

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



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Associação entre extensão dos atributos de Atenção  
Primária e qualidade do manejo da Hipertensão Arterial  
em adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde de  
Porto Alegre**

THIAGO GOMES DA TRINDADE

Orientador: Prof. Dr. ERNO HARZHEIM

Porto Alegre, Dezembro de 2007

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



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Associação entre extensão dos atributos de Atenção Primária e  
qualidade do manejo da Hipertensão Arterial em adultos adscritos à  
rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre**

**THIAGO GOMES DA TRINDADE**

**Orientador: Prof.Dr. Erno Harzheim**

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

Porto Alegre, Brasil.  
2007

## **BANCA EXAMINADORA**

Profª. Dra. Suzi Alves Camey, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.

Prof. Dr. Jorge Umberto Béria, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil.

## **DEDICATÓRIA**

À minha querida esposa Dúcia, por todo seu amor e companheirismo.

Aos meus pais Graça e Felipe, pelo exemplo de vida.

## AGRADECIMENTOS

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

À Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, em especial à Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal, pela parceria durante a execução deste projeto.

Aos colegas de trabalho da Unidade de Saúde da Família Osmar Freitas pelo apoio e compreensão.

À Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí/RS, em especial ao Secretário da Saúde Carlito Nicolait, pela receptividade e apoio desde o início do projeto.

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

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

A todo grupo de entrevistadores do grupo de Atenção Primária de Porto Alegre, por sua garra no trabalho de campo, que foi essencial para o êxito desta pesquisa. Em especial aos bolsistas Vinícius, Aline, Silvana e Milena que colaboraram preciosamente em todas as etapas desta pesquisa.

À Leticia Nolde pelo apoio e colaboração ao longo da pesquisa.

À Tainá Calvette, também bolsista, pela contribuição importante na revisão

de literatura deste projeto.

À colega estatística Luciana Nunes pela ajuda nesta etapa final das análises e redação.

Aos amigos Carlo Cunha, Maria Eugênia, Luciane Silva e Rodrigo Caprio por todo apoio nas várias etapas do desenvolvimento deste trabalho.

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

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

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.

Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

**Paulo Freire**

## SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS .....	9
RESUMO .....	11
ABSTRACT .....	13
APRESENTAÇÃO .....	15
INTRODUÇÃO .....	16
REVISÃO DE LITERATURA .....	17
1. Atenção Primária à Saúde (APS).....	17
1.1 Histórico no mundo e no Brasil.....	17
1.2 APS: definição e atributos .....	21
1.3 APS: cuidado de problemas comuns .....	23
1.4 Qualidade da APS e evidências de sua efetividade sobre a saúde da população.....	24
2. Hipertensão Arterial Sistêmica e seu impacto na saúde da população .....	27
3. HAS e Condições sensíveis à APS .....	29
4. Modelo de organização da APS para o cuidado de doenças crônicas: diretrizes brasileiras .....	37
5. Conclusão .....	38
REFERÊNCIAS .....	39
OBJETIVOS .....	47
ARTIGO.....	49
ANEXOS .....	87
a. Projeto de Pesquisa .....	88
b. Aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa .....	108
c. Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool) .....	115
d. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	145

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

APS - Atenção Primária à Saúde

ARA - Antagonista de Receptor da Angiotensina

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CSEM - Centro de Saúde Escola Murialdo

DAB - Departamento de Atenção Básica

DCV - Doença Cardiovascular

DM - *Diabetes Mellitus*

DMS - Departamento de Medicina Social

ECG - Eletrocardiograma

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAMED - Faculdade de Medicina

FAPERGS - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

FFFCMPA - Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Intervalo de Confiança

IECA - Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina

IMC - Índice de Massa Corpórea

MCT - Ministério de Ciência e Tecnologia

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PA - Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PCATool - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária

PPG-EPI - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

RCV - Risco Cardiovascular

RP - Razão de Prevalência

RS - Rio Grande do Sul

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

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

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## RESUMO

Com objetivo de medir a associação entre qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS), e processo de atenção à Hipertensão Arterial (HAS), foi realizado um estudo transversal, em Porto Alegre/RS. Foram incluídos 589 indivíduos maiores de 18 anos com hipertensão, dos quais 65% reconheciam-se como hipertensos e, destes, 40% estavam com sua pressão controlada (PA<140/90mmHG, em diabéticos, PA<130/80mmHg). Na análise multivariada, por regressão de Poisson, observou-se um aumento na probabilidade de reconhecer-se hipertenso entre as mulheres (16%), com a idade (1% a cada ano após os 18 anos), com história familiar de HAS (61%), presença de cardiopatia isquêmica (29%), verificação da PA no último ano (71%) e o número de consultas nos últimos 12 meses (2% cada). Quanto a ter a pressão controlada, demonstrou-se uma probabilidade maior estatisticamente significativa entre as mulheres (42%), e menor entre os diabéticos (62%), além de uma tendência não significativa de pior controle entre os usuários de serviço público (31%) e em uso de medicamento anti-hipertensivo (27%). Ter serviço com Alto Escore de APS relacionou-se significativamente com um aumento na probabilidade em receber orientações sobre a prática de atividade física (RP: 1,28; IC95%: 1,02-1,62), sobre alimentação saudável (RP: 1,44; IC95%: 1,14-1,83), sobre higiene bucal (RP: 5,30; IC95%: 2,48-11,34); em ter sido medida na última consulta a PA (RP: 1,10; IC95%: 1,04-1,16), o peso (RP: 1,26; IC95%: 1,04-1,54) e a altura alguma vez (RP: 1,58; IC95%: 1,12-2,24); além da realização de eletrocardiograma (RP: 1,73; IC95%: 1,15-2,60). Serviços de saúde de Alto Escore de APS embora não tenham mostrado diferença estatisticamente significativa quanto ao reconhecimento e controle da

hipertensão na análise multivariada, apresentaram uma melhor qualidade do processo de atenção integral ao hipertenso.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Qualidade dos Cuidados de Saúde.

## ABSTRACT

In order to measure the association between quality of Primary Health Care (PHC), through extension of its attributes, and hypertension care management was performed a cross-sectional study, in Porto Alegre /RS. They were enrolled 589 users aged over 18 years old with hypertension, of whom 65% recognized to be hypertensive and these 40% were with their Blood Pressure (BP) controlled (BP<140/90mmHG and in diabetics, BP <130/80mmHg). In multivariate analysis, by Poisson regression, it was demonstrated a higher probability of recognition of hypertension in women (61%), increasing age (1% per year), family history of hypertension (61%), history of ischemic heart disease (29%), when BP was taken in the last year (71%) and number of appointments in the last 12 months (2% each one). Controlled hypertension proved to be greater among women (42%), less control among diabetics (62%) and had a tendency of worse control to users of public services (31%) and patients in use of antihypertensive drugs (27%). A health service with High Score of PHC is significantly related with an increase in likelihood to receive recommendation to practice physical activity (PR: 1.28; CI95%: 1.02-1.62), to eat healthy food (PR: 1.44; CI95%: 1.14-1.83) and about oral hygiene (PR: 5.30; CI95%: 2.48-11.34); to have measured BP on the last appointment (PR: 1.10; CI95%: 1.04-1.16) and at least once had measured weight (PR: 1.26; CI95%: 1.04-1.54) and height (PR: 1.59; CI95%: 1.12-2.24); and to have performed electrocardiogram (PR: 1.73; CI95%: 1.15-2.60). Although High Score's health services have not demonstrated statistically differences for recognition and control of hypertension in multivariate analysis, they had better quality of integral care to hypertensive.

Key Words: Primary Health Care; Hypertension; Quality of Health Care.

## **APRESENTAÇÃO**

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Associação entre extensão dos atributos de Atenção Primária e qualidade do manejo da Hipertensão Arterial em adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 10 de dezembro de 2007.

Inicialmente é apresentada uma introdução ao tema da pesquisa, seguida pela revisão da literatura, que aborda conceitos e associações entre os atributos da Atenção Primária à Saúde e a qualidade do processo de atenção à Hipertensão Arterial. Em seguida são expostos os objetivos desta pesquisa.

Depois, é descrito o artigo com os principais resultados, finalizado na discussão com suas implicações para políticas públicas.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, Aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido estão apresentados nos anexos.

## INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde de alta prevalência e devido às suas complicações, especialmente o Acidente Cerebrovascular (AVC) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), causa grande impacto na morbimortalidade da população. É sabido que apesar da facilidade teórica de ser reconhecida e controlada, na prática observa-se um mau reconhecimento e controle da doença.

Devido à característica da Atenção Primária à Saúde (APS) de responsabilizar-se por problemas comuns da comunidade, ela deve desempenhar um papel fundamental no processo de atenção à HAS, desde o seu reconhecimento, através de rastreamentos apropriados, até seu manejo específico.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) segue em processo de consolidação que, através da definição da Política de Atenção Básica, aponta a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo reorganizador da assistência. Contudo, seguem co-existindo outros modelos de APS.

A avaliação da efetividade desses modelos torna-se necessária, utilizando-se, para isso, um Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool) que seja capaz de medir a extensão dos atributos, e categorizar os serviços quanto a sua qualidade (Baixo ou Alto Escore de APS).

Em última análise, precisa-se saber o quanto os serviços de Alto Escore de APS estão associados a uma melhor qualidade do manejo da HAS, para, assim, orientar nas definições de Políticas Públicas que tragam um real impacto na saúde das comunidades, através da redução das complicações causadas pela HAS.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **1. Atenção Primária à Saúde (APS)**

#### 1.1 Histórico no mundo e no Brasil

A APS foi primeiramente conceituada, ainda de forma embrionária, em 1920 na Inglaterra, quando Lord Dawson, em seu relatório, definiu o Centro de Saúde como a instituição encarregada de oferecer atenção médica em nível primário, devendo ser uma instituição equipada com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista dos distritos. Os Centros de Saúde Primários deveriam modificar-se de acordo com o tamanho e complexidade das necessidades locais, assim como da situação da cidade(1). Foram também definidos os centros de saúde secundários e hospitais-escola, seus vínculos formais entre si e funções de cada um deles. Essa formulação foi a base para os conceitos de hierarquização e regionalização(2).

Na Conferência Mundial de Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em Alma-Ata, no ano de 1978, através de sua declaração final foi definido que:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do

desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde(3).

Em 1996 a OMS emitiu um documento de orientação aos países para instituírem na reforma dos seus sistemas de saúde o direcionamento à APS. Denominada Carta de Lubliana, ela propõe que os sistemas de atenção à saúde devam ser:

- Dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- Direcionados para a proteção e promoção da saúde;
- Centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- Focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- Baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e
- Direcionados para a atenção primária.

A Comunidade Européia, onde os Países têm como base uma longa tradição de luta em direção à equidade e solidariedade, adotou esses princípios em 1996(2;4).

A reforma do sistema de saúde no Brasil foi iniciada a partir da necessidade de mudança verificada no fim da década de 70 e que foi se acelerando no início da década de 80, embalada pelo aprofundamento da crise econômica e pela instalação definitiva do processo de redemocratização. Com influência clara do movimento da Reforma Sanitária, em 1986 deu-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, de onde foi

esboçado o Sistema Único de Saúde (SUS) que viria a ser aprovado em 1988, com a promulgação da nova Constituição Brasileira, e regulamentado pelas leis orgânicas da saúde (8.080 e 8.142) de 1990. A partir desses marcos legais, a saúde foi definida como um direito de todos e dever do Estado, caracterizada por seus princípios e diretrizes: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e hierarquização, além do controle social(5).

Apesar do termo “Atenção Primária à Saúde” ter sido consagrado internacionalmente na Conferência de Alma-Ata, no Brasil ocorreu uma confusão histórica de utilização do termo “Atenção Básica”. Este começou a ser utilizado em documentos oficiais do governo, mais precisamente a partir de 1996, quando foi apresentada a Norma Operacional Básica (NOB) 96, que orientava o processo de municipalização dos serviços de saúde, e, nos anos subsequentes, foi se repetindo em outros documentos e nas conferências de saúde(6;7). Embora exista uma corrente de autores que faz interpretações distintas para cada termo, na maioria das vezes imputando à Atenção Primária o cunho de política reducionista de saúde, pelo mau entendimento entre Primário – de primeiro nível de assistência, porta de entrada no sistema – e Primitivo, a grande maioria dos pesquisadores brasileiros e o próprio Ministério da Saúde têm utilizado em seus textos esses termos como sinônimos. Com objetivo de acompanhar a literatura internacional, o termo Atenção Primária vem sendo empregado ultimamente com mais frequência(2;8).

A estruturação da APS só viria a ser desenhada em 1994, quando foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorientar o modelo de atenção à saúde no país. Contudo, foram necessários 11 anos para se alcançar uma cobertura de 44% da população brasileira (78 milhões de pessoas), com mais de 24.000 equipes

de saúde da família e 12.000 de saúde bucal, atingindo cerca de 90% dos municípios(9).

