram a qualidade no tratamento (NEUGARRD *et al*, 2011). Em relação à adesão terapêutica, pesquisas mostram associação entre a percepção do modelo de cuidados primários centrado no paciente, particularmente a habilidade de comunicação, e comportamento do paciente e adesão medicamentosa aos anti-hipertensivos (ZOLNIERREK & DIMATTEO, 2009; ASHTON *et al*, 2010; ROUMIE *et al*, 2011).

O MODELO DE SERVIÇO DE SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2008 lançou o lema “APS: Agora mais do que nunca” com o objetivo de resgatar a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) e estimular os países a possuírem sistemas de saúde orientados para APS. Desde Alma-Ata até os dias atuais alguns países criaram sistemas de saúde numa perspectiva mais ampliada de saúde em busca da equidade e solidariedade e obtiveram melhores resultados em saúde e uma melhor relação custo-benefício. Outros aderiram a uma APS com pacotes mínimos de baixo-custo sem efetividade relatada e investiram em sistemas de saúde fragmentados e focados em especialistas (STARFIELD, 2002)

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro

elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Declaração de Alma-Ata)

Segundo Starfield (2002), a APS oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro serviço.

Starfield também caracteriza um conjunto indissociável de elementos estruturantes - atributos essenciais - para a APS que são: porta de entrada do sistema; continuidade do cuidado; integralidade e coordenação do cuidado. Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações da APS: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2001 APUD BRASIL, 2010).

O Brasil caminhou por vários modelos de serviço de saúde e a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi um marco na construção do sistema único de saúde (SUS), mas pouco progrediu em direção a uma APS forte e resolutiva até 2006 quando o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (RELATÓRIO FINAL DA VIII CNS, 1986; BRASIL, 2006). Neste mesmo momento ocorre a conversão do Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994 em Estratégia de Saúde da Família (ESF) afirmando o compromisso com uma APS ampliada. No momento atual uma nova PNAB (2011) foi aprovada com o objetivo de tentar aumentar o acesso da população a atenção básica através de políticas para estimular os profissionais para este campo de atuação e reconhecimento de diferentes modelos de unidades de atenção básica para as

diferentes populações. Atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma Atenção Básica acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção (BRASIL, 2012).

O aumento da cobertura e da consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e porta de entrada no sistema de saúde é fundamental para diminuir as inequidades e para a qualificação dos serviços prestados (STARFIELD, GÉRVAS, MANGIN, 2012).

O SUS tem grandes desafios pela frente e os avanços e as dificuldades são percebidos pela população brasileira. A percepção da população é mediada por inúmeros fatores, entre eles sua própria experiência na utilização dos serviços, a experiência de outros membros da família ou da comunidade, sua visão sobre como deveria ser o atendimento prestado pelos profissionais de saúde, a formação de uma opinião geral a partir daquilo que é divulgado nos meios de comunicação, entre outros (IPEA, 2011).

Após a implantação da ESF estudos sobre este modelo de saúde como forma de reorientação da APS no Brasil confirmam melhorias em alguns indicadores de saúde (AQUINO, 2009; GUANAIS, 2009; MACINKO, 2006; MACINKO, 2007 APUD FIGUEIREDO, 2011). Com o aumento de 10% nas equipes de SF entre 1992 e 2002 observou-se diminuição da mortalidade infantil em 4,6% (MACINKO, 2006 APUD FIGUEIREDO, 2011). No período de 1999 e 2007, as internações por condições sensíveis a APS (ICSAP) reduziram em 24% (MACINKO *et al*, 2010 APUD MENDONÇA, 2010). Em Belo Horizonte, a redução das ICSAP em 4 anos

depois da implantação da SF foi de 17,9%, maior em mulheres em condições de maior vulnerabilidade social (MENDONÇA, 2009 APUD MENDONÇA, 2010).

Mendes (2010) aponta a importância de avaliarmos a transição epidemiológica que o Brasil vive e a formação da tripla carga de doenças, com forte predominância das doenças crônicas. O mesmo ressalta que o cuidado das doenças crônicas não pode ser respondido de forma eficaz por sistemas de saúde voltados para doenças agudas, e para as agudizações de doenças crônicas, e organizados de modo fragmentado. O autor, então, propõe a implementação das redes de atenção à saúde (RAS) como forma de reorganizar nosso sistema de saúde. A coordenação e o tratamento compartilhado são elementos importantes como resposta para esta necessidade assistencial contemporânea (GARCÍA *et al*, 2011).

A atenção integrada não é um fim em si mesma, mas sim um meio de melhorar o acesso, a qualidade, a satisfação do usuário e a eficiência dentro de um quadro geral de melhoria da equidade (MENDES, 2007).

“As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a uma determinada população, coordenada pela atenção primária (...)”
(MENDES, 2010).

O arranjo organizacional em rede tem como um objetivo garantir o acesso qualificado aos usuários e o investimento na melhoria de qualidade da atenção oferecida à população - aperfeiçoando o acolhimento dos pacientes, aumentando a

resolubilidade em toda rede de serviços, integrando os serviços através das linhas de cuidado e maior articulação entre os vários níveis do sistema local de saúde (OPAS, 2010).

O acesso é um elemento essencial para satisfação dos usuários que procuram os serviços de saúde. Autores demonstram que a melhoria da qualidade do atendimento se relaciona com as condições de acesso da população às unidades de saúde, sendo identificados como parâmetros importantes de avaliação do acesso o acolhimento, o tempo de espera e a resolubilidade (KLOETZEL *et al*, 1998; SKELDING *et al*, 2006).

O acesso ao serviço de saúde é um conceito complexo pela multidimensionalidade que o compõe – disponibilidade dos serviços, acessibilidade, acolhimento e aceitabilidade (TRAVASSOS *et al*, 2000). Na prática da vida diária traduz-se pela distância entre a moradia e a unidade, o tempo gasto para o deslocamento e o meio de transporte que é utilizado para tal, presença de filas, tempo e local de espera, a possibilidade de agendamento prévio bem como a priorização de casos mais urgentes, além do tratamento que recebe da equipe profissional (RAMOS; LIMA, 2004).

A satisfação está relacionada com, entre outros fatores, ser bem recebido pelos profissionais de saúde, tempo de aguardo menor do que esperado, receber informações precisas sobre seu estado de saúde e condução adequada dos problemas de saúde (SOUZA *et al*, 2009). Também possui uma estreita relação com a adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não-medicamentosa. Desse modo, corrigir as deficiências que ocorrem no sistema de saúde pode resultar num impacto positivo

nos aspectos relacionados com morbidade e até mesmo mortalidade (BARROS *et al*, 2008; OBRELI-NETO *et al*, 2010).

A CIDADE DE ESTUDO – ANGRA DOS REIS

Em consonância com o descrito anteriormente, em fevereiro de 2009 a Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro/SESDEC pactuou a constituição dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR) e a implantação do Plano Diretor Regional (PDR). O Estado do Rio de Janeiro definiu os seguintes critérios como norteadores das Regiões de Saúde: todos os Municípios devem ser responsáveis pela suas ações de Atenção Básica e pelas ações básicas de Vigilância em Saúde; todas as Regiões de Saúde devem oferecer suficiência em ações de Média Complexidade e também algumas ações de Alta Complexidade (a serem consideradas segundo critérios de acessibilidade e possibilidade de oferta) e que arranjos inter-regionais devem garantir as demais ações de Alta Complexidade. Quando a suficiência proposta acima não for alcançada, o Plano de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento devem propor as metas e os recursos para tal (FuSAR, 2009).

O estado possui nove CGR, sendo um deles o Colegiado de Gestão Regional da Baía da Ilha Grande/CGR BIG, composto pelos municípios de Angra dos Reis, Paraty e Mangaratiba, sendo o primeiro referência em atenção em saúde para os demais.

Angra dos Reis possui pelo censo de 2009 uma população de 168.666 pessoas, com densidade demográfica de 206 habitantes por Km². O município se organiza em cinco distritos sanitários, sendo respectivamente: Centro, Japuíba, Jacuecanga, Frade/Parque Mambucaba e Ilha (FuSAR, 2009).

A tabela abaixo informa a população por distrito.

População dos Distritos de Saúde

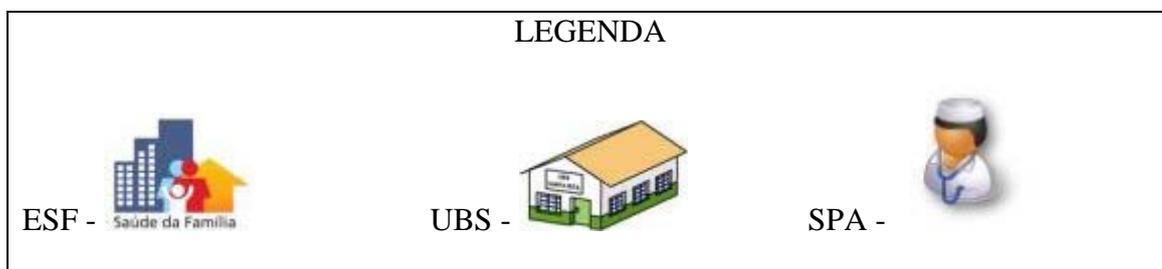
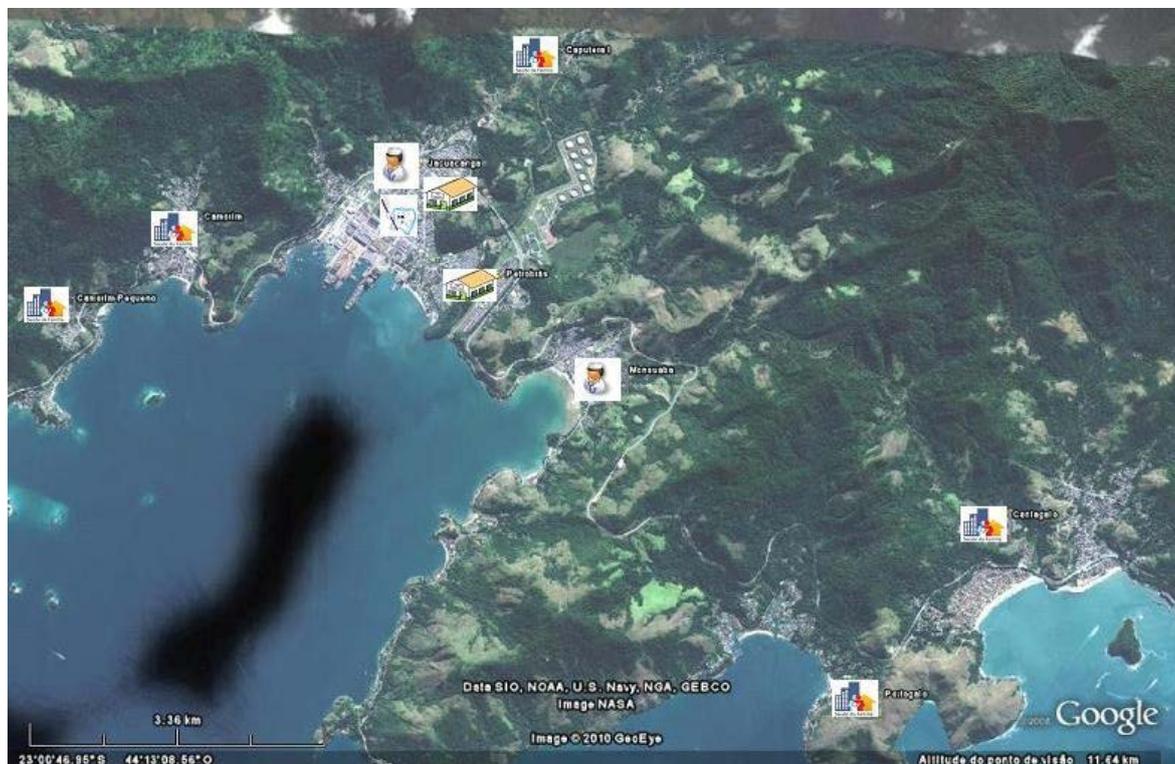
Distritos Sanitários	População residente	%
1° DS: Centro/ Morros do Centro	38.573	22,87
2° DS: Japuiba/ Grande Japuiba	53.407	31,65
3° DS: Jacuecanga	30.372	18,01
4° DS: Frade/Perequê	41.479	24,60
5° DS: Ilhas	4.834	2,87
Total	168.666	100,00