Em fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde apresentou e aprovou junto à Comissão Intergestores Tripartite a Portaria de Diretrizes e Normas para Política Nacional da Atenção Básica (portaria nº 648), além de outras duas portarias complementares (portarias 649 e 650). Essas portarias objetivam a regulamentação da implantação e operacionalização da atenção primária, enfocando, principalmente, um novo pacto entre as esferas de governo na consolidação do SUS. Também incluem a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica, incentivo financeiro para ensino de graduação e pós-graduação em saúde da família, e a orientação de trabalhar a gestão pública através de resultados mensuráveis, como o Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Essas normativas vieram para estabelecer definitivamente a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma política de Estado reorientadora do modelo assistencial(9;10).

#### O município de Porto Alegre e sua rede de Atenção Primária

Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (RS), localizado na região sul do Brasil, possui uma população estimada em julho de 2006 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1.440.939 habitantes e uma área territorial de 497 Km<sup>2</sup>(11).

O município foi um dos pioneiros na construção da APS no país, quando, na década de 70, foi criado o Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM) e depois, na década de 80, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), ambos com suas unidades abrangendo áreas da zona norte da cidade. O CSEM é vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS), enquanto o SSC/HNSC

tem vínculo federal. Esses dois serviços vêm realizando ao longo destes anos um papel fundamental na assistência e na formação de recursos humanos (especialistas em APS, como médicos de família e comunidade), tendo sido fortes influenciadores no desenvolvimento de outros serviços de APS, em especial o Programa Saúde da Família(12).

A ESF teve início em Porto Alegre em 1996 com a implantação de 23 equipes. A distribuição das equipes dentro do município pretendeu reduzir as iniquidades de acesso aos serviços de saúde, sendo escolhidas preferencialmente áreas caracterizadas como “vazios de atenção”. Além das equipes da ESF, a cidade conta com Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, responsáveis pela atenção primária de parcela expressiva da população(13).

Ao final de 2005, segundo dados obtidos diretamente na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, o município apresentava composição mista em sua rede de atenção primária: 82 equipes da ESF, 44 UBS, sete centros de saúde municipais e dois centros de formação de recursos humanos para APS – o CSEM com sete equipes de APS e o SSC/GHC com mais 12 equipes(13).

## 1.2 APS: definição e atributos

Starfield(2;14) define APS como o nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas; fornece atenção sobre a pessoa, no decorrer do tempo; para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras; e coordena os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis do sistema. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária.

A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe.

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

É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Foram sistematizados por Starfield(2) os atributos essenciais (quatro) e derivados (três) da APS, respectivamente, da seguinte forma:

- Atenção de primeiro contato: implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. A medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual);
- Longitudinalidade: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletida em fortes laços interpessoais que resultassem na cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde;
- Integralidade: implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde. Deveria oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que

lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas, além de reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais.

- Coordenação: o serviço de APS deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe nos diferentes níveis do sistema de saúde;
- Orientação Familiar (centralização na família): é o reconhecimento e manejo dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças;
- Orientação Comunitária: é o conhecimento, por parte do provedor da atenção, das necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; envolve também o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços pelos profissionais e pela comunidade;
- Competência Cultural: envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido às características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais.

### 1.3 APS: cuidado de problemas comuns

A APS é reconhecidamente o nível do sistema responsável pelo manejo dos problemas comuns, especialmente através de dois de seus atributos essenciais, o cuidado de primeiro contato e a integralidade(2).

Em estudo clássico realizado por White(15) em 1961, observou-se que de 1000 pessoas (com mais de 15 anos), 750 apresentavam algum sintoma ao longo de um mês. Destes, 250 procuraram um centro de saúde, dos quais apenas nove tiveram de ser encaminhados a outros níveis do sistema. Esse estudo foi reaplicado em 2001, apresentando praticamente os mesmos resultados(16), reafirmando o papel da APS

em atender a maioria dos problemas, em especial os mais comuns, e de forma resolutiva.

Estudo de demanda do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em 1999, evidenciou um potencial de não-encaminhamento de 88% dos problemas que se apresentaram nas Unidades de Atenção Primária. Nesse mesmo estudo, a Hipertensão Arterial Sistêmica apareceu em primeiro lugar na ordem de frequência dos problemas apresentados, sendo responsável por 6% destes(17).

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

Segundo Cochrane(18), os sistemas de saúde que almejassem qualidade deveriam seguir seu caminho em busca da efetividade e eficiência, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis. O mesmo autor defendia como bandeira que “todos os tratamentos efetivos devem ser gratuitos”.

Donabedian(19) propôs um modelo de avaliação da qualidade em saúde que se divide em estrutura, processo e resultados. Campbell et al. (20) definem a qualidade do cuidado coletivo como “o poder acessar um cuidado efetivo em uma base eficiente e equitativa para otimização do benefício da saúde/bem-estar de toda população”. Esse autor sugere que a qualidade do cuidado seja avaliada em duas grandes dimensões, o acesso e a efetividade, e, dentro desta última, em dois componentes chaves: o cuidado clínico e a relação interpessoal. Esses elementos são estudados em termos da estrutura dos sistemas de saúde, do processo do cuidado e dos resultados desse cuidado.

Estudo ecológico evidenciou que Países que têm o sistema de saúde fortemente orientados à APS obtiveram melhores indicadores de saúde como: menor

número de crianças com baixo peso ao nascer; mortalidade infantil mais baixa, especialmente a pós-neonatal; menor número de anos de vida perdidos por suicídio; menor número de anos de vida perdidos, atribuídos a todas as causas com exceção das causas externas; e maior expectativa de vida em todas as idades, com exceção da maior ou igual a 80 anos(21).

Outro fato essencial observado por Starfield(22;23) em alguns estudos ecológicos é que um sistema de saúde orientado à APS tem conseguido diminuir as iniquidades em saúde.

Em atenção primária pode-se utilizar deste modelo (Donabedian; Campbell et al) para prover uma avaliação de qualidade dos serviços de saúde. Conforme a abrangência da avaliação, em relação à estrutura, processo e resultados, tem de se utilizar uma diversidade de fontes de informação, entre elas a opinião dos usuários(24;25). Instrumentos validados, como o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), que vão mais além da simples medição da satisfação, são mais promissores nesse sentido(26;27).

O PCATool-Adulto foi aplicado no Brasil em estudo realizado no município de Petrópolis, em uma versão apenas adaptada(28). Dessa maneira, um estudo de base populacional que está avaliando a qualidade e efetividade de diferentes tipos de serviços de APS na cidade de Porto Alegre está utilizando o PCATool-Adulto para sua correta validação(29).

O PCATool versão infantil brasileira foi validado por Harzheim e cols.(30), e utilizado para avaliação da APS (extensão de seus atributos) e a efetividade da atenção à saúde infantil no município de Porto Alegre, aplicado a cuidadores de crianças de 0-2 anos. Comparando os escores dos atributos de APS entre ESF e UBS,

a extensão da integralidade, orientação comunitária e orientação familiar foi maior para as crianças da ESF, assim como o escore geral de APS ( $p < 0,05$ ). Ter ESF como serviço de saúde preferencial aumentava em três vezes a chance de obter atenção primária de alta qualidade ( $OR=3,14$ ). A satisfação entre os cuidadores foi maior entre os usuários da ESF em relação ao tempo de espera pela consulta ( $p= 0,003$ ) e a cordialidade da recepção ( $p < 0,001$ ), além de as crianças possuírem cerca de três vezes mais probabilidade de ter seu peso anotado recentemente no gráfico de crescimento ( $OR=3,89$ )(31).

Em estudo ecológico longitudinal realizado no Brasil observou-se que um aumento de 10% na cobertura da ESF estava associado a uma redução de 4,5% na Taxa de Mortalidade Infantil, controlando para outros determinantes, como acesso a água potável e saneamento, número de leitos hospitalares por 1000 habitantes, número de médicos e enfermeiras por 10.000 habitantes, analfabetismo feminino, taxa de fertilidade e renda média(32).

Outros estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), com delineamento transversal, foram realizados no intuito de avaliar a APS no Brasil e, em especial, comparar a ESF com as UBS tradicionais. Um desses estudos analisou a ESF em 41 municípios de cinco estados da região Nordeste e dois da região Sul, e evidenciou que a oferta das ações de saúde, a sua utilização e o contato por ações programáticas foram mais adequados na ESF(33). Estudo realizado em São Paulo, utilizando o PCATool-Adulto, versão adaptada por Macinko e Almeida, mostra a comparação entre os modelos ESF e UBS nos diferentes estratos de exclusão social, sendo que na experiência dos usuários a

ESF mostrou-se superior à UBS. Contudo, na percepção dos gestores e profissionais de saúde não foram observadas diferenças significativas entre os modelos(34).

## **2. Hipertensão Arterial Sistêmica e seu impacto na saúde da população**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. É um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial ( $PA \geq 140/90$  mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular; doença arterial coronariana; insuficiência cardíaca; doença renal crônica e doença arterial periférica(35).

Estudos internacionais de base populacional também têm demonstrado uma alta prevalência de HAS(36;37), em geral acima de 30%, associada a um baixo reconhecimento dos indivíduos da sua doença, sendo que mais da metade desconhecem serem hipertensos. Outros estudos mostraram(38;39) um controle inadequado da pressão na maioria dos indivíduos hipertensos e, naqueles que são diabéticos, o controle pressórico é ainda pior. Em estudos que procederam análises multivariadas observou-se como fatores de risco para pior controle pressórico além

do diabetes(40), a idade(41), a obesidade, a presença de doença cardiovascular(42) e o sedentarismo(43)

Estudo transversal de base populacional realizado no estado do Rio Grande do Sul mostrou uma prevalência de HAS ( $PA \geq 140/90$ mmHg) de 33,7%, sendo que 49,2% desconheciam ser hipertensos; 10,4% tinham conhecimento de ser hipertensos, mas não seguiam tratamento; 30,1% seguiam o tratamento, mas não apresentavam controle adequado e 10,4% seguiam tratamento anti-hipertensivo com bom controle. Idade, obesidade e baixa escolaridade estavam significativamente associadas à presença de HAS e à falta de reconhecimento, após análise multivariada(44).

Em outro estudo de base populacional desenvolvido na cidade de Pelotas/RS, evidenciou-se uma prevalência de HAS ( $PA \geq 160/95$ mmHg) de 23,6%. Na análise multivariada observou-se associação estatisticamente significativa com renda familiar, idade, cor da pele, sexo, história familiar de HAS, consumo adicional de sal e índice de massa corporal(45).

Verifica-se que a hipertensão é um problema de fácil diagnóstico e que não requer tecnologia sofisticada, podendo ser tratada e controlada com medicamentos comuns ofertados adequadamente, a um baixo custo, com poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade em atenção primária(46). No entanto, observa-se como grande desafio uma má adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico(47), levando a um controle pressórico inadequado na maioria das vezes(48).

### **3. HAS e Condições sensíveis à APS**

Foi procedido um estudo para avaliar as Condições Sensíveis ao Cuidado Ambulatorial (CSCA), através das quais é possível medir a efetividade da qualidade da APS conforme a redução de hospitalização por essas causas. Chegou-se a uma lista de 61 problemas descritos no CID-9 (Código Internacional de Doenças, versão 9), que foram considerados como CSCA. Dentre elas se destaca a doença hipertensiva e suas complicações, pertencentes ao grupo das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT)(49).

Observa-se um conjunto de situações que apontam para a necessidade de fortalecer e redefinir o cuidado prestado em atenção primária. Sabe-se que 80% das consultas para condições comuns, como diabetes e hipertensão, são realizadas por médicos de atenção primária(50). Contudo, o manejo das doenças crônicas tem se mostrado inadequado, sendo que somente 27% dos pacientes hipertensos são tratados adequadamente(51) e 54% dos diabéticos têm os níveis de hemoglobina glicada sob controle(52). A redefinição da APS aponta para um novo ambiente de trabalho, com compartilhamento de atividades, reduzindo o estresse dos profissionais sobrecarregados, e que garanta uma melhoria no acesso e na qualidade da atenção prestada, sem, no entanto, trazer grande aumento nos custos. Estudos sustentam que uma estratégia efetiva para se atingir as necessidades dos doentes crônicos seja melhorar a APS(53).

Um estudo transversal demonstrou que organizações que adotam seis dos principais atributos de atenção primária, representando um sistema de saúde integral e comprometido com a saúde geral do paciente, parecem usar mais práticas de manejo de doenças crônicas, tais como: organização do sistema de atenção à saúde

dispensada, articulação comunitária, apoio aos pacientes para o auto-cuidado, apoio à decisão para os médicos, modelo de sistema de encaminhamento e sistema de informações clínicas. Esse modelo de cuidado de doença crônica prediz que a melhora nesses seis componentes inter-relacionados podem produzir uma reforma no sistema, onde pacientes informados e atuantes interajam com equipes pró-ativas e preparadas(54).