Fonte: Fundação de Saúde de Angra dos Reis/Sup. de Vigilância em Saúde/2009.

O III-DS foi o local de pesquisa e este é composto pelos seguintes bairros: Mombaça, Village, Camorim, Lambicada, Praia do Machado, Jacuecanga, Petrobrás, Caputera, Monsuaba, Paraíso, Biscaia, Ponta Leste, Maciéis, Portugalo e Cantagalo (FuSAR, 2009).

As unidades de saúde que o compõe são: 01(um) serviço de pronto-atendimento, 02(duas) unidades básicas de saúde, 06(seis) estratégias de saúde da família e 01 (um) centro de especialidades médicas. Além disso, a referência de grande emergência é o pronto-socorro e de internação a Santa Casa de Misericórdia que ficam no IDS. O município possui cobertura pela Estratégia de Saúde da Família próximo a setenta por cento, porém a do III-DS está próxima aos 39% (FuSAR, 2009).

A figura abaixo mostra a área geográfica do III-DS com suas unidades de saúde.



A maior causa de óbito do município são as doenças do aparelho circulatório, acompanhando os dados nacionais. Em 2009, o município de Angra dos Reis, tinha cadastrados no Sistema de Cadastro de Hipertensos e Diabéticos, 60,56% dos hipertensos e 49,46% dos diabéticos estimados. Os pacientes cadastrados neste sistema geralmente são acompanhados nas unidades de saúde com consultas e medicamentos (FuSAR, 2009).

AValiação em Saúde

A possibilidade da avaliação, a partir do usuário, do cuidado que o paciente hipertenso recebe na rede de saúde do município pode trazer uma reflexão sobre os cuidados prestados aos portadores de doenças crônicas em um município de médio porte. Em consequência, o ciclo de Deming (DEMING 1989 APUD CONTANDRIOPOULOS 2006) – planejar, executar, avaliar e agir – pode ser inserido em nossa rotina e criar uma cultura institucional de avaliação no âmbito das tomadas de decisão dos gestores.

Muitos autores conceituam a avaliação em saúde. Donabedian (1966) esmiúça a avaliação da qualidade da assistência médica através da avaliação da tríade estrutura-processo-resultado. Mainz (2003) descreve em dois artigos a definição de indicadores clínicos, além de rever suas classificações de modo a ser útil para medir a qualidade dos cuidados em saúde, e propõe o “passo-a-passo” para a criação de indicadores clínicos de qualidade. Segundo Contandriopoulos (2006) a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre a intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões.

A partir de uma visão mais macro podemos dividir o estudo da avaliação em saúde em avaliação de programas; avaliação para a garantia da qualidade do serviço; e avaliação de tecnologias (NOVAES, 2000). O objetivo, a posição do avaliador, o enfoque priorizado, a metodologia predominante, o contexto da avaliação, a forma de utilização da informação, o tipo de juízo formulado e a temporalidade da informação formam critérios ou variáveis para a construção de tipos diferentes de avaliação. O presente estudo pode ser caracterizado como uma investigação avaliativa, uma avaliação para a decisão ou uma avaliação para a gestão (NOVAES, 2000).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever o acesso e a utilização dos serviços da rede de saúde pelos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) do III distrito sanitário (III-DS) de Angra dos Reis que fazem acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivos Específicos

- Identificar os recursos para o tratamento de HAS disponibilizados pela rede de serviços de saúde do III-DS de Angra dos Reis.
- Mapear o fluxo de atendimento dos pacientes cadastrados em unidades de ESF e UBS tradicional desta região.
- Avaliar o grau de aceitabilidade dos pacientes com os recursos existentes.
- Avaliar fatores associados com o grau de acesso dos pacientes e controle da HAS.
- Estimar a taxa de pacientes do III-DS com HAS controlada e sua associação com o grau de acesso e utilização dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ashton CM, Holt CL, Wray NP. A patient self-assessment tool to measure communication behaviors during doctor visits about hypertension. *Patient, Education and Counseling* 2010; 81:275-314. doi:10.1016/j.pec.2010.01.019
2. Barros ACM et al. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2008; 37(1):54-62.
3. Brandão AP, Brandão AA, Magalhães MEC et AL. Epidemiologia da hipertensão arterial. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2003; 3 (1):7-19.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde – Brasília: Cadernos de Atenção Básica, n.16, série A. Normas e Manuais Técnicos; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *Primary Care Assessment Tool – PCATool*- Brasil /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde, 2002.
8. Chobanian AV, Bakris GH, Cushman W, et al. The seventh report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 2003; 289, 2560-2582.
9. Contandriopoulos A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(3):705-711.
10. Donabedian A; Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 2005; Vol. 83, No. 4, (pp. 691–729).
11. Figueiredo AM. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná. [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2011.
12. Fundação de Saúde de Angra dos Reis (FuSAR), 2009. 8º Plano Municipal de Angra dos Reis – 2010 a 2013.
13. García MG, Mújica MPV, Ocña JCM et al. *Revista de nefrologia* 2011; 31(1):84-90.
14. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, Reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2004; 83(5):424-428.
15. Harzheim E, Duncan B, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR *et al.* Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research* 2006, 6:156 doi:10.1186/1472-6963-6-156.
16. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

In: *The Cochrane Library*, Issue 12, Art. No. CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3.

17. HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. [Acesso em: 01/03/2012]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=040304>
18. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Sistema de Indicadores de Percepção Social: Saúde 2011. [Acesso em: 31/01/2012]. Disponível em: HTTP://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf.
19. Kaplan MS, Hugué N, Feeny DH, McFarland BH. Self-reported hypertension prevalence and income among older adults in Canada and United States. *Social Science & Medicine*. 70(2010)844-849. doi:10.1016/j.socscimed.2009.11.019.
20. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RM. Controle de qualidade em atenção primária. 1- A satisfação do usuário. *Cad. Saúde Pública*, 1998; 14(3): 623-628.
21. Lawes, C. M., Vander Hoorn, S., Rodgers, A., & International Society of Hypertension.(2008). Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*, 371,1513–1518.
22. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. 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(9349):1903-13

23. Lopes HF, Drager LF. Hipertensão Arterial. Em: Lopes, AC, editor. Tratado de Clínica Médica, volume 1 – 2.ed. – São Paulo: Rocca, 2009. P. 651-665.
24. Mainz J; Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health Care 2003; vol. 15, No.6: pp.523-530
25. Mainz J; Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer. International Journal for Quality in Health Care 2003; vol. 15, Supplement 1 : pp. i5-i11
26. Mendes EV. Redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2010; 15(5): 2297-2305.
27. Mendonça, CS. O papel da Estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção à Saúde no SUS. Oficina – Segunda opinião formativa. Ministério da Saúde, 2010. [Acesso em: 22/12/2011]. Disponível em: www.saude.gov.br/dab.
28. Nabão, FBZ. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico de uma pessoa com complicações cardiovasculares procedente de Marcelândia-MT. [Dissertação de mestrado].Mato Grosso: UFMT, 2008; CDU 616-083. [Acesso em: 04/01/2012]. Disponível em: www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/.../v11n1a13.pdf.
29. Neugarrrd BI, Priest JL, Burch SP et al. Quality of care for veterans with chronic diseases: performance on quality indicators, medication use and adherence, and health care utilization. Population Health Management, 2011; 14(2):99-106.doi:10.1089/pop.2010.0020. [Acesso em 24/01/2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

30. Novaes HMD; Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Ver. Saúde Pública, 2000; 34(5): 547-59.
31. Obreli-Neto PR, Prado MF, Vieira JC, Fachini FC *et al.* Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil. Rev Ciênc Farm Básica Apl, 2010;31(3):229-233.
32. Organização Pan-Americana de Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes, 2010.
33. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em unidade de saúde de Porto Alegre. Cad Saúde Pública, 2004; 19:27-34.
34. Rosário TM, Scala LCN, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento em Nóbregas – MT. Arq Bras Cardiol 2009; 93(6): 672-678.
35. Roumie CL, Greevy R, Wallston KA, Elasy TA *et al.* Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. J Behav Med 2011; 34:244-253 doi10.1007/s10865-010-9304-6.
36. Skelding PC, Majumbar SR, Kleinman K *et al.* Clinical and nonclinical correlates of adherence to prescribing guidelines for hypertension in a large managed care organization. J Clin Hypertens 2006; 8:414-19.
37. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Brazilian Journal of Hypertension. 2010; 17(1): 4.
38. Souza ACC, Moreira TMM, Silva MRF, Almeida PC. Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza. Rev Bras Enferm; 2009; 62(4): 535-539.

39. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde; 2002.
40. Starfield B; Gérvas J; Mangin D. *Annu. Rev. Public Health* 2012. 33:89–106. doi:10.1146/annurev-publhealth-031811-124528.
41. The ALLHAT Officers and coordinators for the ALLHAT collaborative research group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). *JAMA* 2002; 288: 2981-2987.
42. Travassos C, Viacava F, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000; 5:133-149.
43. Zolnierok KB & Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8):826–834. doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.

ARTIGO(S)

**ASSOCIAÇÃO DE SATISFAÇÃO COM O ACESSO AO
SERVIÇO DE SAÚDE E CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL**

ASSOCIATION BETWEEN SATISFACTION WITH HEALTH SERVICE
ACCESS AND HYPERTENSION CONTROL

Cristiane Coelho Cabral¹, Leila Beltrami Moreira²

¹ Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS;

² Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade
de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Correspondência aos autores:

Cristiane Coelho Cabral

Rua Haiti, 21 – Jardim América – Itaguaí, RJ. CEP: 23 810-160

Email: ccoelhocabral@yahoo.com.br

A ser enviado a Cadernos de Saúde Pública.

RESUMO

A hipertensão arterial (HAS) é uma doença crônica de grande magnitude, mas com taxa de controle aquém do desejável. Baixa adesão ao tratamento parece ser o principal motivo. Neste estudo focou-se o acesso e a utilização dos serviços de saúde como elementos essenciais do cuidado com o objetivo de determinar a efetividade no controle da HAS. Realizou-se estudo transversal com amostra aleatória de 300 pacientes cadastrados no HiperDia do III Distrito de Saúde de Angra dos Reis. A taxa de controle foi de 52,7% (IC95% 49,8-55,6) e foi superior entre pacientes que relataram ter um serviço mais responsável pelo seu atendimento de saúde (55,8% X 31,4%; P=0,007). O escore total computado para componentes da APS segundo o PCA-Tool variou de 29 a 83 (máximo 96 pontos), com média de 56,7 ±13,6. Não houve diferença no escore total entre pacientes com PA controlada e não controlada (57,4X56,1; P=0,41). Na análise multivariada persistiu associação de controle da HAS com sexo feminino, renda per capita mais elevada e aceitabilidade, independente de idade.

Palavras chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica, Acesso, Efetividade, Avaliação de Serviços de Saúde, Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease of great magnitude, but with rate control below the expectation. Low compliance seems to be the main reason. This study focused on the access and use of health services as essential elements of care in order to determine the effectiveness in controlling hypertension. Cross-sectional study was conducted with a random sample of 300 patients registered in the HiperDia from III Health District of Angra dos Reis. The control rate was 52.7% (95% CI 49.8 to 55.6), and it was higher among those who reported having a more responsible service for their health care (55.8% vs. 31.4%, $P = 0.007$). Considering the computed scores for components of APS according to the PCA-Tool total score ranged from 29 to 83 in a range of up to 96 points, with a mean of 56.7 ± 13.6 . There was no difference in total score between patients with controlled and uncontrolled BP (57.4 X 56.1; $P = 0.41$). In multivariate analysis, controlled hypertension remained associated with female sex, higher per capita income and acceptability, regardless of age.

Keywords: Hypertension, Access, Effectiveness, Health Services Evaluation, Assessment in Health

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das condições crônicas mais comuns tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos¹. Estima-se que a hipertensão cause 7,6 milhões de mortes (13,5% de todas as mortes) e 6,0% da carga de doença (92 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade) em todo o mundo².

No Brasil, há cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos ou mais³. Metanálise de estudos observacionais de base populacional mostrou que a prevalência de HAS no Brasil vem diminuindo, mas ainda é alta, sendo estimada em 28,7% na última década⁴.

A HAS é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares mais comuns como acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio bem como para doença renal terminal³. O benefício da redução dos níveis de pressão arterial está bem estabelecido⁵, assim como a eficácia dos anti-hipertensivos⁶. Contudo, a taxa de controle da HAS está muito aquém do desejável, situando-se em torno de 30 a 40%⁷. Algumas pesquisas brasileiras mostram taxas de controle ainda menores de 10%^{8,9,10}. Baixa adesão ao tratamento parece ser o principal motivo, a qual é explicada, ao menos em parte, pela presença de reações adversas¹⁰. Porém, a percepção do modelo de cuidados primários centrado no paciente, particularmente a habilidade de comunicação e o comportamento do paciente, também estão associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo^{11, 12,13}.

Estudos demonstram que a mudança da atenção realizada de modo fragmentado para um modelo integral aos cuidados crônicos, baseado na gestão de

cuidados, melhora a qualidade do tratamento¹⁴. A ausência de associação da renda familiar com prevalência de hipertensão entre idosos canadenses sugere que o acesso aos serviços de saúde de modo universal, longitudinal e com equidade ao longo da vida possa contribuir para que a renda não influencie a prevalência de HAS¹.

Mendes¹⁵ ressalta que o cuidado das doenças crônicas não pode ser respondido de forma eficaz por sistemas de saúde voltados para doenças agudas e para as agudizações de doenças crônicas, e organizados de modo fragmentado. O autor, propõe a implementação das redes de atenção à saúde (RAS) como forma de reorganizar nosso sistema de saúde. A coordenação e o tratamento compartilhado são elementos importantes como resposta para esta necessidade assistencial contemporânea¹⁶.

A regionalização da saúde com a formação de redes integradas tem como um objetivo otimizar o acesso da população aos serviços de saúde que necessitam, que este seja de qualidade e boa resolubilidade. Autores^{17, 18} demonstram que a melhoria da qualidade do atendimento se relaciona com as condições de acesso da população às unidades de saúde, sendo identificados como parâmetros importantes de avaliação do acesso o acolhimento, o tempo de espera e a resolubilidade.

Em vista da importância do problema, o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabete Melitus, com o propósito de reduzir morbimortalidade, disponibilizando, no âmbito da atenção básica, instrumento de cadastro e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Sishiperdia) para utilização pelos municípios¹⁹.

Assim, as ações implementadas no âmbito do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HiperDia) necessitam ter seu desempenho avaliado localmente. Neste estudo de investigação avaliatória de um programa de saúde, o acesso e a utilização dos serviços para tratamento de HAS foram focados como elementos essenciais ao sistema de saúde com o objetivo de determinar a efetividade no controle da HAS e fatores associados.

MÉTODOS

Realizou-se estudo transversal de amostra representativa de moradores de Angra dos Reis cadastrados no HiperDia do terceiro distrito de saúde (IIIDS) do município. O tamanho da amostra foi estimado considerando-se o cadastro do HiperDia que inclui 1881 indivíduos, erro alfa de 5% e poder de 80%. Simulações considerando taxas de PA controlada de 30 a 50%⁷, acesso satisfatório de 60 a 80%²⁰ e identificação de razões de prevalência de 1,5 foram realizadas chegando-se a 300 participantes. Considerando-se possíveis perdas, 400 nomes foram sorteados em programa Excel, divididos proporcionalmente pelas nove unidades de saúde do IIIDS. Os dados foram coletados em entrevista domiciliar, com aplicação de questionário de pesquisa quantitativa respondido pelos pacientes adultos (18 anos ou mais) ou com auxílio de seus cuidadores e acompanhantes aos serviços de saúde. A pressão arterial foi aferida antes e no final da entrevista, de forma padronizada segundo as recomendações das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e sua realização foi autorizada pela Fundação de Saúde do

município. Solicitou-se aos pacientes sorteados consentimento para participar do estudo antes da aplicação do questionário. O questionário foi construído a partir do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, com perguntas estruturadas e resposta do tipo escala Likert. Algumas perguntas foram adaptadas considerando-se a população específica de interesse e objetivos do estudo incluindo-se ainda variáveis sócio-demográficas. O PCA-Tool é o melhor instrumento, na atualidade, validado internacionalmente e nacionalmente²¹ podendo avaliar a percepção do usuário em relação aos cuidados pelos serviços de APS balizados pelos atributos essenciais sistematizado por Starfield^{22, 23}.

Pressão arterial controlada foi definida pela média de duas aferições inferior a 140/90 mmHg. As variáveis analisadas para descrição do acesso e utilização, a partir do olhar do usuário portador de HAS foram: 1) Busca de atendimento nas unidades de saúde (ESF, Unidade Básica de Saúde, Pronto Atendimento, Centro de Especialidades Médicas, Internações hospitalares, consultórios privados); 2) Acolhimento e acesso de primeiro contato; 3) Vínculo e longitudinalidade; 4) Acessibilidade; 5) Exames complementares; 6) Acessibilidade aos medicamentos; 7) Cuidado compartilhado; 8) Aceitabilidade pelo paciente com o cuidado prestado pelos profissionais de saúde da rede. As variáveis preditoras foram: 1) Características demográficas: sexo, idade; 2) Comorbidades; 3) Perfil sócio-econômico: renda, escolaridade, cor; 4) Modelo da unidade de saúde de atendimento.

Empregou-se estatística descritiva para caracterizar o distrito, os pacientes e o acesso aos serviços de saúde. Estimou-se a taxa de controle da HAS com intervalo de confiança de 95%. Para avaliação de fatores associados com o acesso dos pacientes e taxa de controle dos níveis pressóricos realizou-se análise univariada (teste do qui-

quadrado para os desfechos categóricos e teste T para as variáveis contínuas, ou Mann Whitney se distribuição não normal). Análise multivariada com regressão de Poisson foi aplicada para identificar preditores de controle pressórico independentes (sexo, idade, comorbidades, renda, escolaridade, cor e modelo de unidade de saúde em que faz acompanhamento). O nível de significância estatística considerado nas análises foi $P < 0,05$.

RESULTADOS:

Dos 400 indivíduos elegíveis para o estudo, 300 foram entrevistados entre março e outubro de 2012, nas nove unidades de saúde do IIIDS: Monsuaba n=63 (21%), Jacuecanga n=52 (17,3%), Camorim1 n=40 (13,3%), Camorim2 n=29 (9,7%), Cantagalo n=28 (9,3%), Petrobrás n=26 (8,7%), Caputera n= 25 (8,3%), Portugalo n=25 (8,3%) e Camorim Pequeno n=12 (4%). As perdas deveram-se a mudança de endereço ou endereços incompletos com impossibilidade de identificação da moradia (60%), trabalhadores não encontrados em três visitas de busca realizadas (20%), óbitos (10%) e recusas (10%). A recusa foi maior entre homens (70% das recusas), mas no total o grupo perdido possuía características semelhantes às da amostra estudada e não houve discrepância entre as unidades de saúde.

Oitenta e um por cento dos participantes tinham no máximo 8 anos de escolaridade, com predomínio de mulheres e média de idade de $60,5 \pm 12,4$ anos. A tabela 1 descreve as características sócio-demográficas, o tipo de unidade de atenção primária utilizada e níveis pressóricos.

A taxa de pacientes com HAS controlada foi de 52,7% (IC95% 49,8-55,6). Entre os 10 pacientes que declararam não ter um serviço responsável pelo tratamento da HAS, a taxa de controle foi de 40% *versus* 53,4% entre os que afirmaram possuir um serviço responsável especificamente para o acompanhamento da HAS (P=0,4). Porém, os 265 pacientes que relataram haver um serviço mais responsável pelo seu atendimento de saúde de forma integral tiveram melhor taxa de controle da HAS (55,8% *versus* 31,4%; P=0,007). Considerando-se acessibilidade e utilização dos recursos para o tratamento de HAS, 64% dos entrevistados (n=193) afirmaram ser fácil marcar consulta de acompanhamento, 73,5% (n=221) negaram precisar esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir fazer a marcação e 59% (n=177) também negaram ser difícil conseguir atendimento médico quando pensam que é necessário. Mas 54,4% (n=163) precisam esperar mais de 30 minutos além do horário marcado para a consulta.

Em relação aos recursos utilizados, 53,3% dos entrevistados procuram o Serviço de Pronto-Atendimento 24horas em busca do primeiro atendimento para problemas de saúde de maneira geral, seguindo-se a Estratégia de Saúde da Família com 18% (tabela 2). O tempo médio de espera para este primeiro atendimento foi de 32±34 minutos (mínimo 00:05h e máximo 04:00h), com mediana de 20 minutos (P25:15; P75:30). Entre os componentes apresentados na tabela 2, apenas aceitabilidade associou-se significativamente com controle da PA (p=0,012). Considerando-se os escores computados para componentes da APS segundo o PCA-Tool - acessibilidade, aceitabilidade e cuidados - o escore total variou de 29 a 83 em uma escala de no máximo 96 pontos, com média de 56,7 ±13,6. Não houve diferença

no escore total entre pacientes com PA controlada e não controlada (57,4 versus 56,1; P= 0,41).

Dentre as variáveis preditoras apenas sexo feminino e a renda percapita associaram-se positivamente com o controle da pressão arterial (tabela 3). Na análise multivariada persistiu associação de controle da HAS com sexo feminino, renda per capita mais elevada e aceitabilidade, independentemente de idade (tabela 4).

A resolubilidade foi considerada satisfatória por 87,7% (n=263) dos pacientes, e 62% de toda a amostra (n=188) respondeu que “com certeza sim/provavelmente sim” o serviço resolve seus problemas e “com certeza não/provavelmente não” mudariam de serviço se isso fosse muito fácil de fazer. Entre os entrevistados, 88,3% (n=263), 83,7% (n=251) e 93,3% (n=280) realizam suas consultas, seus exames e atendimento de urgência sempre ou na maioria das vezes pelo SUS, respectivamente. Quase 77% (n=230) dos pacientes acreditam que conseguiriam uma internação pelo SUS caso tivessem necessidade e 86,4% (n=259) obtêm os medicamentos anti-hipertensivos gratuitamente nas farmácias do município presentes nas unidades de saúde.

O cuidado compartilhado, refletido pela rede de referência e contra-referência do IIIDS, foi identificado como certo ou provável por 45% dos entrevistados, e a percepção de interesse do médico com a qualidade do cuidado que é ofertado ao paciente pelo outro profissional é de 60%.

Quanto ao transporte utilizado para ir ao serviço de saúde 67% vai a pé ou de bicicleta, 22% de ônibus, ambulância ou jardineira (transporte comunitário gratuito aos moradores de uma região estudada) e apenas 10% de carro, taxi ou moto. Duas pessoas entrevistadas recebem atendimento domiciliar pela equipe da ESF por serem

restritos ao domicílio. Não houve diferença significativa entre as taxas de controle pressórico e o modo como os pacientes se locomovem para a consulta.

Realizou-se análise exploratória de fatores associados à utilização da ESF, da UBS tradicional e do consultório privado. O tempo de deslocamento foi menor para os usuários da ESF (12 minutos), mas não houve associação entre o tempo de deslocamento e o controle da HAS ($P=0,91$). Menor renda e idade apresentaram tendência à associação com atendimento na ESF ($P=0,07$ e $P=0,07$). O escore total dos componentes da APS avaliados neste estudo foi mais elevado no grupo de pacientes vinculados à ESF ($58,7\pm 12,9$) quando comparados aos não vinculados ($54,5\pm 14,0$). Não houve diferença significativa nas taxas de controle pressórico entre os serviços utilizados para tratamento da hipertensão ($P=0,09$).

DISCUSSÃO

Este estudo descreve a utilização dos serviços de saúde do IIIDS do município de Angra dos Reis (RJ), indicando que 52,7% dos pacientes hipertensos cadastrados no HiperDia apresentam HAS controlada, definida como valores inferiores a 140/90mmHg. Fatores associados com melhor controle pressórico foram sexo feminino, renda per capita maior que um salário mínimo, possuir vínculo com um serviço de saúde e aceitabilidade em relação ao serviço responsável pelo tratamento da HAS.

Características sócio-demográficas da amostra assemelharam-se aos dados nacionais do cadastro HiperDia em relação ao sexo, idade e a escolaridade²⁴. A prevalência de IAM e AVC foi maior que à descrita (5,9% e 6,5%, respectivamente),

sendo semelhante a de “outras doenças cardiovasculares” (8,3%) e menor em relação à doença renal crônica (6,5%)²⁴. Não se encontrou associação entre a presença das comorbidades estudadas e controle da HAS, diferente do estudo alemão DETECT (2003) que encontrou associação positiva com a presença de doença coronariana e infarto do miocárdio prévio²⁵.

A taxa de controle pressórico foi superior à relatada na literatura internacional^{7, 25} e nacional^{8, 9,10} de aproximadamente um terço dos pacientes. A observação de melhor controle da pressão arterial entre os pacientes que possuem vínculo com algum profissional/serviço de saúde pode estar associada à melhor adesão dos pacientes ao tratamento. No estudo de Massierer e colaboradores²⁶ 20% dos pacientes com hipertensão não controlada com pelo menos três anti-hipertensivos tinham evidência de baixa adesão ao tratamento. O menor controle pressórico entre os homens também pode refletir a melhor adesão das mulheres aos cuidados com a saúde já que elas predominam como usuárias dos serviços de saúde²⁷.

A população estudada mostrou-se moderadamente satisfeita com o atendimento recebido pelos serviços de saúde que os acompanha sendo que o componente de aceitabilidade associou-se positivamente com controle pressórico. Em estudo envolvendo mais de 17 mil pessoas, visando comparar quatro distintos sistemas de saúde dos EUA, verificou-se que não mais de 55% consideraram o desempenho como excelente¹⁸. Em uma pesquisa nacional realizado pelo IPEA sobre saúde (SIPS 2010) observou-se que, dentre os serviços prestados pelo SUS pesquisados, o atendimento por membro da ESF foi aquele que obteve a maior proporção de opiniões positivas (80,7% muito bom/bom). Seguiram-se a distribuição

de medicamentos (69,6%), o centro de especialidades (60,6%), a urgência/emergência (48,1%) e por último o posto/centro de saúde (44,9%). De maneira geral, 30% dos usuários do SUS entrevistados afirmaram que o serviço é muito bom/bom²⁸.

A satisfação está relacionada com, entre outros fatores, ser bem recebido pelos profissionais de saúde, tempo de aguardo menor do que esperado, receber informações precisas sobre seu estado de saúde e condução adequada dos problemas de saúde²⁹. É possível que, apesar de acessibilidade, utilização e cuidado compartilhado não demonstrarem associação significativa individualmente no presente estudo, o conjunto das boas avaliações, principalmente relacionado à acessibilidade, contribuam para a satisfação e a aceitabilidade do serviço por parte da população. O acesso ao serviço de saúde é um conceito complexo pela multidimensionalidade que o compõe – disponibilidade dos serviços, acessibilidade, acolhimento e aceitabilidade³⁰. Na prática da vida diária traduz-se pela distância entre a moradia e a unidade, o tempo gasto para o deslocamento e o meio de transporte que é utilizado para tal, presença de filas, tempo e local de espera, a possibilidade de agendamento prévio bem como a priorização de casos mais urgentes, além do tratamento que recebe da equipe profissional³¹. No caso do IIIDS, quase dois terços dos pacientes deslocam-se a pé ou de bicicleta o que sugere que a distância dos serviços é adequada.

Metade da amostra estudada procura o primeiro atendimento por algum problema de saúde no Serviço de Pronto-atendimento 24h, sendo atendidos em tempo mediano de 20 minutos, tempo este que pode ser considerado satisfatório para este tipo de serviço. Souza ACC et al²⁹ em estudo realizado em Fortaleza

encontraram uma média de espera de $48,18 \pm 55,77$ minutos na unidade de origem do estudo e $66,67 \pm 213,57$ em outros serviços da cidade. Protocolos internacionais classificam o tempo possível de espera do paciente conforme o seu quadro clínico e no caso de nível 3 (urgente) o tempo máximo de espera deve ser de 60 minutos³².

A taxa de pacientes que consideraram a resolubilidade satisfatória foi superior ao encontrado por Moimaz e col³³ em estudo que avaliou a satisfação com o serviço municipal de saúde em cinco municípios de São Paulo.

O escore total considerando acessibilidade, aceitabilidade e cuidados atingiu pouco mais de 50% da escala de 96 pontos, caracterizando média orientação para APS segundo Starfield³⁴. Indica, ainda, que existe espaço considerável para ações que aumentem a satisfação do usuário, já que esta também possui estreita relação com a adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não-medicamentosa^{35, 36}. Apesar de o escore total dos componentes avaliados neste estudo ter sido mais elevado entre os usuários da ESF, ainda pode ser maior. Desse modo, corrigir as deficiências que ocorrem no sistema de saúde pode resultar em impacto positivo nos aspectos relacionados com morbidade e até mesmo mortalidade decorrente da hipertensão arterial.

O tamanho da amostra do estudo é uma limitação que pode explicar a ausência de significância estatística de algumas análises. Outra questão importante que vale ressaltar é a perda pouco maior que 20% da população sorteada devida principalmente a não atualização de endereço ou telefone residencial no cadastro do HiperDia. Contudo, foi atingido o tamanho de amostra calculado e as perdas não parecem ter comprometido a representatividade da amostra. Um ponto fraco do estudo foi a não investigação mais aprofundada sobre a marcação e a realização dos

exames complementares e as consultas especializadas em tempo hábil. Sabe-se que 80% da população entrevistada utilizam o serviço público para as consultas e exames, mas não foi avaliado o tempo para a marcação desses serviços.