Duas revisões sistemáticas e um ensaio clínico randomizado mostraram que diversos modelos de intervenção de cuidados de doença crônica em nível de atenção primária, especialmente no manejo do diabetes, hipertensão, asma, insuficiência cardíaca e depressão, foram associados a uma melhoria nos indicadores de processo (melhor tomada de decisões baseadas em evidências, como prescrição medicamentosa, solicitação de exames e outras avaliações) ou de resultados intermediários (melhoria do controle pressórico, lipídico e glicêmico, diminuição de consultas com especialistas focais e idas à emergência), além da melhoria na satisfação dos pacientes, com tendência à redução dos custos em saúde(55-58).

Poucos estudos avaliaram especificamente a extensão dos atributos de APS com o controle da HAS. Um estudo que avaliou proximidade da unidade e controle pressórico não mostrou diferença significativa(59). Dois estudos(60;61) observacionais evidenciaram que ter um médico provedor de cuidados continuados aumenta a chance de se ter um melhor reconhecimento da hipertensão, assim como de iniciar tratamento anti-hipertensivo ao diagnóstico. Um estudo experimental(62) que comparou uma intervenção de cuidado orientado à comunidade, realizada por enfermeiras e agentes comunitários de saúde, *versus* cuidado ambulatorial

intensificado, demonstrou uma probabilidade de obter controle pressórico duas vezes maior no grupo intervenção.

Segue abaixo um quadro-resumo dos estudos observacionais e experimentais relacionados com a prevalência, o reconhecimento, o manejo e o controle da HAS em APS.

Quadro 1. Resumo das evidências sobre o Processo de Atenção à Hipertensão em Atenção Primária.

<b>Autores / ano de publicação</b>	<b>Delineamento do estudo</b>	<b>População</b>	<b>Objetivos (Intervenção)</b>	<b>Resultados (Desfecho)</b>
RJ Petrella, EP Merikle, J Jones; 2007(63)	Coorte; Canadá	150.000 pacientes acompanhados em 35 clínicas de medicina de família no sul de Ontário.	Estimar a prevalência, tratamento e controle da HAS na população atendida por APS.	Prevalência de HAS 17,3%, a maioria dos pacientes tinha sua HAS não tratada (68,6%), apenas 15,8% tinham sua PA tratada e controlada. Maiores taxas de tratamento foram observadas entre pacientes adultos, com DM2, com IAM prévio. As taxas de controle de PA eram significativamente melhores quando era utilizada terapia combinada em relação à monoterapia.
A Abaci, A Oguz , A Kozan, N Toprak, H Senocak, N Deger, M Sahin, H Sur, F Fici and C Erol; 2006(64)	Transversal; Turquia	16.270 pacientes maiores de 18 anos com diagnóstico de HAS numa amostra de 1.000 unidades de APS na Turquia. Idade média: 60 ( $\pm$ 11) anos.	Determinar a taxa de controle da PA e as características (demográficas, co-morbidades, tratamento farmacológico e não farmacológico) dos pacientes em tratamento para HAS em unidades regionais de APS na Turquia.	93,3% dos pacientes estavam em tratamento anti-hipertensivo. Mulheres, diabéticos, tabagistas, obesos, com DCV concomitante tinham maior taxa de tratamento anti-hipertensivo. Em 24,2% dos pacientes que recebiam tratamento anti-hipertensivo tinham tanto PAS e PAD não controladas. Idade, DM, IMC e presença de DCV eram preditores de mal controle de TA.
A Coca, A Dalfó, E	Transversal; Espanha	2.649 pacientes, > de 18 anos,	Estimar o controle e o tratamento dos	A frequência encontrada de tratamento

Esmatjes, JL Llisterri, J Ordóñez, R Gomis, JR González- Juanatey, A Martin-Zurro; 2005(65)		com diagnósticos estabelecidos de HAS, DM 2, hipercolesterolemia (HC) ou combinações entre eles, atendidos em serviços de APS em diversos municípios na Espanha.	principais fatores de RCV na população assistida em APS.	farmacológico foi maior entre os pacientes com HAS seguidos pelos com DM2 e HC, e os fármacos mais utilizados foram respectivamente: diuréticos, sulfoniluréias e estatinas. O tratamento de HC foi mais freqüente na presença concomitante de DM2. Idade, DCV, DM2, obesidade e sedentarismo foram preditivos do controle da TA, assim como o tratamento com fármacos, a idade, a DCV, a HAS, e o sedentarismo do controle da HC. O controle com fármacos foi o único fator preditivo da glicemia basal.
TR Konrad, DL Howard, LIJ Edwards, A Ivanova, TS Carey; 2005(66)	Coorte; EUA	Idosos maiores de 60 anos, negros ou brancos.	Avaliar os efeitos da concordância racial entre médico e paciente e continuidade da atenção sobre o manejo da HAS.	Continuidade da atenção foi associada com reconhecimento de HAS, receita de medicação e menor incidência de HAS não detectada. A raça do médico teve pouco efeito sobre o controle da HAS.
M Inkster, A MMontgomery, P Donnan, T MacDonald, F Sullivan, T Fahey; 2005(67)	Coorte prospectiva; Escócia	560 pacientes, com idade entre 40 e 79 anos que recebiam tratamento para HAS.	Investigar os aspectos do manejo da HAS em relação às variáveis sociodemográficas, tratamento com drogas anti-hipertensivas e fatores organizacionais em APS.	49% foram classificados como não tendo controle adequado de PA ao final do período do estudo. Nesses pacientes com controle inadequado, 30% não tiveram seu tratamento farmacológico para HAS modificado. O número médio de visitas clínicas foi de 11 ( $\pm$ 8), e a média de continuidade na APS foi alta, no entanto não estava associada a um melhor controle de TA.
MK Duggirala, RM Cuddihy, MT Cuddihy, JM Naessens, SS Cha, JN Mandrekar, CL Leibson; 2005(68)	Coorte, retrospectivo; EUA	1.090 pacientes > 18 anos, com diagnóstico de DM e HAS por até 3 anos antes do início do estudo e que receberam atendimento de APS entre 2000 e 2001.	Identificar fatores preditores do controle de PA em pacientes atendidos em clínicas de APS.	Preditores de pobre controle da PA foram: hipertensão sistólica isolada em seu início, PA não controlada no início, uso de hipoglicemiantes orais quando comparado com dieta e exercício ou uso de insulina, uso de 3 ou mais drogas anti-hipertensiva, idosos. Preditores de melhor controle: uso de nitratos,

				história de doença coronariana e, ao menos uma visita anual a um médico subespecialista.
HU Wittchen, H Glaesmer, W Marz, G Stalla, H Lehnert, AM Zeiher, S Silber, U Koch, S Bohler, D Pittrow, G Ruf; 2005(69)	Transversal, prospectivo; Alemanha	89.742 pacientes atendidos em 3.188 serviços de APS na Alemanha que participaram do estudo <i>Detect</i> .	Avaliar as taxas de prevalência e co-morbidades; avaliar a frequência de fatores de risco clínicos e comportamentais.	A maior prevalência foi encontrada para HAS, seguida por hiperlipidemia, DM e DCV. A prevalência dessas doenças assim como sua co-existência foi crescente com a idade. A grande maioria dos pacientes revelou múltiplos fatores de risco comportamentais ou clínicos.
LA Álvarez-Sala, C Soares, T Mantilla, J Franch, LM Ruilope, JR Banegas, V Barrios; 2004(70)	Transversal, descritivo; Espanha	2.649 pacientes, > 18 anos, com diagnóstico estabelecido de HAS, DM, hipercolesterolemia (HC) ou combinações entre eles, atendidos em serviços de APS em diversos municípios na Espanha.	Estimar os principais Fatores de RCV na população assistida em APS que apresentam HAS, DM ou HC, e conhecer a prevalência de Síndrome Metabólica.	O diagnóstico mais frequente entre a população estudada foi de HAS, seguido de HC e DM2. Em toda a amostra a porcentagem de pacientes que tinham sua PA, o colesterol ou a glicemia basal bem controlada foi de 40%, 42,6% e 62,7%, respectivamente. 15,6% dos casos tinham o IMC < ou = 25 kg/m <sup>2</sup> , 87,5% não fumavam, 46,2% praticavam exercícios físicos regularmente. 40% dos pacientes apresentavam 2 ou menos FR bem controlados. A prevalência de síndrome metabólica foi de 50,6%.
DM Becker, LR Yanek, WR Johnson, D Garrett, TF Moy, S S Reynolds, RS Blumenthal, DVaidya, LC Becker; 2005(71)	ECR; EUA	Negros com idade entre 30 e 59 anos com internação por evento CV.	Comparar estratégias criadas para eliminação de barreiras no cuidado na redução de RCV (Intervenção comunitária com enfermeira e agente de saúde vs cuidado em APS intensificado).	O grupo de intervenção comunitária teve duas vezes mais chance de controlar o colesterol e a PA que o grupo de APS intensificado, além ter tido uma redução global do RCV.
AG Mainous, VA Diaz, RJ Koopman, CJ Everett; 2005(72)	Transversal; EUA	Adultos ( $\geq 18$ anos) obesos (IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> ).	Examinar a relação entre ter um médico regular, resultados de testes para rastreamento de RCV, e tentativa	Obesos com acompanhamento de médico regular tiveram significativamente maior propensão a tentar reduzir de peso mesmo com rastreamentos normais

			de perda de peso entre adultos obesos.	para HAS ou HC quando comparados aos que não tinham médico regular.
LA Szirmai, C Arnold, C Farsang; 2004(73)	Coorte, prospectivo; Hungria	5.468 pacientes de centros de atenção primária e secundária com distribuição geográfica equivalente, 72% sabidamente hipertensos, 26% recém diagnosticados.	Aplicar medidas baseadas em recomendações atuais em uma abordagem integrada do programa "MIW" no controle de HAS em centros de atenção primária e secundária na Hungria.	Ao fim do estudo havia significativamente mais pacientes em tratamento com sua HAS controlada. Não foram encontradas diferenças quanto ao uso de trandolapril ou verapamil. No início do estudo a PA medida no consultório era maior que a medida em casa, ao final do estudo essa diferença desapareceu.
TG Majernick, C Zackaer, NA Madden, DA Belletti, S Arcona; 2004(74)	Transversal; EUA	631 pacientes adultos de centros de APS.	Descrever o controle de HAS e seus fatores preditores.	Associação negativa com as taxas de controle de HAS: ter risco alto ou moderado no escore de Framingham, ser mulher, DM ou glicose de jejum >109 mas <126 mg/dL. Associação positiva com o controle: conhecimento de HAS e número de comorbidades .
PJ Veugelers, AM Yip, F Burge; 2004(75)	Transversal; Canadá	Adultos ≥ 18 anos, hipertensos, não institucionalizados que participaram do inquérito de saúde do coração de Nova Scotia em 1995, de quatro distritos de saúde.	Determinar a extensão da variação geográfica e a prestação de serviços de saúde e seus efeitos nos residentes da comunidade em relação a subdiagnóstico e subtratamento em pacientes com hipertensão.	A prestação de serviços em APS em Nova Scotia variou de acordo com o médico, de 3,3 a 5,5 visitas por residentes por ano. Não houve diferença significativa no diagnóstico e tratamento de HAS em diferentes localizações dos serviços prestados.
A Bener, J Al-Suwaidi, K Al-Jaber, S Al-Marri, M H Dagash, I-E A Elbagi; 2004(76)	Transversal; Qatar	Adultos entre 25 e 65 anos nascidos em Qatar, acompanhados em clínicas de APS.	Determinar a prevalência de HAS e de fatores de risco para DCV e sua associação com as características sociodemográficas, comportamentais, e de estilo de vida.	Prevalência de HAS: 32,1% na população total. Foi encontrada maior prevalência de obesidade e sedentarismo entre as mulheres do que em homens. Estavam associados com HAS: DM, problemas hormonais, consumo de gorduras animais, risco de doença cardíaca, IMC.
TP Meehan, JP Tate, ES Holmboe, EA Teeples, A	Estudos comparativo (antes e depois); EUA	Idosos, com 65 anos ou mais, hipertensos crônicos	Comparar o manejo da HAS antes e depois de melhorias nos	O controle de PA e uso de drogas recomendadas era baixo e não melhorou significativamente entre

Elwell, RR Meehan, MK Petrillo, SJ Huot; 2004(77)		atendidos em serviços Medicare.	serviços Medicare após intervenção multi-facetada.	os dois períodos.
WM Tierney, M Brunt, J Kesterson, XH Zhou, G L'Italien, P Lapuerta; 2004(78)	Coorte, retrospectiva; EUA	Pacientes $\geq$ 18 anos, atendidos em centros de APS de Indianápolis, com diagnóstico de HAS.	Investigar o quanto uma medida ambulatorial isolada dos sinais vitais predizem o risco em 5 anos de infarto do miocárdio, AVC, doença cardíaca isquêmica, parada cardíaca, insuficiência renal e morte.	Idade média de 57 anos. Dos pacientes tratados por HAS por 5,6 anos, 7% desenvolveram IAM, 17% AVC, 24% doença cardíaca isquêmica, 12% insuficiência renal e 13% morreram em 5 anos.
AM Sharma, HU Wittchen, W kirch, D Pittrow, E Ritz, B Goke, H Lehnert, D Tschope, P Krause, M Hofler, H Pfister, P Bramlage, T Unger; 2001(79)	Transversal; Alemanha	45.125 pacientes atendidos em centros de Atenção Primária, com idade entre 16 e 102 anos (idade média de 52,4 anos).	Descrever a prevalência de HAS na APS e a proporção de pacientes hipertensos tratados, controlados e não-controlados.	39% de todos os pacientes e 67% dos com idade $\geq$ a 60 anos tiveram seu diagnóstico de HAS feito por um médico. 84% do total de pacientes faziam uso de medicação anti-hipertensiva e 57% destes foram classificados como bem controlados.
JLL Caro, GCR Roca, FRA Moreno, SL Arnal, JAD Garrote, JAS Rodriguez, AR Bejar, RC Sansó. LMR Urioste, JRB Banegas; 2003(80)	Transversal, multicêntrico; Espanha	12.750 pacientes (57,2% mulheres), $>$ 18 anos, com diagnóstico de HAS há pelo menos 3 meses do início do estudo, atendidos em serviços de APS em diversos municípios na Espanha, com idade média 63,3 ( $\pm$ 10,8) anos.	Conhecer o grau de controle de PA em uma ampla população hipertensa tratada farmacologicamente e atendida em APS, além de determinar os fatores associados ao mal controle da HAS.	36,1% da amostra apresentou bom controle da PAS e PAD. A porcentagem de pacientes com PA controlada foi significativamente maior nos pacientes com consultas no período das tardes que no das manhãs, assim como os pacientes que haviam tomado a medicação anti-hipertensiva no dia da visita em relação aos que não haviam tomado. Consumo elevado de álcool, sedentarismo, obesidade, idade avançada foram os fatores que mais se associaram ao mal controle da HAS.
G Ogedegbe, M Harrison, L Robbins, CA. Mancuso, JP Allegrante; 2004(81)	Transversal qualitativo; EUA	1.006 pacientes afro-americanos com HAS acompanhados em 2 centros urbanos de	Explorar as perspectivas de pacientes afro-americanos, considerando os fatores que eles	A maioria dos pacientes eram mulheres, idade média de 56 anos, 60% com HAS não controlada. Fatores considerados barreiras: paciente-

		prática de APS.	percebem como barreiras ou facilidades de aderência para prescrever medicações anti-hipertensivas.	específico, medicação-específico, logística, e doença-específico. Facilitadores: uso de lembretes, ter uma rotina, conhecimento sobre HAS, seu tratamento e suas complicações, ter suporte social e boa comunicação médico-paciente.
JN Basile, DT Lackland, JM Basile, JE Riehle, BM Egan; 2004(82)	Transversal; EUA	Pacientes hipertensos de alto risco, diabético ou DCV clínica.	Avaliar o controle de fatores de RCV em pacientes hipertensos de alto risco em APS.	PA controlada em apenas 20,4% dos diabéticos e em 49,6% dos não diabéticos. O nível de LDL foi <100 mg/dL em apenas 34% dos diabéticos e 33% dos não diabéticos. 46,6% dos diabéticos tinham valores de Hb glicada < 7%. Brancos tiveram melhor controle de DM, HAS e Dislipidemia que afro-americanos. IECA, ARA ou ambas as drogas foram prescritas para 89,9% dos diabéticos e para 70.8% dos não diabéticos.
RJ Koopman, AG Mainous, R Baker, JM Gill, GE Gilbert; 2003(83)	Transversal, EUA	18.162 adultos não institucionalizados residentes nos EUA que haviam participado do estudo INHANES II.	Avaliar a relação entre continuidade da atenção e identificação de 3 doenças crônicas prevalentes: DM, HAS e HC.	Entre as pessoas com DM, aquelas com um provedor usual de APS tiveram menor propensão de não ter sua doença identificada do que aquelas sem um provedor usual. HAS não identificada teve uma relação oposta com o nível de continuidade do cuidado, mas a continuidade do cuidado não foi um preditor significativo após análise multivariada. A extensão de continuidade do cuidado não é fator preditor de HC não identificada.
C Cuspidi, I Michev, L Lonati, A Vaccarella, M Cristofariw, G Garavelli, G Palumbo, S Meani, G Leonetti, F Magrini, A	Transversal; Itália	228 pacientes (117 homens e 111 mulheres) com idade média de 51 ( $\pm$ 12) anos com diagnóstico recente de HAS (2 anos), em primeira	Investigar a abordagem diagnóstica de pacientes hipertensos recentemente diagnosticados por médicos de atenção primária na Itália e avaliar	Apenas 10% tiveram completa avaliação clínica e ambulatorial de acordo o mínimo seguimento sugerido pelas diretrizes (Exame físico completo: 60%; ECG: 54%; colesterol: 53%; glicose: 49%; creatinina: 49%; E.Q.U:

Zanchetti; 2002(84)		consulta em um dos seis centros hospitalares-ambulatoriais de hipertensão.	se os mesmos manejam estes pacientes de acordo com as recomendações da diretriz WHO/ISH de 1999.	46%; potássio: 42%; Fundo de olho: 19%. Investigações adicionais como: monitorização da PA, ecocardiografia, ecografia de carótida e rins, e microalbuminúria: 21,18,9,5 e 3% respectivamente.
KA Kalantan, AG Mohamed, AA Al-Taweel, HMA Ghani; 2004(85)	Transversal, Arábia Saudita	1.114 pacientes de 30 centros de APS.	Determinar a prevalência de HAS entre pacientes atendidos em centros de APS na região de Al-Qassim.	30% tinham HAS. A prevalência aumenta com a idade, maior entre os homens, pessoas solteiras, analfabetos, comerciantes e pessoas obesas. Mais de 40 anos, analfabetismo, sobrepeso e obesidade tiveram associação independente significativa. 23% reconheciam-se hipertensos.

#### **4. Modelo de organização da APS para o cuidado de doenças crônicas:**

##### **diretrizes brasileiras**

Segundo normativa em vigor no país, a ESF, compreendida como a política de reestruturação da atenção primária e, por conseguinte, do sistema de saúde, dentre suas atribuições deve realizar o cuidado integral em saúde da população adscrita, incluindo neste a realização de ações programáticas e de vigilância em saúde dos principais agravos. Entende-se a HAS como foco de trabalho devido a sua alta prevalência na população brasileira e ao grau de incapacidade que provoca(10).

Nesse sentido o Ministério da Saúde, através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes, vem subsidiando tecnicamente os profissionais da rede de atenção primária, instituindo manuais e protocolos embasados em evidências científicas, com o objetivo de fomentar a prevenção dessas doenças, suas complicações e a promoção da saúde, buscando, assim, uma melhor qualidade de vida(35;86). Contudo, o programa criado em 2001 para cadastramento e

acompanhamento dos portadores de hipertensão e diabetes, o Hiperdia(87), não tem sido utilizado na sua plenitude pelos municípios, como é o caso de Porto Alegre(88). Associado a uma Política de Assistência Farmacêutica instável, observa-se nitidamente uma falta de prioridade em nível local no cuidado aos pacientes hipertensos.

## **5. Conclusão**

Apesar das evidências de grandes estudos ecológicos de que sistemas orientados à APS têm melhores indicadores de saúde, ainda existem poucas evidências de estudos em nível individual que relacionem a efetividade dos atributos da APS com a melhor qualidade do processo de atenção ao adulto, em especial no manejo da HAS. Assim, o presente estudo se propõe a analisar estas questões de forma a auxiliar no direcionamento das políticas públicas para o SUS.

## REFERÊNCIAS

- (1) Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, et al., editors. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2006. p. 783-836.
- (2) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- (3) Organização Pan Americana de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 setembro de 1978 2007 [cited 2007 Jun 17]; Available from: URL: [www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf)
- (4) The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. BMJ 1996 Jun 29;312(7047):1664-5.
- (5) Pustai OJ. O Sistema de Saúde no Brasil. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editors. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 69-75.
- (6) Gil CR. [Primary health care, basic health care, and family health program: synergies and singularities in the Brazilian context]. Cad Saude Publica 2006 Jun;22(6):1171-81.
- (7) Gusso GFD. Terminologia da Atenção Primária à Saúde. Faculdade de Medicina da USP 2007 [cited 2007 Dec 5]; Available from: URL: <http://www.fm.usp.br/cedem/did/atencao/terminologia.pdf>
- (8) Gil CR. [Primary health care, basic health care, and family health program: synergies and singularities in the Brazilian context]. Cad Saude Publica 2006 Jun;22(6):1171-81.
- (9) Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD, Harzheim E. A Estratégia Saúde da Família. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editors. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 88-100.
- (10) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- (11) IBGE Cidades@. Brasil Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2007 [cited 2007 Jun 17]; Available from: URL: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- (12) Goulart FAA, Ribeiro JM. Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso? Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 2002.

- (13) Cunha CRH, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da atenção à saúde infantil na região sul do município de Porto Alegre: o instrumento de avaliação da atenção primária aplicado aos profissionais de saúde. PPG Epidemiologia. FAMED. UFRGS.; 2006.
- (14) Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health* 2001 Jul;55(7):452-4.
- (15) WHITE KL, WILLIAMS TF, GREENBERG BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961 Nov 2;265:885-92.
- (16) Green LA, Fryer GE, Jr., Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001 Jun 28;344(26):2021-5.
- (17) Takeda S. A organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editors. *Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 76-87.
- (18) Greenhalgh T. Book. Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services. Cochrane, A. *BMJ* 2004 Feb 28;328(7438):529.
- (19) Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988 Sep 23;260(12):1743-8.
- (20) Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000 Dec;51(11):1611-25.
- (21) Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv* 1994;24(3):431-58.
- (22) Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. *Int J Health Serv* 2000;30(3):541-55.
- (23) Starfield B. Is equity a scientific issue? *West J Med* 2000 Jul;173(1):7.
- (24) Starfield B. A framework for primary care research. *J Fam Pract* 1996 Feb;42(2):181-5.
- (25) Villalbi JR, Pasarin M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. [Evaluation of primary health care]. *Aten Primaria* 2003 Apr 15;31(6):382-5.
- (26) Villalbi JR, Pasarin M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. [Evaluation of primary health care]. *Aten Primaria* 2003 Apr 15;31(6):382-5.
- (27) Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001;50(E1).

- (28) Macinko J, Almeida C, dos SE, de Sa PK. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* 2004 Oct;19(4):303-17.
- (29) Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res* 2006;6:156.
- (30) Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. [Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services]. *Cad Saude Publica* 2006 Aug;22(8):1649-59.
- (31) Harzheim E, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil Universidad de Alicante. Departamento de Salud Pública; 2004.
- (32) Macinko J, Guanais FC, de FM, de SM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006 Jan;60(1):13-9.
- (33) Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(3).
- (34) Elias PE, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(3).
- (35) Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. 2006. Brasília, Ministério da Saúde.  
Ref Type: Generic
- (36) Wittchen HU, Glaesmer H, Marz W, Stalla G, Lehnert H, Zeiher AM, et al. Cardiovascular risk factors in primary care: methods and baseline prevalence rates--the DETECT program. *Curr Med Res Opin* 2005 Apr;21(4):619-30.
- (37) Kalantan KA, Mohamed AG, Al-Taweel AA, bdul Ghani HM. Hypertension among attendants of primary health care centers in Al-Qassim region, Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2001 Nov;22(11):960-3.
- (38) Alvarez-Sala LA, Suarez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Banegas JR, et al. [PREVENCAT study: control of cardiovascular risk in primary care]. *Med Clin (Barc)* 2005 Mar 26;124(11):406-10.
- (39) Basile JN, Lackland DT, Basile JM, Riehle JE, Egan BM. A statewide primary care approach to cardiovascular risk factor control in high-risk

diabetic and nondiabetic patients with hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2004 Jan;6(1):18-25.