Um ponto positivo a ser ressaltado é o pioneirismo no município de estudo com este grupo de pacientes com objetivo de “escuta” e avaliação da percepção dos usuários e da efetividade do tratamento de hipertensos cadastrados no HiperDia. Também se pode avaliar como positivo a entrevista domiciliar e não atrelada ao dia de consulta, favorecendo a obtenção de respostas mais fidedignas, sem influências externas. Mesmo aqueles que não são assíduos às consultas no serviço público ou que utilizam o sistema privado, foram incluídos na amostra.

Finalmente, a associação entre aceitabilidade por parte do paciente e controle da hipertensão pode ajudar na consolidação de um atendimento qualificado, baseado na integralidade, longitudinalidade e baseado na abordagem centrada no paciente. Isto se resume na percepção pelo usuário no cuidado prestado pela equipe profissional.

CONCLUSÃO

A expectativa do usuário com o acompanhamento nos serviços de saúde para a HAS no IIIDS de Angra dos Reis é alcançada e a aceitabilidade associa-se com melhores taxas de controle da hipertensão arterial, que, por sua vez, estão acima das geralmente observadas. Desse modo, podemos concluir que o acesso adequado aos serviços de saúde pode ter relação positiva com melhores taxas de controle pressórico.

Outros fatores associados positivamente com o controle pressórico são sexo feminino e renda, reforçando que o desenvolvimento econômico da população tem relação com a prevalência e o controle dos agravos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Kaplan MS, Hugué N, Feeny DH, McFarland BH. Self-reported hypertension prevalence and income among older adults in Canada and United States. *Social Science & Medicine*. 70(2010)844-849. doi:10.1016/j.socscimed.2009.11.019.
2. Lawes, C. M., Vander Hoorn, S., Rodgers, A., & International Society of Hypertension.(2008). Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*, 371,1513–1518.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde – Brasília: Cadernos de Atenção Básica, n.16, série A. Normas e Manuais Técnicos; 2006.
4. Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Riegel G, Fuchs SC (2012) Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with Meta-Analysis. *PLoS ONE* 7(10): e48255. doi:10.1371/journal.pone.0048255
5. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration.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(9349):1903-13

6. The ALLHAT Officers and coordinators for the ALLHAT collaborative research group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). *JAMA* 2002; 288: 2981-2987.
7. Chobanian AV, Bakris GH, Cushman W, et al. The seventh report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 2003; 289, 2560-2582.
8. Rosário TM, Scala LCN, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento em Nóbregas – MT. *Arq Bras Cardiol* 2009; 93(6):672-678.
9. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, Reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2004; 83(5):424-428.
10. Brandão AP, Brandão AA, Magalhães MEC et AL. Epidemiologia da hipertensão arterial. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2003; 3 (1):7-19.
11. Ashton CM, Holt CL, Wray NP. A patient self-assessment tool to measure communication behaviors during doctor visits about hypertension. *Patient, Education and Counseling* 2010; 81:275-314. doi:10.1016/j.pec.2010.01.019
12. Roumie CL, Greevy R, Wallston KA, Elasy TA *et al.* Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. *J Behav Med* 2011; 34:244-253 doi10.1007/s10865-010-9304-6.

13. Zolnierek KB & Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834. doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.
14. Neugarrrd BI, Priest JL, Burch SP et al. Quality of care for veterans with chronic diseases: performance on quality indicators, medication use and adherence, and health care utilization. *Population Health Management*, 2011 14(2):99-106. doi:10.1089/pop.2010.0020. [Acesso em 24/01/2012]. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.
15. Mendes EV. Redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15(5): 2297-2305.
16. García MG, Mújica MPV, Ocña JCM et al. *Revista de nefrologia* 2011; 31(1):84-90.
17. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RM. Controle de qualidade em atenção primária. 1- A satisfação do usuário. *Cad. Saúde Pública*, 1998; 14(3): 623-628.
18. Skelding PC, Majumbar SR, Kleinman K et al. Clinical and nonclinical correlates of adherence to prescribing guidelines for hypertension in a large managed care organization. *J Clin Hypertens* 2006; 8:414-19.
19. HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. [Acesso em: 01/03/2012]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=040304>
20. Momaiz e col. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2010; 20(4): 1419-1440.
21. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MMC, Trindade TG, Agostinho MR, Hauser L. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *Primary Care Assessment Tool - PCATool - Brasil / Ministério da Saúde*,

Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

22. Harzheim E, Duncan B, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR *et al.* Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research* 2006, **6**:156 doi:10.1186/1472-6963-6-156.
23. Figueiredo AM. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná. [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2011.
24. Boing AC, Boing AF. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. *Rev Bras Hipertens* 2007; 14(2): 84-88.
25. Labeit AM, Klotsche J, Pieper L, Pittrow D, Einsle F, Stalla GK, Lehnert H, Silber S, Zeiher AM, März W, Wehling M, Wittchen HU. Changes in the prevalence , treatment and control of hypertension in Germany? A clinical-epidemiological study of 50.000 primary care patients. [PLoS One](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052229). 2012;7(12):e52229. doi: 10.1371/journal.pone.0052229. Epub 2012 Dec 28.
26. Massierer D, Oliveira ACT, Steinhorst AM, Gus M *et al.* Prevalence of resistant hypertension in non-elderly adults: prospective study in a clinical setting. *Arq Bras Cardiol.* 2012; [online].ahead print, PP.0-0
27. Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Veltori D, Petter J, Moreira LB, Fuchs FD. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes

- hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arq Bras Cardiol* 2001;76:349-351.
28. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Sistema de Indicadores de Percepção Social: Saúde 2011. [Acesso em: 31/01/2012]. Disponível em: HTTP://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf.
29. Souza ACC, Moreira TMM, Silva MRF, Almeida PC. Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza. *Rev Bras Enferm*; 2009; 62(4):535-539.
30. Travassos C, Viacava F, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000; 5:133-149.
31. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em unidade de saúde de Porto Alegre. *Cad Saúde Pública*, 2004; 19:27-34.
32. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester Triage System detect the critically ill? <http://emj.bmj.com/content/16/3/179>
33. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde; 2002.
34. Obreli-Neto PR, Prado MF, Vieira JC, Fachini FC *et al.* Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*, 2010;31(3):229-233.
35. Barros ACM *et al.* Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre

peessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau. Arquivos
Catarinenses de Medicina 2008; 37(1):54-62.

Tabela 1. Características da amostra - (n(%) ou Média \pm DP)

Sexo	
masculino	101(33,7)
feminino	199 (66,3)
Cor	
branca	152 (50,7)
não branca	148 (49,3)
Escolaridade	
\leq 1ano	63 (21,0)
2 a 8 anos	181 (60,3)
\geq 9 anos	56 (18,7)
Renda per capita	
\leq 1/2 sal min	83 (27,7)
1/2 e \leq 1 sal min	102 (34)
\geq 1 sal min	115 (38,3)
Modelo de unidade do bairro	
ESF	159 (53,0)
UBS tradicional	141 (47,0)
PA <140/90mmHg	158 (52,7)
Idade(anos)	60,5 \pm 12,3
PAS(mmHg)	136 \pm 21
PAD (mmHg)	83 \pm 12
Comorbidades	
Infarto miocárdio	36 (12,0)
Acidente vascular cerebral	24 (8,0)
Insuficiência cardíaca	23 (8,0)
Asma	23 (8,0)
Diabete Melito	72 (24,0)
Insuficiência renal crônica	13 (4,3)
Outras doenças cardiovasculares	27 (9,0)

Tabela 2. Componentes da atenção primária e controle de hipertensão arterial (n(%) ou mediana)

Componentes	Toda amostra	<140/90 mmHg	≥140/90 mmHg	P
Acolhimento e acesso de primeiro contato				
Serviço primeiro atendimento				0,25
Posto de Saúde	29 (9,7)	16(55,2)	13 (44,8)	
Unid. Saúde da Família	54 (18)	27 (50,0)	27 (50,0)	
Pronto-atendimento/emergência	160(53,3)	85 (53,1)	75 (46,9)	
Pronto Socorro Municipal	21 (7)	12 (57,1)	9 (42,9)	
Particular/convênio	9 (3)	8 (88,9)	1 (11,1)	
Nenhum	27 (9)	11 (40,7)	16 (59,3)	
Tempo mediano de espera (minutos)	20	20	20	0,79
Vínculo/ longitudinalidade				
Serviço saúde que melhor o conhece				0,84
Posto de Saúde	79 (26,3)	45 (57,0)	34 (43,0)	
Unid. Saúde da Família	111(37,0)	55 (49,5)	56 (50,5)	
Pronto-atendimento/emergência/PSM	2 (0,7)	1 (50,0)	1 (50,0)	
Particular/convênio	20 (6,7)	12 (60,0)	8 (40,0)	
Nenhum	88 (29,3)	46 (52,3)	42 (47,7)	
Acessibilidade (escore de 18 a 72)(n=299)	37,9 ±5,2	37,9	37,9	0,96
Exames complementares (escore de 2 a 8)	3,5 ±0,9			
Acessibilidade medicamentos (escore de 2 a 8)	5,6 ±1,3			
Aceitabilidade (escore de 2 a 8) (n=300)	6,4±1,8	6,6	6,1	0,01
Cuidado compartilhado (escore de 6-24)	12,4±10	12,7	12	0,54

Tabela 3. Fatores associados com controle da pressão arterial

	N	PA controlada %	P
Sexo			0,04
masculino	101	44,6	
feminino	199	57,3	
Cor			0,74
branca	152	53,9	
não-branca	148	52,0	
Escolaridade			0,39
≤1ano	63	54,0	
2 a 8 anos	181	50,3	
≥ 9 anos	56	60,7	
Renda per capita (R\$)			0,02
Até 311,00	83	48,2	
> 311 a 622	102	45,1	
>622,00	115	63,5	
Modelo unidade			0,27
ESF	132	49,2	
UBS tradicional	127	55,1	
Outro	31	64,5	
Idade (anos)			0,58
25 a <55	97	51,5	
55 a <67	109	56,9	
≥ 67	94	50,0	

Tabela 4. Razão de Prevalência ajustada (IC95%) para pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg

	RP	IC	P
Sexo masculino	1,36	1,06-1,73	0,01
Renda per capita (R\$)			
Até 311,00	1,49	1,08-2,06	0,014
> 311 a 622	1,52	1,13-2,04	0,005
>622,00	1		
Idade	1,01	0,99-1,02	0,309
Aceitabilidade	0,92	0,87-0,98	0,007

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expectativa do usuário com o acompanhamento nos serviços de saúde para a HAS no IIIDS de Angra dos Reis é alcançada e a aceitabilidade associa-se com melhores taxas de controle da hipertensão arterial, que, por sua vez, estão acima das geralmente observadas. Outros fatores associados positivamente com o controle pressórico são sexo feminino e renda, reforçando que o desenvolvimento econômico da população tem relação com a prevalência e o controle dos agravos.