- (40) Majernick TG, Zacker C, Madden NA, Belletti DA, Arcona S. Correlates of hypertension control in a primary care setting. *Am J Hypertens* 2004 Oct;17(10):915-20.
- (41) Al-Rukban MO, Al-Sughair AM, Al-Bader BO, Al-Tolaihi BA. Management of hypertensive patients in primary health care setting, auditing the practice. *Saudi Med J* 2007 Jan;28(1):85-90.
- (42) Abaci A, Oguz A, Kozan O, Toprak N, Senocak H, Deger N, et al. Treatment and control of hypertension in Turkish population: a survey on high blood pressure in primary care (the TURKSAHA study). *J Hum Hypertens* 2006 May;20(5):355-61.
- (43) Coca A, Dalfo A, Esmatjes E, Llisterri JL, Ordonez J, Gomis R, et al. [Treatment and control of cardiovascular risk in primary care in Spain. The PREVENCAT study]. *Med Clin (Barc)* 2006 Feb 18;126(6):201-5.
- (44) Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2004 Nov;83(5):429-33.
- (45) Costa JS, Barcellos FC, Scowitz ML, Scowitz IK, Castanheira M, Olinto MT, et al. Hypertension prevalence and its associated risk factors in adults: a population-based study in Pelotas. *Arq Bras Cardiol* 2007 Jan;88(1):59-65.
- (46) Nader EK, Ferreira SRS, Glasenapp R, Bianchini IM, Estivallet N. Hipertensão Arterial Sistêmica para Atenção Primária - Revisão de protocolo. *Mom & Perspec Saúde* 2004;17(2).
- (47) Morris AB, Li J, Kroenke K, Bruner-England TE, Young JM, Murray MD. Factors associated with drug adherence and blood pressure control in patients with hypertension. *Pharmacotherapy* 2006 Apr;26(4):483-92.
- (48) Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003 May 21;289(19):2560-72.
- (49) Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004 Sep;14(3):246-51.
- (50) Green LA, Fryer GE, Jr., Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001 Jun 28;344(26):2021-5.
- (51) Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention,

Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003 May 21;289(19):2560-72.

- (52) Clark CM, Fradkin JE, Hiss RG, Lorenz RA, Vinicor F, Warren-Boulton E. Promoting early diagnosis and treatment of type 2 diabetes: the National Diabetes Education Program. *JAMA* 2000 Jul 19;284(3):363-5.
- (53) Grumbach K, Bodenheimer T. A primary care home for Americans: putting the house in order. *JAMA* 2002 Aug 21;288(7):889-93.
- (54) Schmittiel JA, Shortell SM, Rundall TG, Bodenheimer T, Selby JV. Effect of primary health care orientation on chronic care management. *Ann Fam Med* 2006 Mar;4(2):117-23.
- (55) Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002 Oct 16;288(15):1909-14.
- (56) Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MW, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med* 2004 Nov;2(6):595-608.
- (57) Olivarius NF, Beck-Nielsen H, Andreasen AH, Horder M, Pedersen PA. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. *BMJ* 2001 Oct 27;323(7319):970-5.
- (58) Wagner EH, Grothaus LC, Sandhu N, Galvin MS, McGregor M, Artz K, et al. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. *Diabetes Care* 2001 Apr;24(4):695-700.
- (59) Baumgardner DJ, Halsmer SE, Steber DL, Shah DS, Mundt MP. Does proximity to clinic affect immunization rates and blood pressure? *Int J Psychiatry Med* 2006;36(2):199-209.
- (60) Konrad TR, Howard DL, Edwards LJ, Ivanova A, Carey TS. Physician-patient racial concordance, continuity of care, and patterns of care for hypertension. *Am J Public Health* 2005 Dec;95(12):2186-90.
- (61) Mainous AG, Diaz VA, Koopman RJ, Everett CJ. Having a regular physician and attempted weight loss after screening for hypertension or hypercholesterolemia. *Int J Obes (Lond)* 2005 Feb;29(2):223-7.
- (62) Becker DM, Yanek LR, Johnson WR, Jr., Garrett D, Moy TF, Reynolds SS, et al. Impact of a community-based multiple risk factor intervention on cardiovascular risk in black families with a history of premature coronary disease. *Circulation* 2005 Mar 15;111(10):1298-304.

- (63) Petrella RJ, Merikle EP, Jones J. Prevalence, treatment, and control of hypertension in primary care: gaps, trends, and opportunities. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2007 Jan;9(1):28-35.
- (64) Abaci A, Oguz A, Kozan O, Toprak N, Senocak H, Deger N, et al. Treatment and control of hypertension in Turkish population: a survey on high blood pressure in primary care (the TURKSAHA study). *J Hum Hypertens* 2006 May;20(5):355-61.
- (65) Coca A, Dalfo A, Esmatjes E, Llisterri JL, Ordonez J, Gomis R, et al. [Treatment and control of cardiovascular risk in primary care in Spain. The PREVENCAT study]. *Med Clin (Barc)* 2006 Feb 18;126(6):201-5.
- (66) Konrad TR, Howard DL, Edwards LJ, Ivanova A, Carey TS. Physician-patient racial concordance, continuity of care, and patterns of care for hypertension. *Am J Public Health* 2005 Dec;95(12):2186-90.
- (67) Inkster M, Montgomery A, Donnan P, MacDonald T, Sullivan F, Fahey T. Organisational factors in relation to control of blood pressure: an observational study. *Br J Gen Pract* 2005 Dec;55(521):931-7.
- (68) Duggirala MK, Cuddihy RM, Cuddihy MT, Naessens JM, Cha SS, Mandrekar JN, et al. Predictors of blood pressure control in patients with diabetes and hypertension seen in primary care clinics. *Am J Hypertens* 2005 Jun;18(6):833-8.
- (69) Wittchen HU, Glaesmer H, Marz W, Stalla G, Lehnert H, Zeiher AM, et al. Cardiovascular risk factors in primary care: methods and baseline prevalence rates--the DETECT program. *Curr Med Res Opin* 2005 Apr;21(4):619-30.
- (70) Alvarez-Sala LA, Suarez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Banegas JR, et al. [PREVENCAT study: control of cardiovascular risk in primary care]. *Med Clin (Barc)* 2005 Mar 26;124(11):406-10.
- (71) Becker DM, Yanek LR, Johnson WR, Jr., Garrett D, Moy TF, Reynolds SS, et al. Impact of a community-based multiple risk factor intervention on cardiovascular risk in black families with a history of premature coronary disease. *Circulation* 2005 Mar 15;111(10):1298-304.
- (72) Mainous AG, Diaz VA, Koopman RJ, Everett CJ. Having a regular physician and attempted weight loss after screening for hypertension or hypercholesterolemia. *Int J Obes (Lond)* 2005 Feb;29(2):223-7.
- (73) Szirmai LA, Arnold C, Farsang C. Improving control of hypertension by an integrated approach -- results of the 'Manage it well!' programme. *J Hypertens* 2005 Jan;23(1):203-11.
- (74) Majernick TG, Zacker C, Madden NA, Belletti DA, Arcona S. Correlates of hypertension control in a primary care setting. *Am J Hypertens* 2004 Oct;17(10):915-20.

- (75) Veugelers PJ, Yip AM, Burge F. Inequalities in health and health services delivery: a multilevel study of primary care and hypertension control. *Chronic Dis Can* 2004;25(3-4):101-7.
- (76) Bener A, Al-Suwaidi J, Al-Jaber K, Al-Marri S, Dagash MH, Elbagi IE. The prevalence of hypertension and its associated risk factors in a newly developed country. *Saudi Med J* 2004 Jul;25(7):918-22.
- (77) Meehan TP, Tate JP, Holmboe ES, Teeple EA, Elwell A, Meehan RR, et al. A collaborative initiative to improve the care of elderly Medicare patients with hypertension. *Am J Med Qual* 2004 May;19(3):103-11.
- (78) Tierney WM, Brunt M, Kesterson J, Zhou XH, L'Italien G, Lapuerta P. Quantifying risk of adverse clinical events with one set of vital signs among primary care patients with hypertension. *Ann Fam Med* 2004 May;2(3):209-17.
- (79) Sharma AM, Wittchen HU, Kirch W, Pittrow D, Ritz E, Goke B, et al. High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study. *J Hypertens* 2004 Mar;22(3):479-86.
- (80) Llisterri Caro JL, Rodriguez Roca GC,onso Moreno FJ, Lou AS, vison Garrote JA, Santos Rodriguez JA, et al. [Blood pressure control in Spanish hypertensive patients in Primary Health Care Centres. PRESCAP 2002 Study]. *Med Clin (Barc )* 2004 Feb 14;122(5):165-71.
- (81) Ogedegbe G, Harrison M, Robbins L, Mancuso CA, Allegrante JP. Barriers and facilitators of medication adherence in hypertensive African Americans: a qualitative study. *Ethn Dis* 2004;14(1):3-12.
- (82) Basile JN, Lackland DT, Basile JM, Riehle JE, Egan BM. A statewide primary care approach to cardiovascular risk factor control in high-risk diabetic and nondiabetic patients with hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich )* 2004 Jan;6(1):18-25.
- (83) Koopman RJ, Mainous AG, III, Baker R, Gill JM, Gilbert GE. Continuity of care and recognition of diabetes, hypertension, and hypercholesterolemia. *Arch Intern Med* 2003 Jun 9;163(11):1357-61.
- (84) Cuspidi C, Michev I, Lonati L, Vaccarella A, Cristofari M, Garavelli G, et al. Compliance to hypertension guidelines in clinical practice: a multicentre pilot study in Italy. *J Hum Hypertens* 2002 Oct;16(10):699-703.
- (85) Kalantan KA, Mohamed AG, Al-Taweel AA, bdul Ghani HM. Hypertension among attendants of primary health care centers in Al-Qassim region, Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2001 Nov;22(11):960-3.
- (86) Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes *mellitus*: Manual de Hipertensão arterial e Diabetes *mellitus*. Brasília: 2001.

- (87) Brasil.Ministério da Saúde. HIPERDIA - Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Rev Saúde Pública 2001;35(6):585-8.
- (88) Brasil.Ministério da Saúde. HIPERDIA - Sistema de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Datasus 2007 [cited 2007 Nov 5];Available from: URL: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Medir a associação entre a qualidade da APS, através da extensão de seus atributos, o reconhecimento da HAS e seus desfechos intermediários relacionados com o manejo.

### **Objetivos Específicos**

a) Investigar a associação entre qualidade da APS (escores do PCATool) e o reconhecimento da HAS;

b) Investigar a associação entre qualidade da APS (escores do PCATool) e o controle da HAS, utilizando como parâmetros os seguintes níveis pressóricos: PAS<140mmHg e PAD< 90mmHg, e em hipertensos com diabetes, PAS<130mmHg e PAD<80mmHg;

c) Investigar a associação entre qualidade da APS (escores do PCATool) e o manejo dos sujeitos com HAS, através dos seguintes indicadores de qualidade do cuidado:

- Orientações preventivas em geral e de mudanças de estilo de vida:
  - Alimentação saudável;
  - Prática de atividade física;
  - Parar de fumar;
  - Diminuir ou parar a ingestão de bebida alcoólica;
  - Higiene Bucal;

- Vacina contra Influenza.
- Frequência de consultas;
- Uso de medicamento de primeira escolha (Diurético Tiazídico), entre os Hipertensos reconhecidos em tratamento farmacológico;
- Medição na última consulta de:
  - Pressão Arterial;
  - Peso;
  - Cintura;
  - Altura (alguma vez).
- Realização no último ano de:
  - Exame de urina;
  - Exame de colesterol;
  - Eletrocardiograma.
- Participação em grupos de hipertensos;
- Internações por HAS.

## ARTIGO

# Associação entre extensão dos atributos de Atenção Primária e qualidade do manejo da Hipertensão Arterial em adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre

Association between extent of Primary Care and quality of management of Hypertension in adults attached to Primary Care Network of Porto Alegre

Thiago Gomes da Trindade<sup>1</sup>

Erno Harzheim<sup>1</sup>

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

Correspondência:

Thiago Gomes da Trindade

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

Av. José Aloísio Filho, 889/97, Porto Alegre, RS, Brasil, CEP 90250-180

*thiagotrindade@terra.com.br*

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

## Resumo

Com objetivo de medir a associação entre qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) e processo de atenção à Hipertensão Arterial (HAS), foi realizado um estudo transversal, em Porto Alegre/RS. Foram incluídos 589 indivíduos maiores de 18 anos com hipertensão, dos quais 65% reconheciam-se como hipertensos e, destes, 40% estavam com sua pressão controlada (PA<140/90mmHG, em diabéticos, PA<130/80mmHg). Na análise multivariada, por regressão de Poisson, observou-se um aumento na probabilidade de reconhecer-se hipertenso entre as mulheres (16%), com a idade (1% a cada ano após os 18 anos), com história familiar de HAS (61%), presença de cardiopatia isquêmica (29%), verificação da PA no último ano (71%) e o número de consultas nos últimos 12 meses (2% cada). Quanto a ter a pressão controlada, demonstrou-se uma probabilidade maior estatisticamente significativa entre as mulheres (42%), e menor entre os diabéticos (62%), além de uma tendência não significativa de pior controle entre os usuários de serviço público (31%) e em uso de medicamento anti-hipertensivo (27%). Ter serviço com Alto Escore de APS relacionou-se significativamente com um aumento na probabilidade em receber orientações sobre a prática de atividade física (RP: 1,28; IC95%: 1,02-1,62), sobre alimentação saudável (RP: 1,44; IC95%: 1,14-1,83), sobre higiene bucal (RP: 5,30; IC95%: 2,48-11,34); em ter sido medida na última consulta a PA (RP: 1,10; IC95%: 1,04-1,16), o peso (RP: 1,26; IC95%: 1,04-1,54) e a altura alguma vez (RP: 1,58; IC95%: 1,12-2,24); além da realização de eletrocardiograma (RP: 1,73; IC95%: 1,15-2,60). Serviços de saúde de Alto Escore de APS, embora não tenham mostrado diferença estatisticamente significativa quanto ao reconhecimento e controle da

hipertensão na análise multivariada, apresentaram uma melhor qualidade do processo de atenção integral ao hipertenso.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Qualidade dos Cuidados de Saúde.

## ABSTRACT

In order to measure the association between quality of Primary Health Care (PHC), through extension of its attributes, and hypertension care management was performed a cross-sectional study, in Porto Alegre /RS. They were enrolled 589 users aged over 18 years old with hypertension, of whom 65% recognized to be hypertensive and these 40% were with their Blood Pressure (BP) controlled (BP<140/90mmHG and in diabetics, BP <130/80mmHg). In multivariate analysis, by Poisson regression, it was demonstrated a higher probability of recognition of hypertension in women (61%), increasing age (1% per year), family history of hypertension (61%), history of ischemic heart disease (29%), when BP was taken in the last year (71%) and number of appointments in the last 12 months (2% each one). Controlled hypertension proved to be greater among women (42%), less control among diabetics (62%) and had a tendency of worse control to users of public services (31%) and patients in use of antihypertensive drugs (27%). A health service with High Score of PHC is significantly related with an increase in likelihood to receive recommendation to practice physical activity (PR: 1.28; CI95%: 1.02-1.62), to eat healthy food (PR: 1.44; CI95%: 1.14-1.83) and about oral hygiene (PR: 5.30; CI95%: 2.48-11.34); to have measured BP on the last appointment (PR: 1.10; CI95%: 1.04-1.16) and at least once had measured weight (PR: 1.26; CI95%: 1.04-1.54) and height (PR: 1.59; CI95%: 1.12-2.24); and to have performed electrocardiogram (PR: 1.73; CI95%: 1.15-2.60). Although High Score's health services have not demonstrated statistically differences for recognition and control of hypertension in multivariate analysis, they had better quality of integral care to hypertensive.

Key Words: Primary Health Care; Hypertension; Quality of Health Care.

## INTRODUÇÃO

Starfield(1;2) define Atenção Primária à Saúde (APS) como o primeiro nível de assistência dentro de um sistema de saúde, constituído dos quatro atributos essenciais da APS: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção dentro do sistema. Além da presença de outras três características, chamadas de atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

A atenção primária aborda os problemas comuns da comunidade e é reconhecidamente o nível do sistema responsável pelo manejo destes de forma resolutiva(3-5). Existem condições sensíveis ao cuidado ambulatorial(6), através das quais é possível medir a efetividade da qualidade da APS conforme a redução de hospitalização por estas causas, destacando-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no grupo das doenças crônicas não-transmissíveis. Em estudo de demanda do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), a HAS apareceu em primeiro lugar na ordem de frequência dos problemas apresentados, o que correspondeu a 6% de todos os motivos de procura a este serviço(5).

A HAS, além de sua alta frequência, é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. É um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável, como fator etiológico, por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana(7;8).

Portanto, a principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações.

A APS, por suas características, assume um papel fundamental de responsabilização no cuidado do paciente portador de HAS.

Estudos internacionais de base populacional têm demonstrado uma alta prevalência de HAS(9;10), em geral acima de 30%, associada a um baixo reconhecimento, por parte dos indivíduos, da sua doença, sendo que mais da metade desconhecem serem hipertensos. Para agravar o quadro, observa-se em outros estudos(11;12) um controle inadequado da pressão na maioria dos indivíduos hipertensos, e, naqueles que são diabéticos, o controle pressórico é ainda pior. Em estudos que procederam análises multivariadas observou-se como fatores de risco para pior controle pressórico além do diabetes(13), a idade(14), a obesidade, a presença de doença cardiovascular(15) e o sedentarismo(16).

Estudos brasileiros de base populacional mostraram que a prevalência da HAS na população urbana adulta varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da metodologia utilizada(7). Dois desses estudos realizados no estado do Rio Grande do Sul, em 2000, mostraram prevalências diferentes conforme os níveis pressóricos utilizados, de 33,7% ( $PA \geq 140/90$ mmHg) e de 23,6% ( $PA \geq 160/95$ mmHg)(17;18). Um deles(19) também evidenciou que quase metade dos sujeitos, 49,2%, desconheciam ser hipertensos e que apenas 10,4% seguiam tratamento anti-hipertensivo com bom controle.

Apesar das evidências de grandes estudos ecológicos(20;21) de que sistemas orientados à APS têm melhores indicadores de saúde, ainda existem poucas evidências de estudos em nível individual que relacionem a efetividade dos atributos

da APS em grupos populacionais vulneráveis(22) com a melhor qualidade da atenção ao adulto, em especial no manejo da HAS(23-25). Portanto, este estudo objetivou medir a associação entre a qualidade da APS, através da extensão de seus atributos; o reconhecimento e controle da hipertensão; e o processo de atenção aos portadores de HAS.

## METODOLOGIA

### **Delineamento, local e participantes**

Foi procedido um estudo transversal de base populacional, na cidade de Porto Alegre-RS. Este estudo faz parte do projeto mais amplo intitulado “Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre”(26).

Foram pesquisados os adultos maiores de 18 anos residentes nas áreas geográficas cobertas pela rede pública de APS em Porto Alegre, e listagem de pacientes maiores de 18 anos atendidos pelas Equipes de Saúde da Família da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI-RS). Neste estudo foi avaliada especificamente a subpopulação de indivíduos com hipertensão e que referiram algum dos seguintes tipos de serviços utilizados: Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (ESF), SSC/GHC, Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM) e CASSI.

### **Amostragem**

Foi realizada uma amostragem por conglomerados (unidades de saúde de cada tipo de serviço descrito acima). *Crterios de inclusão:* adultos maiores de 18

anos residentes nos domicílios selecionados há pelo menos um ano da data da entrevista, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. *Critérios de exclusão*: indivíduos maiores de 18 anos dos domicílios selecionados que não apresentaram condições de saúde para responder ao questionário, de acordo com avaliação do coordenador de campo; que referiram serviço de saúde como não-pertencente a Porto Alegre; ou que referiram última consulta há mais de 10 anos (antes de 1996 – ano da municipalização dos serviços de saúde em Porto Alegre). Os conglomerados (*clusters*) foram estratificados pelos oito Distritos de Saúde da cidade de Porto Alegre. No caso das UBS e ESF, foi selecionada aleatoriamente a metade das equipes de cada distrito para investigação. Foram avaliadas a totalidade das 12 unidades de saúde do SSC/GHC e das sete unidades de saúde do CSEM. Para cada unidade amostrada foram selecionados domicílios de forma sistemática, sendo entrevistados os moradores que preencheram os critérios. A amostra de adultos da CASSI-RS foi selecionada de forma aleatória da listagem de famílias de pacientes maiores de 18 anos cadastrados nas Equipes de Saúde da Família.

### **Cálculo do tamanho da amostra**

A amostra foi calculada através do pacote estatístico EPI-INFO 6.0(27), para estudos transversais comparativos e para estimação de proporções, utilizando-se dados provenientes do estudo de validação da versão infantil do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool)(28) e da literatura nacional sobre prevalência de reconhecimento e controle da hipertensão(29). Os parâmetros utilizados foram: nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80% e nível de significância de 5%.

Com o objetivo de medir a associação entre qualidade da atenção (variável preditora) e indicadores intermediários (controle da HAS - variável de desfecho), estimou-se uma amostra total de 132 sujeitos hipertensos (66 em cada grupo – Alto e Baixo Escore), a fim de comparar a proporção de hipertensos controlados entre os sujeitos com Alto Escore de APS (estimativa de 50% dos hipertensos em controle) e com Baixo Escore de APS (estimativa de 25% dos hipertensos em controle).

### **Medidas e instrumentos**

Foram realizadas medidas com um questionário geral, estruturado, composto por dois instrumentos distintos:

- A. Questionário estruturado com variáveis sociodemográficas e sobre os fatores de risco cardiovascular (sedentarismo, diabetes, tabagismo, HAS, uso de álcool, história familiar, entre outros);
- B. Questionário sobre a qualidade da APS: Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, versão adultos para usuários, o PCATool – *Adult Primary Care Assessment Tool*, que foi desenvolvido por Starfield(30) e mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais (Acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação) e dos três atributos derivados (Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural) da APS, além do grau de afiliação ao serviço de saúde. Esse instrumento possibilita, através de respostas tipo Likert, numa escala de 1-4, que são transformadas em uma escala de 0-10, construir escores para cada atributo de APS. O escore final de cada um desses atributos é dado pela média das respostas de seus itens (perguntas). Alguns atributos são formados por subdimensões, como Acesso (Acesso de primeiro contato e Utilização) e Integralidade (Serviços Prestados e Serviços Disponíveis).

Esse instrumento já foi validado(30) e utilizado nos Estados Unidos por Starfield, e foi validado no Brasil pelo nosso grupo de pesquisa(31).

Fórmulas:

- ❖ Escore por atributo:  $[(\text{Valor obtido pela escala de Likert} - 1) / (4-1)] * 10$
- ❖ Escore Essencial de APS:  $[\text{Acesso} + \text{Utilização} + \text{Longitudinalidade} + \text{Integralidade (serviços disponíveis)} + \text{Integralidade (serviços prestados)} + \text{Coordenação} + \text{Grau de Afiliação}] / 7$
- ❖ Escore Geral de APS:  $[\text{Acesso} + \text{Utilização} + \text{Longitudinalidade} + \text{Integralidade (serviços disponíveis)} + \text{Integralidade (serviços prestados)} + \text{Coordenação} + \text{Grau de Afiliação} + \text{Orientação Familiar} + \text{Orientação Comunitária} + \text{Competência Cultural}] / 10$

As medidas antropométricas realizadas foram:

A. Peso e altura;

B. Avaliação da pressão arterial: medida em dois momentos durante a visita domiciliar, com intervalo mínimo de 3 minutos entre a 1ª e a 2ª medida (os entrevistadores foram treinados segundo as normas da Organização Mundial da Saúde(32) para uma adequada mensuração da pressão arterial e também para o preenchimento adequado dos questionários). Todas as balanças e esfigmomanômetros foram calibrados e aprovados pelo INMETRO.

**Coleta de campo**

As entrevistas foram realizadas por estudantes universitários e profissionais da área da saúde, treinados e orientados em relação ao objetivo do estudo. As entrevistas foram realizadas durante o período total de 12 meses (julho de 2006 a agosto de 2007). Foram reaplicados pelos coordenadores de campo 10% dos

questionários em um intervalo de 1-2 meses após a entrevista inicial, a fim de garantir a qualidade da coleta de dados e a validação do PCATool.

### **Variáveis**

Foram considerados hipertensos os entrevistados que responderam sim à pergunta “Algum médico já lhe disse que você tem pressão alta (hipertensão)?”; definidos como hipertensos reconhecidos; ou aqueles que, embora tivessem negado ou ignorado a pergunta (hipertensos não reconhecidos), apresentaram a média de duas medidas da Pressão Arterial Sistólica (PAS) igual ou superior a 140mmHg, e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) igual ou superior a 90mmHg(33).

As variáveis respostas (dependentes) são o reconhecimento e controle da Hipertensão, sendo o controle definido como: PAS<140mmHg e PAD<90mmHg, e, em hipertensos com diabetes, PAS<130mmHg e PAD<80mmHg(7;34). A variável explicativa (independente) principal em análise é o Escore Geral de APS, que foi utilizado tanto da forma contínua quanto categórica. Alto Escore de APS é considerado quando o Escore Geral for igual ou maior que 6,6.

Outras variáveis independentes foram utilizadas: sociodemográficas (renda familiar, escolaridade, classe econômica - ABEP(35)); biológicas (sexo, idade e cor da pele); fatores de risco cardiovascular (história familiar de HAS, tabagismo, uso de álcool, sedentarismo, sobrepeso/obesidade e diabetes); grau de bem-estar familiar; saúde auto-percebida; tipo de serviço e utilização (tempo de vínculo, número de consultas nos últimos 12 meses e ter sido verificada a PA nos últimos 12 meses).