A produção de uma linha de pesquisa no município com esta temática poderia ajudar na contínua avaliação do controle da HAS e suas comorbidades, além da possibilidade de formulação de ações que possam ser medidas e avaliadas. Além de cursos de capacitação aos profissionais de saúde, principalmente do Agentes de Saúde, com o objetivo de reproduzir estudos com questionários semelhantes com o objetivo de uma melhor análise da orientação para APS por parte das unidades de saúde da família de todo o município.

Cabe ressaltar que o tempo destinado a busca dos pacientes foi muito maior do que o programado pela informação incompleta e desatualizada do cadastro do HiperDia. Logo, é importante frisar a importância do preenchimento adequado do sistema de informação.

ANEXOS

- a. Projeto de Pesquisa
- b. Termo de consentimento livre e esclarecido
- c. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa
- d. Questionários / Formulários

A. PROJETO DE PESQUISA



UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL

DO RIO GRANDE DO SUL

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Mestrado Profissional em Epidemiologia: Redes Integradas de Atenção à Saúde

**Acesso e efetividade do
tratamento dos pacientes
hipertensos do III distrito do
município de Angra dos Reis**

**Projeto do Mestrado Profissional do PPGEPI
UFRGS**

Mestranda: Cristiane Coelho Cabral

Orientadora: Leila Beltrami Moreira

07/03/2012

Sumário

I – Apresentação:	62
II - Base teórica:	62
III - Justificativa	65
IV - Objetivos:	66
▶ Objetivo geral:	66
▶ Objetivos específicos:	66
V - Métodos:	66
VI- Cronograma:	68
VII- Orçamento:	69
VIII- Aspectos éticos:	69
IX- Referências Bibliográficas:	69

I – Apresentação:

O presente projeto faz parte do produto referente ao Mestrado Profissional em Epidemiologia com ênfase em Gestão de Tecnologias em Saúde do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O projeto tem como campo de pesquisa o município de Angra dos Reis, RJ, por ser o meu município de atuação profissional e ocorre com a ciência e o consentimento por parte do secretário de saúde municipal e presidente da Fundação de Saúde.

A pesquisa consiste na elaboração e aplicação de um questionário de pesquisa com o objetivo de descrever o acesso aos serviços da rede de saúde pelos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) do III distrito sanitário (III-DS) de Angra dos Reis que fazem acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados pretendem subsidiar o processo de gestão e gerência do sistema de saúde local.

II - Base teórica:

A HAS é a mais freqüente das doenças cardiovasculares, tendo no Brasil cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos ou mais¹. É também o principal fator de risco para os problemas mais comuns como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doença renal terminal¹.

O benefício da redução dos níveis de pressão arterial está bem estabelecido², assim como a eficácia dos anti-hipertensivos³. Contudo, a taxa de controle dos pacientes está muito aquém do desejável⁴, situando-se em torno de 30 a 40%. Algumas pesquisas brasileiras mostram taxas de controle ainda menores de 10%.⁵

Vários estudos demonstram que as mudanças da atenção realizada de modo fragmentado para um modelo integral aos cuidados crônicos⁶, baseado na gestão de cuidados, melhoram a qualidade no tratamento. Cedric, K.D. e Ugo, A.E.⁷ pesquisaram o quanto o conhecimento propriamente dito sobre a doença cardiovascular seria um preditor por si só para o controle das taxas pressóricas e suas comorbidades. Contudo, concluíram que o objeto de estudo não influencia o desfecho clínico mais do que o nível socioeconômico, a raça, escolaridade e o acesso a rede de saúde.

Mendes⁸ aponta a importância de avaliarmos a transição epidemiológica que o Brasil vive e a formação da tripla carga de doenças, com forte predominância das doenças crônicas. O mesmo ressalta que o cuidado das doenças crônicas não pode ser respondido de forma eficaz por sistemas de saúde voltados para doenças agudas, e para as agudizações de doenças crônicas, e organizados de modo fragmentado. O autor, então, propõe a implementação das redes de atenção à saúde (RAS) como forma de reorganizar nosso sistema de saúde. A coordenação e o tratamento compartilhado são elementos importantes como resposta para esta necessidade assistencial contemporânea⁹.

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a uma determinada população, coordenada pela atenção primária (...)⁸.

Em consonância com o descrito acima, em fevereiro de 2009 a Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro/SESDEC pactuou a constituição dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR) e a implantação do Plano Diretor Regional (PDR). O Estado do Rio de Janeiro definiu os seguintes critérios como norteadores das Regiões de Saúde: todos os Municípios devem ser responsáveis pela suas ações de Atenção Básica e pelas ações básicas de Vigilância em Saúde; todas as Regiões de Saúde devem oferecer suficiência em ações de Média Complexidade e também algumas ações de Alta Complexidade (a serem consideradas segundo critérios de acessibilidade e possibilidade de oferta) e que arranjos inter-regionais devem garantir as demais ações de Alta Complexidade. Quando a suficiência proposta acima não for alcançada, o Plano de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento devem propor as metas e os recursos para tal.¹⁰

A regionalização da saúde com a formação de redes integradas tem como um objetivo otimizar o acesso da população aos serviços de saúde que necessitam, que este seja de qualidade e boa resolubilidade. O acesso é um elemento essencial para satisfação dos usuários que procuram os serviços de saúde. Autores^{11,12} demonstram que a melhoria da qualidade do atendimento se relaciona com as condições de acesso da população às unidades de saúde, sendo identificados como parâmetros importantes de avaliação do acesso o acolhimento, o tempo de espera e a resolubilidade.

O acesso ao serviço de saúde é um conceito complexo pela multidimensionalidade que o compõe – disponibilidade dos serviços, acessibilidade, acolhimento e aceitabilidade¹³. Na prática da vida diária traduz-se¹⁴ pela distância entre a moradia e a unidade, o tempo gasto para o deslocamento e o meio de transporte que é utilizado para tal, presença de filas, tempo e local de espera, a possibilidade de agendamento prévio bem como a priorização de casos mais urgentes, além do tratamento que recebe da equipe profissional.

A satisfação está relacionada com, entre outros fatores, ser bem recebido pelos profissionais de saúde, tempo de aguardo menor do que esperado, receber informações precisas sobre seu estado de saúde e condução adequada dos problemas de saúde¹⁵. Também possui uma estreita relação com a adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não-medicamentosa. Desse modo, corrigir as deficiências que ocorrem no sistema de saúde pode resultar num impacto positivo nos aspectos relacionados com morbidade e até mesmo mortalidade.

O estado possui nove CGR, sendo um deles o Colegiado de Gestão Regional da Baía da Ilha Grande/CGR BIG, composto pelos municípios de Angra dos Reis, Paraty e Mangaratiba, sendo o primeiro referência em atenção em saúde para os demais.

Angra dos Reis possui pelo censo de 2009 uma população de 168.666 pessoas, com densidade demográfica de 206 habitantes por Km². O município se organiza em cinco distritos sanitários, sendo respectivamente: Centro, Japuíba, Jacuecanga, Frade/Parque Mambucaba e Ilha.¹⁰

A tabela abaixo informa a população por distrito.

População dos Distritos de Saúde

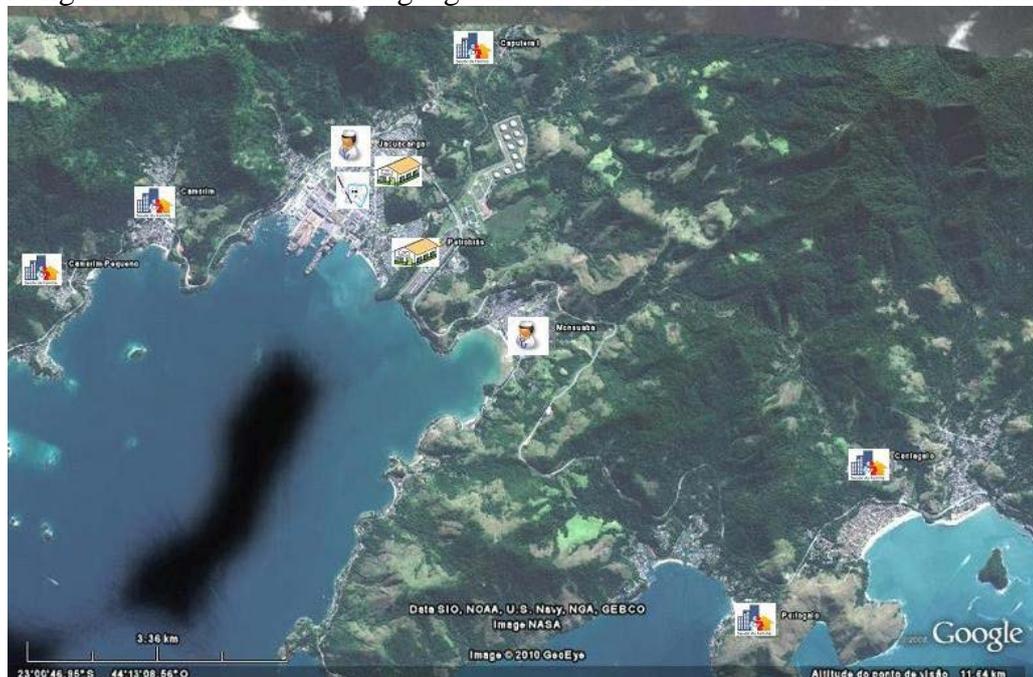
Distritos Sanitários	População residente	%
1º DS: Centro/Morros do Centro	38.573	22,87
2º DS: Japuíba/Grande Japuíba	53.407	31,65
3º DS: Jacuecanga	30.372	18,01
4º DS: Frade/Perequê	41.479	24,60
5º DS: Ilhas	4.834	2,87
Total	168.666	100,00

Fonte: Fundação de Saúde de Angra dos Reis/Sup. de Vigilância em Saúde/2009.