## **Análise Estatística**

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

Análise dos dados: A análise descritiva levou em consideração a estratégia de amostragem por conglomerado, utilizando o pacote estatístico STATA 8(36) e seus comandos “svy”, que são usados para o controle do efeito de *cluster* através do método de linearização de Taylor. As variáveis contínuas estão apresentadas através de suas médias e desvios-padrão, e as categóricas pelas suas proporções. Os desfechos foram definidos por reconhecimento ou não da HAS e por controle ou não da HAS. A comparação das médias foi realizada através do teste t de *Student*. Para verificação de associações foi utilizado o teste de qui-quadrado de *Pearson*. O nível de significância de 5%, bicaudal, foi utilizado para todas as provas estatísticas. Para o controle de possíveis fatores de confusão entre a associação dos escores da APS, o reconhecimento e o controle da HAS, foi procedida a análise multivariada por meio da regressão de Poisson modificada (com variância robusta). Esta apresenta como medida de efeito a razão de prevalência (RP), com seus intervalos de confiança (IC)(37). As variáveis foram acrescentadas ao modelo levando em consideração o modelo hierárquico conceitual(38), relacionado com reconhecimento e controle da hipertensão(39) (Figura 1). Foram mantidas as variáveis que apresentavam no seu nível de entrada um valor de  $p < 0,20$ (40;41).

- Inserir Figura 1 aqui -

## **Aspectos éticos**

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

## RESULTADOS

Participaram do estudo maior um total de 3014 indivíduos. Destes, 1393 (46,0%) referiram como tipo de serviço utilizado a ESF, UBS, CSEM, SSC/GHC ou CASSI (Figura 2). Entre esses 1393 indivíduos, foram identificadas 589 pessoas com hipertensão (42%) e, dentre estas, 65 % reconheciam-se como hipertensas, das quais 40% tinham sua pressão controlada. 61,3% dos hipertensos eram do sexo feminino, com média de idade de 53,9 anos (DP = 14,7); 66,3% de cor branca, escolaridade média de 7,6 anos (DP = 4,8); 16,8 % pertenciam às classes econômicas D e E, e com renda média mensal per capita de R\$ 818,47 (DP = 1.213,22). Referiram utilizar a ESF 236 (40,1%) hipertensos; UBS 128 (21,7%); CSEM 74 (12,6%); SSC/GHC 59 (10,0%); e CASSI 92 (15,6%).

- Inserir Figura 2 aqui -

Na Tabela 1 pode-se observar algumas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de indivíduos que não se reconhecem como hipertensos e os que se reconhecem. Nessa tabela observa-se, entre os reconhecidos, uma proporção maior de mulheres, uma média de idade superior, história familiar para HAS mais presente, menor consumo de bebida alcoólica, maior proporção de sedentários, maior prevalência de diabetes e cardiopatia isquêmica, pior saúde auto-

percebida, maior proporção de ter sido verificada a PA nos últimos 12 meses, assim como um maior número de consultas nos últimos 12 meses.

- Inserir Tabela 1 aqui -

Observa-se na Tabela 2, entre os indivíduos com controle adequado da pressão em comparação aos não controlados, diferenças significativas quanto a uma maior proporção de mulheres, uma menor prevalência de diabetes, uma maior proporção de pessoas que referiram tipo de serviço privado e um menor tempo de reconhecimento de hipertensão.

- Inserir Tabela 2 aqui -

Ao comparar as médias dos escores dos atributos de APS, entre os indivíduos com hipertensão reconhecida e não reconhecida, observou-se uma média estatisticamente superior nos reconhecidos quanto à longitudinalidade, integralidade (serviços prestados), grau de afiliação, e Escores Essencial e Geral, estatisticamente significativas. Também se identificou uma associação estatisticamente significativa entre reconhecimento e Alto Escore Essencial e Geral (Tabela 3).

- Inserir Tabela 3 aqui -

Na análise multivariada (Tabela 4), através da regressão de Poisson com variância robusta e controle para efeito de conglomerado, observou-se, com relação ao reconhecimento da hipertensão, um aumento da probabilidade de reconhecimento de 16% para o sexo feminino em relação ao masculino, de 1% a cada ano de vida após os 18 anos de idade, uma associação maior em 61% para história positiva de hipertensão na família, de 29% para presença de cardiopatia isquêmica e 20% para pior saúde auto-percebida, esta última com significância estatística limítrofe. Com relação às variáveis de utilização do serviço, evidenciou-se uma probabilidade maior

de 71% em reconhecer-se hipertenso para quem teve sua pressão verificada nos últimos 12 meses em relação a quem não teve; e de 2% a cada consulta nos últimos 12 meses. Considerar o serviço de Alto Escore Geral de APS apresentou uma probabilidade maior de 16% de reconhecimento da hipertensão na análise não-ajustada, perdendo, porém, a significância após o ajuste. Outras variáveis que perderam seu efeito após o ajuste hierárquico do modelo foram: consumo de bebida alcoólica, sedentarismo e diabetes.

- Inserir Tabela 4 aqui -

Quanto à probabilidade de ter o controle pressórico, na análise multivariada (Tabela 5), demonstrou-se que ela foi 42% maior para as mulheres do que para os homens, e foi 62% menor para os hipertensos diabéticos em relação aos não-diabéticos. Mostraram uma tendência em ter pior controle de 31% para os usuários de serviço público em relação aos de serviço privado, e de 27% para quem está em uso de medicamento anti-hipertensivo em relação aos que não usam, porém ambos sem significância estatística. Consultar no serviço de Alto Escore Geral de APS não mostrou associação estatisticamente significativa, tanto na análise não-ajustada (RP = 1,11; IC95%: 0,83-1,47) como na ajustada (RP=1,10; IC95%: 0,75-1,63), ficando fora do modelo final.

- Inserir Tabela 5 aqui -

Na Tabela 6 observa-se as características da qualidade do cuidado entre os indivíduos hipertensos reconhecidos, comparando os de Baixo Escore com os de Alto Escore de APS. Evidenciou-se, de maneira estatisticamente significativa, entre os indivíduos de Alto Escore: uma maior média de consultas nos últimos 12 meses; uma maior participação em grupos de hipertensos; que eles recebem mais orientações

preventivas (alimentação saudável, prática de atividade física, higiene bucal e vacina contra Influenza); que tiveram na última consulta uma maior proporção de verificação da PA, da medição do peso, da medição altura (alguma vez); maior solicitação no último ano de exame de urina, perfil lipídico e eletrocardiograma. Observou-se não haver diferença estatística quanto à utilização de diurético tiazídico, na medição da cintura, no controle da pressão, nem quanto à internação por HAS.

- Inserir Tabela 6 aqui -

Após análise multivariada (Tabela 7) sobre o efeito dos serviços de saúde com Alto Escore de APS no processo de atenção aos hipertensos, observou-se uma maior probabilidade de receber orientações para a prática de atividade física (RP: 1,28; IC95%: 1,02-1,62), sobre alimentação saudável (RP: 1,44; IC95%: 1,14-1,83), sobre higiene bucal (RP: 5,30; IC95%: 2,48-11,34); de terem sido medidos na última consulta a PA (RP: 1,10; IC95%: 1,04-1,16), o peso (RP: 1,26; IC95%: 1,04-1,54) e a altura alguma vez (RP: 1,58; IC95%: 1,12-2,24); além da realização do eletrocardiograma (RP: 1,73; IC95%: 1,15-2,60). A participação em grupos (RP: 2,16; IC95%: 0,78-5,95), a realização da vacina contra Influenza (RP: 1,45; IC95%: 0,95-2,19), a solicitação do perfil lipídico (RP: 1,18; IC95%: 0,95-1,46) e do exame de urina (RP: 1,18; IC95%: 0,91-1,53) apresentaram uma tendência de serem mais realizadas nos serviços de Alto Escore, porém sem significância estatística na análise ajustada.

- Inserir Tabela 7 aqui -

## DISCUSSÃO

Devido ao delineamento transversal, é importante enfatizar que as análises apresentadas refletem associações estatísticas e não inferências causais, não podendo

excluir a possibilidade de causalidade reversa entre algumas variáveis dependentes e independentes, como, por exemplo, a associação entre o não-controle pressórico e uso de medicação. Aponta-se como outra limitação, como possível viés de aferição, o fato de terem sido realizadas as duas medidas da PA praticamente no mesmo momento e não em momentos distintos, como é preconizado para fins diagnósticos(42). Associado aos níveis pressóricos ( $PAS \geq 140\text{mmHg}$  e/ou  $PAD \geq 90\text{mmHg}$ ) utilizados neste estudo, pode-se ter tido uma superestimação da prevalência (maior número de indivíduos falso-positivos). E, por último, é importante pontuar que as variáveis foram construídas a partir da experiência do usuário, o que representa um dos aspectos do processo do cuidado dos indivíduos, que pode indicar uma compreensão parcial desse processo.

Comparando nossos resultados com outros estudos realizados no estado do Rio Grande do Sul(43;44), encontrou-se uma maior prevalência de HAS, maior grau de reconhecimento e um melhor controle entre os usuários dos serviços de APS em Porto Alegre.

Embora tenha se identificado uma associação nas análises univariadas relacionando maiores médias do Escore Essencial e Geral de APS e de alguns atributos (longitudinalidade, integralidade - serviços disponíveis e grau de afiliação) com reconhecimento de Hipertensão, esta não se manteve significativa nas análises multivariadas.

É válido ressaltar que embora os serviços de Alto e Baixo Escore não tenham mostrado diferença significativa, tanto na análise uni como na multivariada, com relação ao controle pressórico, pode-se constatar que os serviços de APS de Porto Alegre têm demonstrado efetividade do controle semelhante aos encontrados em

outros estudos observacionais(45;46) e até mesmo próximo aos resultados de estudos experimentais(47;48).

Evidencia-se também um pior controle pressórico nos diabéticos, corroborando com achados da literatura(49;50), apontando para uma necessidade de aprimorar as ações programáticas desenvolvidas para esse grupo populacional, levando em consideração seu alto risco cardiovascular.

Contudo, pode-se observar uma maior qualidade no processo de atenção aos hipertensos que utilizam os serviços de Alto Escore de APS, especialmente em relação a orientações preventivas gerais, realização de exame clínico e solicitação de exames complementares (eletrocardiograma).

Demonstrou-se que a qualidade do manejo medicamentoso apresenta-se inadequada tanto em serviços de Baixo Escore como de Alto Escore, os quais apresentavam apenas metade dos hipertensos em uso de diurético tiazídico, medicamento preconizado como de primeira escolha em diretrizes nacionais(7) e internacionais(51). Evidencia-se, com isso, uma utilização insuficiente das diretrizes baseadas em evidências, provavelmente devido ao desconhecimento(52), à inércia(53) ou mesmo à dificuldade de adesão dos profissionais às novas diretrizes(54). Com relação à associação negativa encontrada entre o uso de anti-hipertensivo e um pior controle da pressão, pode-se sugerir que as pessoas que não estão em uso, provavelmente estejam conseguindo controlar com medidas não-farmacológicas, associado a uma freqüente má adesão ao tratamento farmacológico(55), o que não garante um bom controle pressórico apenas pelo fato de referir-se estar em uso de medicamento.

Para haver um impacto no controle pressórico faz-se necessária a implementação de intervenções multifacetadas no processo educacional e de trabalho dos profissionais, que demonstraram ser efetivas, como o treinamento continuado de diretrizes clínicas, através de uma metodologia de ensino ativa e participativa, utilizando na prática diversos recursos para sua aplicabilidade (lembretes, algoritmos diagnósticos e terapêuticos, programas computacionais); atividades educativas no local de trabalho com auditoria e *feedback*; além do treinamento de líderes(56-60).

Observou-se uma tendência de melhor controle pressórico entre os indivíduos utilizadores de um serviço de APS privado (CASSI), fato que pode ser justificado pela prática de ações prioritárias no manejo dos pacientes com doença crônica, em especial a hipertensão, através da reorganização do seu modelo assistencial pela Estratégia de Saúde da Família – CASSI(61), fortemente orientada à APS(62). Como características fortes desse serviço ressaltam-se uma adequada estrutura física e, na composição da maioria de suas equipes de saúde da família, a presença de Médico especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Houve, em 2001, no nível federal da gestão do SUS, um passo inicial na política de atenção integral às pessoas com hipertensão com a elaboração e implantação de um programa para o acompanhamento dos hipertensos, o Hiperdia(63). Contudo, o monitoramento do programa, através do indicador de cadastramento, foi iniciado apenas em 2006, ainda como indicador complementar no Pacto de Indicadores da Atenção Básica(64). No nível de gestão municipal do SUS, em Porto Alegre, a falta de priorização das ações na atenção ao hipertenso fica evidenciada quando se observa que apenas 2% dos hipertensos e diabéticos

estimados para o município estão cadastrados no programa, desde a implantação do Hiperdia pelo Ministério da Saúde até outubro de 2007(65).