O III-DS será o local de pesquisa e este é composto pelos seguintes bairros: Mombaça, Village, Camorim, Lambicada, Praia do Machado, Jacuecanga, Petrobrás, Caputera, Monsuaba, Paraíso, Biscaia, Ponta Leste, Maciéis, Portugal e Cantagalo¹⁰.

As unidades de saúde que o compõe são: 01(um) serviço de pronto-atendimento, 02(duas) unidades básicas de saúde, 06(seis) estratégias de saúde da família e 01 (um) centro de especialidades médicas. Além disso, a referência de grande emergência é o pronto-socorro e de internação a Santa Casa de Misericórdia que ficam no IDS. O município possui cobertura pela Estratégia de Saúde da Família próximo a setenta por cento, porém a do III-DS está próxima aos 39%¹⁰.

A figura abaixo mostra a área geográfica do III-DS com suas unidades de saúde.



LEGENDA



A maior causa de óbito do município são as doenças do aparelho circulatório¹⁰, acompanhando os dados nacionais. Em vista da importância do problema, o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com o propósito de reduzir morbimortalidade. Através deste Plano, o MS disponibilizou, no âmbito da atenção básica, instrumento de cadastro e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, Sishiperdia, para utilização pelos municípios. Em 2009, o município de Angra dos Reis, tinha cadastrados no Sistema de Cadastro de Hipertensos e Diabéticos, 60,56% dos hipertensos e 49,46% dos diabéticos estimados¹⁰. Os pacientes cadastrados neste sistema são acompanhados nas unidades de saúde com consultas e medicamentos.

III - Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica é uma das mais importantes causas de co-morbidade, que cursa assintomática, com evolução clínica lenta que sem tratamento adequado tem consequências graves e cujo tratamento medicamentoso, embora eficaz, tem insuficiente adesão dos pacientes quando se avalia o uso contínuo dos medicamentos anti-hipertensivos. Motivos para a adesão insatisfatória têm sido identificados, como a ocorrência de efeitos adversos, nível sócio-econômico e o acesso ao sistema de saúde e medicamentos.

As complicações cardiovasculares têm sido consideradas como eventos-sentinela, porque seu surgimento implica em falhas no controle da doença: a hipertensão arterial. Logo, se o evento-sentinela pode ser definido como algo que não deve ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente, a sua ocorrência pode conduzir a investigação de falhas na atenção à saúde que tornaram o evento possível¹⁶.

A hipertensão arterial é um agravo crônico que pode ser considerado uma condição marcadora dos eventos-sentinela. Isso por ser freqüente, ter técnicas de atenção bem estabelecida, com ampla aceitação e tratamento com eficácia comprovada.

Penna¹⁶ define que a condição marcadora baseia-se na idéia de que a partir da avaliação da assistência prestada a um conjunto determinado de condições, possa-se inferir a qualidade da atenção à saúde. E, assim, avaliar a resolubilidade do agravo, seja pelo uso adequado de exames complementares, pela a oportunidade de acesso as ações, aos medicamentos ou aos níveis de atenção do sistema de saúde, entre outros.

O SUS tem grandes desafios pela frente, como o arranjo organizacional em rede para garantir o acesso qualificado aos usuários e o investimento na melhoria de qualidade da atenção oferecida à população - aperfeiçoando o acolhimento dos pacientes, aumentando a resolubilidade em toda rede de serviços, integrando os serviços através das linhas de cuidado e maior articulação entre os vários níveis do sistema local de saúde.¹⁷

Assim, as ações implementadas no âmbito do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus necessitam ter seu desempenho avaliado localmente. O acesso e a utilização dos serviços serão focados como elementos essenciais ao sistema de saúde para determinar a efetividade terapêutica do

tratamento de hipertensão arterial sistêmica - doença crônica, alvo de muitos programas ministeriais.

IV - Objetivos:

► **Objetivo geral:**

Descrever o acesso e a utilização dos serviços da rede de saúde pelos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) do III distrito sanitário (III-DS) de Angra dos Reis que fazem acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

► **Objetivos específicos:**

- Identificar os recursos para o tratamento de HAS disponibilizados pela rede de serviços de saúde do III-DS de Angra dos Reis.
- Mapear o fluxo de atendimento dos pacientes cadastrados em unidades de ESF e UBS tradicional desta região.
- Identificar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.
- Avaliar o grau de aceitabilidade dos pacientes com os recursos existentes.
- Avaliar fatores associados com o grau de acesso dos pacientes e controle da HAS.
- Estimar a taxa de pacientes do III-DS com HAS controlada e sua associação com o grau de acesso e utilização dos serviços de saúde.

V - Métodos:

Realizar-se-á um estudo transversal através da aplicação de um questionário de pesquisa quantitativa com pacientes adultos (18 anos ou mais), hipertensos, moradores de Angra dos Reis e que fazem acompanhamento na rede pública de saúde do III D.S. As entrevistas serão realizadas em visitas domiciliares, com aferição da pressão arterial durante e no final da entrevista e caso haja necessidade, uma revisão do prontuário do mesmo para avaliar suas últimas taxas pressóricas e suas comorbidades.

A seleção da amostra decorrerá aleatoriamente a partir do banco de cadastro do HIPERDIA. Será solicitado aos pacientes sorteados consentimento para participar do estudo no momento da aplicação do questionário. O questionário foi construído a partir do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, validado no Brasil¹⁸, com perguntas estruturadas e resposta do tipo escala Likert. Algumas perguntas foram adaptadas considerando-se a população específica de interesse e objetivos do estudo.

► As variáveis de desfechos analisadas serão as listadas a seguir:

- Para descrição do acesso será avaliado, a partir do olhar do usuário:
 - Serviços disponíveis na atenção primária, secundária e terciária:
 - Equipe de saúde (ESF, Unidade Básica de Saúde, Pronto Atendimento, Centro de Especialidades Médicas);
 - Acolhimento (perguntas 23 a 27)
 - Vínculo (perguntas 28 a 31)
 - Acessibilidade (perguntas 32 a 41; 44 a 50; 60)
 - Exames complementares (pergunta 38)
 - Acessibilidade aos medicamentos (perguntas 42-43)
 - Referência e contra-referência (perguntas 51-56)
 - Aceitabilidade pelo paciente com o cuidado prestado pelos profissionais de saúde da rede (perguntas 58-59)
- Taxa de controle pressórico ($\leq 140 \times 90$ mmHg). Esta será avaliada pela média de duas aferições da pressão arterial.

► As variáveis preditoras são:

- Características demográficas: sexo, idade.
- Comorbidades.
- Perfil sócio-econômico: renda, escolaridade, cor

► Aspectos estatísticos:

- Análise descritiva para caracterizar o distrito, os pacientes e o acesso aos serviços de saúde pelo olhar do usuário.
- Testes de hipótese: fatores associados com o acesso dos pacientes e taxa de controle dos níveis pressóricos serão analisados em análise univariada (teste do qui-quadrado para os desfechos categóricos e teste T para as variáveis contínuas, ou equivalente não paramétrico se a distribuição da variável não for normal). Análise multivariada com regressão de Poisson será realizada para identificar preditores independentes de acesso dicotomizado (com certeza ou provavelmente sim *versus* com certeza ou provavelmente não) e do controle pressórico. A contribuição dos diversos elementos do acesso será avaliada através de análise de componentes principais. O nível de significância estatística considerado nas análises será de 0,05.

- Tamanho da amostra: o cálculo amostral foi realizado considerando-se que o cadastro do HIPER-DIA inclui 1881 indivíduos, erro alfa de 5% e poder de 80%. Simulações considerando taxas de PA controlada de 30 a 50%, acesso satisfatório de 60 a 80% e identificação de razões de prevalência para os objetivos propostos são apresentadas na tabela abaixo. Considerando-se a factibilidade da coleta de dados decidiu-se estudar 300 participantes.

Exposto:N exposto	Razão de Prevalência	N
1:1	1.5	65 por grupo
2 mulheres:1 homem	1.36	100 ♀: 50 ♂
% acesso satisfatório	precisão	N
60%	±3	146
70%	±5	129
70%	±3	319
80%	±5	100
80%	±3	253
% controlados	precisão	N
30%	±3	319
30%	±5	129
50%	±3	368
50%	±5	151

VII- Cronograma:

	2012										2013	
	Mar	Abr	Mai	Jun	Julh	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Rev. bibliografica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
CEP	X											
Aplicação questionário		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Análise dos dados											X	
Apresentação da dissertação												X

VII- Orçamento:

- Material de escritório:
 - Resma de folha A4: 5 unidades – R\$ 500,00
 - Cartucho de tinta preto e branco para impressão : 5 unidades – R\$ 175,00
 - Lápis: 20 unidades – R\$ 20,00
- Transporte para visita domiciliar: 200 deslocamentos aproximadamente - R\$ 800,00.
- Cópias do questionário e TCLE:1800 – R\$ 180,00

VIII- Aspectos éticos:

A participação no estudo não traz riscos significativos, uma vez que os dados serão coletados por entrevistas e do prontuário, havendo apenas o desconforto da aferição da pressão arterial e do tempo despendido na entrevista. O benefício direto será a informação do nível pressórico. Solicitou-se a concordância da Superintendência da Atenção Básica para a realização do estudo e do acesso ao banco de dados do HIPERDIA. Aplicar-se-á termo de consentimento livre e esclarecido, bem como termo de compromisso para o uso de dados.

IX- Referências Bibliográficas:

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde – Brasília: Cadernos de Atenção Básica, n.16, série A. Normas e Manuais Técnicos; 2006.
2. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. 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(9349):1903-13
3. The ALLHAT Officers and coordinators for the ALLHAT collaborative research group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). *JAMA* 2002; 288: 2981-2987.
4. Chobanian AV, Bakris GH, Cushman W, et al. The seventh report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 2003; 289, 2560-2582.

5. Brandão AP, Brandão AA, Magalhães MEC et AL. Epidemiologia da hipertensão arterial. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2003; 3 (1):7-19.
6. Neugarrrd BI, Priest JL, Burch SP et al. Quality of care for veterans with chronic diseases: performance on quality indicators, medication use and adherence, and health care utilization. Population Health Management vol 14, n.2, 2011.
7. Cedric KD, Ezenkwele UA. Access to care as predictor of patients' knowledge of cardiovascular diseases. Jornal of the National Medical Association vol 99, n. 12, December 2007.
8. Mendes EV. Redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2010; 15(5): 2297-2305.
9. García MG, Mújica MPV, Ocña JCM et al. Revista de nefrologia 2011; 31(1):84-90.
10. 8º Plano Municipal de Angra dos Reis – 2009 a 2013.
11. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RM. Cad. Saúde Pública, 1998; 14(3): 623-628.
12. Skelding PC, Majumbar SR, Kleinman K et al. Clinical and nonclinical correlates of adherence to prescribing guidelines for hypertension in a large managed care organization. J Clin Hypertens 2006; 8:414-19.
13. Travassos C, Viacava F, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2000; 5:133-149.
14. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuário em unidade de saúde de Porto Alegre. Cad Saúde Pública, 2004; 19:27-34.
15. Souza ACC, Moreira TMM, Silva MRF, Almeida PC. Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza. Rev Bras Enferm; 2009; 62(4):535-539.
16. PENNA, MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. Projeto GERUS. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textosapoio/pub06U1T2.pdf>>.
17. Organização Pan-Americana de Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes; 2010.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

B. Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da Pesquisa: Acesso e efetividade do tratamento dos pacientes hipertensos do III distrito do município de Angra dos Reis

Estamos realizando um estudo com o objetivo de descrever o acesso e a utilização dos serviços da rede de saúde pelos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica do III distrito sanitário de Angra dos Reis que fazem acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde. O Sr.(a.) foi sorteado (a) para uma entrevista sobre os serviços de saúde que utiliza.

Sua participação envolve responder um questionário e verificação dos seus níveis pressóricos necessitando de sua atenção por aproximadamente vinte minutos. Haverá apenas o desconforto do aparelho que aperta o braço para medir a pressão não trazendo outros riscos à sua saúde. Também poderá ser necessário acessar seu prontuário médico.

A participação no estudo é voluntária e se você decidir não participar tem toda liberdade em fazê-lo, sem alterar seu atendimento na rede de saúde.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Não haverá pagamento ou gastos pela sua participação na pesquisa. Como benefício, você será informado dos valores da pressão e você contribuirá para a compreensão do funcionamento da rede de saúde do III distrito de Angra dos Reis e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas por mim através do contato telefônico para a unidade de saúde do Portugal, pelo telefone 33778792 ou através do email ccoelhocabral@yahoo.com.br. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que aprovou a pesquisa, pelo telefone (51)3359-8304.

Desde já grata,

Cristiane Coelho Cabral-pesquisadora

Consinto em participar deste estudo e declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento.

Assinatura do participante
Angra dos Reis, __/__/____

C. APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

<i>Tipo</i>	<i>Número CAAE</i>	<i>Título da Pesquisa</i>	<i>Pesquisador Responsável</i>	<i>Versão</i>	<i>Última Modificação</i>	<i>Situação</i>	<i>Gestão da Pesquisa</i>
P	01704912.6.0000.5327	Acesso e efetividade do tratamento dos pacientes hipertensos do III distrito do município (...)	Leila Beltrami Moreira	2	02/05/2012	Aprovado	  

D. QUESTIONÁRIO



UFRGS - Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Mestrado Profissional em Epidemiologia: Redes Integradas de Atenção à Saúde
Acesso e efetividade do tratamento dos pacientes hipertensos do III distrito sanitário do município de Angra dos Reis



Questionário com os usuários

1. Número: | _ | _ | _ | _ |

2. Data: | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | _ | _ |

3.

Endereço: _____

4. Bairro: _____

5. Telefone de contato: | _ | _ | _ | _ | - | _ | _ | - | _ | _ |

6. Nome: _____

7. Data de nascimento: | _ | _ | _ | / | _ | _ | _ | / | _ | _ | _ | _ |

8. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

9. Qual a sua cor? 1. Branca 2. Mista/mulata 3. Negra 4. Oriental
6. Negro+índio 7. Mulata+índio 8. Índio+branco 77. Outra

10. O(a) Sr(a). estudou na escola? 0. Não 1. Sim

11. Até que série/ano completou com aprovação? série/ano grau

12. Qual é a renda familiar mensal? _____

13. Quantas pessoas moram na casa e dependem da renda familiar?

Alguma vez um médico disse que o Sr tem ou teve:

14. Pressão alta 0. Não 1. Sim

15. Infarto do miocárdio 0. Não 1. Sim

16. AVC (derrame) 0. Não 1. Sim

17. Insuficiência cardíaca 0. Não 1. Sim

18. Diabete 0. Não 1. Sim

19. Insuficiência renal 0. Não 1. Sim

20. DPOC 0. Não 1. Sim

21. Asma 0. Não 1. Sim

22. Outra:.....

23. Há um serviço de saúde onde você geralmente procura para o primeiro atendimento quando fica doente ou se sente mal?

0. Não [SE NÃO PULE PARA PERGUNTA 26] 1. Sim

24. Se sim, qual?

1. Posto de Saúde
2. Unidade de Saúde da Família
3. Serviço de Pronto-atendimento/ Emergência
4. Pronto-Socorro Municipal
5. Particular ou convênio

Número: | _ | _ | _ | _ |

Dataent: | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | _ |

Nome: _____

Datanasc: | _ | _ | _ | / | _ | _ | _ | /

| _ | _ | _ | _ | _ |

Sexo: | _ |

Cor: | _ | _ | _ |

Estudou | _ | Série ___ Grau ___

Renda: _____

Pessoas | _ | _ |

14. PA: | _ |

15. Infarto: | _ |

16. AVC: | _ |

17. IC: | _ |

18. DM: | _ |

19. IR: | _ |

20. DPOC: | _ |

21. Asma: | _ |

22. Outra1: | _ | _ | _ |

Outra2: | _ | _ | _ |

23. | _ |

24. | _ |

25. Qual é o tempo de espera para ser atendido neste serviço?
 ____ horas ____ minutos
26. Há um serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?
 0. Não [SE NÃO PULE PARA PERGUNTA 28] 1. Sim
27. Se sim, qual?
1. Posto de Saúde
 2. Unidade de Saúde da Família
 3. Serviço de Pronto-atendimento/ Emergência
 4. Pronto-Socorro Municipal
 5. Particular ou convênio
28. Há um serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?
 0. Não [SE NÃO PULE PARA PERGUNTA 30] 1. Sim
29. Se sim, qual?
0. Posto de Saúde
 1. Unidade de Saúde da Família
 2. Serviço de Pronto-atendimento/ Emergência
 3. Pronto-Socorro Municipal
 4. Particular ou convênio
30. Há um serviço de saúde que é mais responsável pelo tratamento da sua pressão alta?
 0. Não 1. Sim
31. Se sim, qual?
1. Posto de Saúde
 2. Unidade de Saúde da Família
 3. Serviço de Pronto-atendimento/ Emergência
 4. Pronto-Socorro Municipal
 5. Particular ou convênio

25. I__I h I__I min

26. I__I

27. I__I

28. I__I

29. I__I

30. I__I

31. I__I

POR FAVOR, INDIQUE A MELHOR OPÇÃO DE RESPOSTA PARA AS PERGUNTAS SEGUINTE SOBRE O TRATAMENTO DE SUA PRESSÃO ALTA:

32. É fácil marcar hora para uma consulta de acompanhamento neste serviço (ou no serviço onde vai mais seguido para tratar a pressão se perg.30 for NÃO)?
 1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro
33. Quando você chega ao serviço você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?
 1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro
34. Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora?
 1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro
35. É difícil para você conseguir atendimento médico neste serviço quando pensa que é necessário?
 1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro
36. Quando precisa de atendimento devido à hipertensão utiliza o serviço público?
 1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

32. I__I

33. I__I

34. I__I

35. I__I

36. I__I

37. I__I

38. I__I

37. Realiza suas consultas pelo SUS?

1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

38. Realiza seus exames pelo SUS?

1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

39. Quando necessita de atendimento de urgência, é pelo SUS?

1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

40. Caso necessite de internação, acredita que conseguirá pelo SUS?

1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

41. É fácil se deslocar para as consultas ou realizações de exames?

1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

42. Consegue seus medicamentos para o tratamento da pressão alta pelo SUS (gratuitamente)?

1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

43. Compra medicamentos pela farmácia popular (Governo Federal)?

1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

44. Já esteve em observação em um pronto-atendimento?

0. Não [SE NÃO PULE PARA PERGUNTA 46] 1. Sim - Quantas vezes? I__I

45. Alguma vez ficou mais de 24 horas?

0. Não 1. Sim Quantas vezes? I__I 99. Não se aplica

46. Já foi hospitalizado alguma vez?

0. Não [SE NÃO PULE PARA PERGUNTA 50] 1. Sim Quantas vezes? I__I

47. Quantas vezes você foi hospitalizado pelo SUS? I__I__I

48. Em caráter de urgência? I__I__I

49. Em caráter eletivo? I__I__I

50. O seu médico discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?

1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

51. Você já consultou algum especialista ou serviço especializado no período em que está em atendimento no seu serviço de saúde devido ao problema da hipertensão arterial?

0. Não [SE NÃO PULE PARA PERGUNTA 58] 1. Sim

39. I__I

40. I__I

41. I__I

42. I__I

43. I__I

44. I__I

45. I__I

46. I__I I__I

47. I__I__I

48. I__I__I

49. I__I__I

50. I__I

51. I__I

52. I__I

53. I__I

54. I__I

55. I__I

52. O serviço de saúde que acompanha o Sr(a) foi quem encaminhou você para o especialista?
1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

53. O serviço de saúde que acompanha o Sr(a) sabe que você fez essa(s) consulta(s) com o especialista?
1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

54. O seu médico escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo da consulta?
1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

55. O profissional do serviço especializado escreveu alguma informação de retorno após a consulta?
1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

56. Depois que você foi a este especialista o seu médico conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?
1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

57. O seu médico pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado?
1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

58. Você mudaria para outro serviço de saúde para fazer seu tratamento para hipertensão arterial se isto fosse muito fácil de fazer?
1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

59. Você acredita que o(s) serviço(s) está(ão) resolvendo seu(s) problema(s) de saúde?
1. Com certeza sim 2. Provavelmente sim 3. Provavelmente não 4. Com certeza não 5. Não sei/não lembro

60. Quanto tempo gasta para chegar ao serviço de saúde? I__I__I__I minutos

61. Qual é a forma de transporte utilizado?

1. Vai a pé 2. Ônibus 3. Carro próprio 5. Táxi

6. Outro- qual? _____

62. Pressão 1: I__I__I__I / I__I__I__I mmHg

63. Pressão 2: I__I__I__I / I__I__I__I mmHg

Entrevistador: _____

56. I__I

57. I__I

58. I__I

59. I__I

60.
I__I__I__I

61. I__I

62. Pressão 1: I__I__I__I / I__I__I__I mmHg

63. Pressão 2: I__I__I__I / I__I__I__I mmHg