Apresenta-se, no momento, uma necessidade de novas investigações com objetivo de avaliar outros aspectos do cuidado ao paciente hipertenso, associando à experiência do usuário, as características da estrutura dos serviços de saúde e dos profissionais que prestam o cuidado, através de estudos multiníveis que possam verificar a interação dessas diversas variáveis, na melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes hipertensos.

#### IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS

É fundamental que os serviços intensifiquem suas ações no sentido de melhorar o reconhecimento da hipertensão para garantir um acompanhamento precoce, a fim de prevenir desfechos de maneira mais efetiva. Para isso, deve-se melhorar o rastreamento nos grupos de menor reconhecimento (sexo masculino, indivíduos mais jovens, sem história familiar de HAS, sem diabetes ou cardiopatia isquêmica, e com melhor percepção da sua saúde), através da verificação periódica da PA em adultos (a cada dois anos)(66). Da mesma maneira, deve-se implementar ações a fim de intensificar o controle nos indivíduos com maior risco de ter a pressão mal controlada, em especial os indivíduos do sexo masculino e diabéticos.

É necessário que se tenha uma política clara de prioridades e integrada nos diversos níveis do SUS, para o acompanhamento de qualidade dos indivíduos hipertensos, com garantias de todos os itens do processo, em especial o acesso aos serviços de APS e à assistência farmacêutica.

Conforme as evidências deste estudo, de que serviços de Alto Escore Geral de APS provêm um manejo mais adequado do paciente hipertenso com relação às orientações e práticas preventivas, e que serviços com forte orientação à APS (CASSI)(62) conseguem obter melhor controle da pressão, torna-se imprescindível ao SUS reforçar a reorganização do modelo assistencial com serviços de alta qualidade de APS, especialmente através da expansão e qualificação da ESF, a fim de garantir uma maior efetividade na qualidade do manejo desses pacientes.

#### COLABORADORES

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

#### INSTITUIÇÕES FINANCIADORAS

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

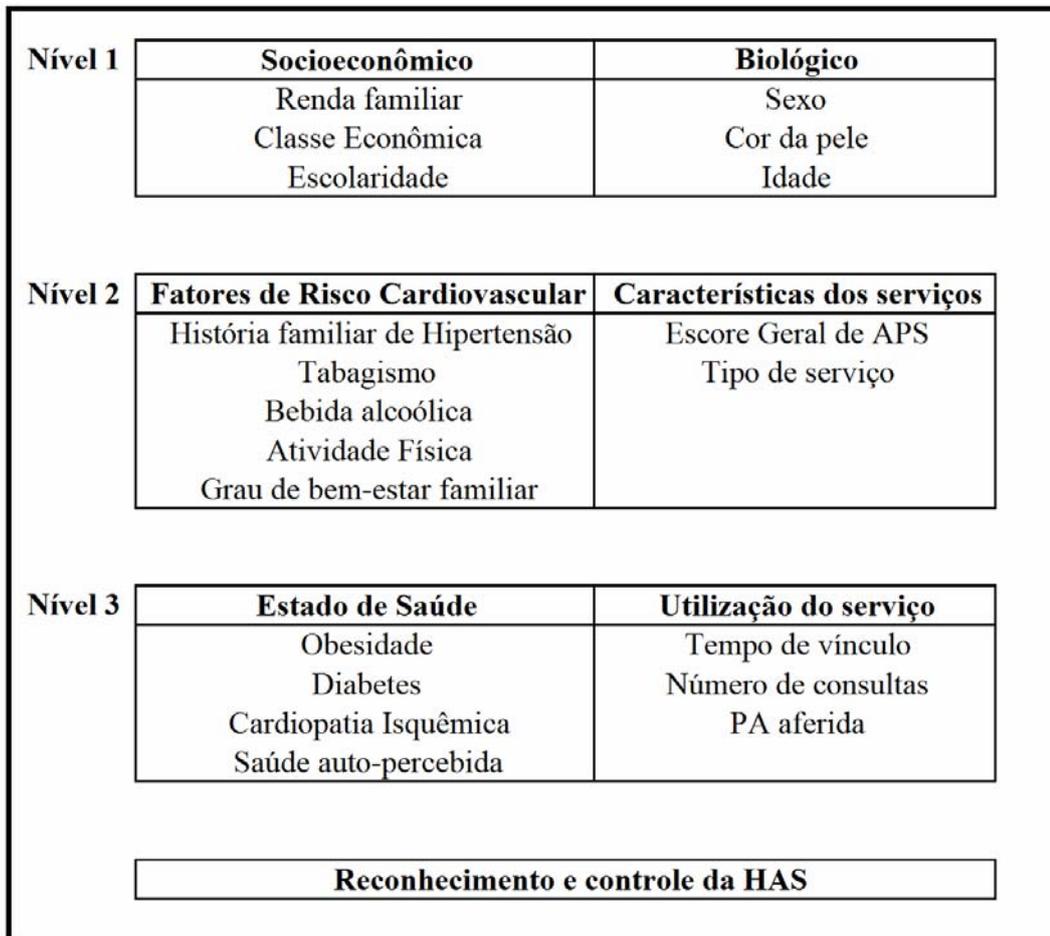


Figura 1. Modelo hierárquico conceitual para reconhecimento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.

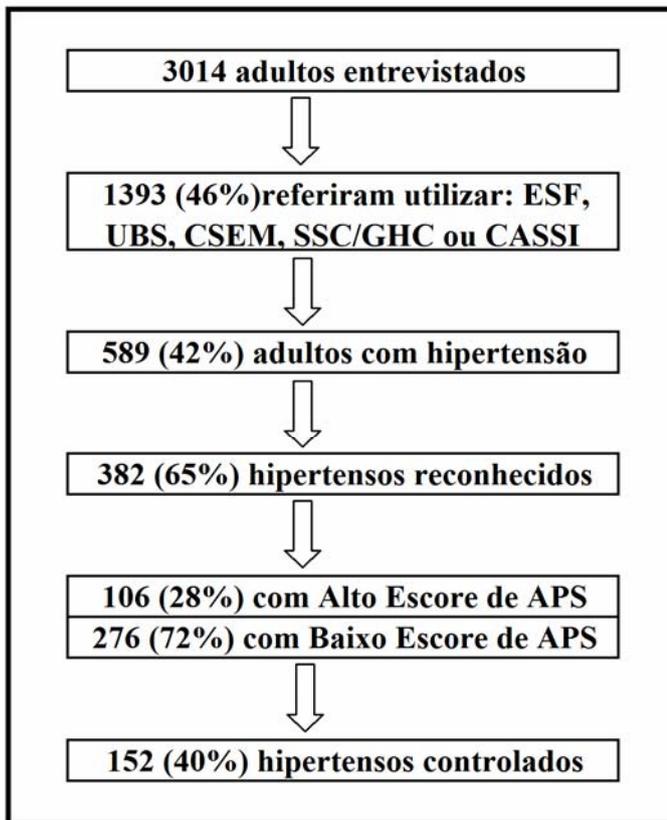


Figura 2. Fluxograma da amostra em estudo.

Tabela 1. Características de saúde e sociodemográficas dos adultos hipertensos não reconhecidos e reconhecidos adscritos aos serviços de APS, Porto Alegre, 2007. (n=588)

<b>Características de saúde e sociodemográficas</b>	<b>Hipertensos não reconhecidos n (%)</b>	<b>Hipertensos reconhecidos n (%)</b>	<b>p*</b>
Sexo			
Masculino	95 (46)	133 (35)	0,006
Feminino	111 (54)	249 (65)	
Idade (anos) **	48,9 (15,0)	56,6 (13,7)	<0,001
Cor da pele			
Branca	135 (66)	255 (67)	0,737
Não branca	71 (34)	126 (33)	
Escolaridade (anos completos) **	7,9 (4,4)	7,5 (4,9)	0,342
Renda Mensal per Capita (R\$) **	841,94 (1.433,43)	805,76 (1.077,26)	0,782
Classe econômica - ABEP			
A, B, C	170 (83)	320 (84)	0,716
D, E	36 (17)	62 (16)	
História familiar de HAS	122 (64)	281 (81)	0,001
Tabagismo (ativo)	59 (29)	95 (25)	0,359
Consumo de bebida alcoólica (gr/dia) **	31,3 (74,6)	15,7 (26,0)	0,035
Atividade Física			
Ativo / pouco ativo	160 (79)	255 (67)	0,011
Sedentário	43 (21)	125 (33)	
IMC			
Normal (até 24.9 kg/m <sup>2</sup> )	51 (25)	80 (22)	0,427
Sobrepeso/Obesidade (≥25 kg/m <sup>2</sup> )	154 (75)	292 (78)	
Diabetes	19 (9)	71 (19)	0,010
Cardiopatía isquêmica	4 (2)	55 (15)	<0,001
Saúde auto-percebida			
Muito Boa, Boa	159 (77)	288 (60)	<0,001
Regular, Ruim, Muito Ruim	47 (23)	154 (40)	
Grau de bem-estar familiar			
Muito Bom, Bom	155 (75)	271 (71)	0,299
Regular, Ruim, Muito Ruim	51 (25)	111 (29)	
Tipo de serviço†			
Privado	26 (13)	66 (17)	0,206
Público	180 (87)	316 (83)	
Tempo que utiliza o serviço			

> 2 anos	136 (69)	283 (77)	0,059
0-2 anos	62 (31)	86 (23)	
PA verificada (últimos 12 meses)	124 (60)	331 (88)	<0,001
Nº de Consultas (últimos 12 meses) **	3,0 (4,5)	5,1 (5,8)	<0,001
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>382</b>	

† Privado = CASSI; Público = ESF, UBS, CSEM e SSC/GHC

\* Teste t para variáveis contínuas e teste  $\chi^2$  para variáveis categóricas.

\*\* Ao invés de n(%) é apresentado média (DP).

Tabela 2. Características de saúde e sociodemográficas dos adultos hipertensos não controlados e controlados adscritos aos serviços de APS, Porto Alegre, 2007. (n=382)

<b>Características de saúde e sociodemográficas</b>	<b>Hipertensos não controlados n (%)</b>	<b>Hipertensos controlados n (%)</b>	<b>p*</b>
Sexo			
Masculino	88 (38)	45 (30)	0,042
Feminino	142 (62)	107 (70)	
Idade (anos) **	57,5 (13,4)	55,3 (14,1)	0,108
Cor da pele			
Branca	155 (67)	100 (66)	0,804
Não branca	75 (33)	51 (34)	
Escolaridade (anos completos) **	7,1 (4,8)	8,0 (5,0)	0,117
Renda Mensal per Capita (R\$) **	740,88 (1.029,92)	905,50 (1.142,64)	0,262
Classe econômica - ABEP			
A, B, C	187 (81)	133 (88)	0,123
D, E	43 (19)	19 (13)	
História familiar de HAS	167 (81)	114 (80)	0,723
Tabagismo (ativo)	59 (26)	36 (24)	0,685
Consumo de bebida alcoólica (gr/dia) **	15,2 (25,5)	16,3 (26,7)	0,766
Atividade Física			
Ativo / pouco ativo	151 (66)	104 (69)	0,637
Sedentário	78 (34)	47 (31)	
IMC			
Normal (até 24.9 kg/m <sup>2</sup> )	46 (20)	34 (24)	0,375
Sobrepeso/Obesidade (≥25 kg/m <sup>2</sup> )	182 (80)	110 (76)	
Diabetes	60 (26)	11 (7)	<0,001
Cardiopatia isquêmica	38 (17)	17 (11)	0,19
Saúde auto-percebida			
Muito Boa, Boa	138 (60)	90 (59)	0,873
Regular, Ruim, Muito Ruim	92 (40)	62 (41)	
Grau de bem-estar familiar			
Muito Bom, Bom	159 (69)	113 (74)	0,235
Regular, Ruim, Muito Ruim	72 (31)	39 (26)	
Tipo de serviço†			
Privado	29 (13)	37 (24)	0,006
Público	201 (87)	115 (76)	
Tempo que utiliza o serviço			

> 2 anos	166 (76)	117 (78)	0,663
0-2 anos	53 (24)	33 (22)	
PA verificada (últimos 12 meses)	196 (86)	135 (91)	0,144
Nº de Consultas (últimos 12 meses) **	5,5 (6,6)	4,6 (4,4)	0,071
Nº de Consultas por HAS (últimos 12 meses) **	3,3 (5,6)	3,3 (10,4)	0,991
Tempo de reconhecimento de HAS (anos) **	11,6 (10,6)	9,2 (9,0)	0,025
Uso de anti-hipertensivo	210 (92)	128 (85)	0,068
Escore Geral de APS **	5,8 (1,4)	5,9 (1,5)	0,604
Proporção de adultos hipertensos com Alto Escore Geral de APS	70 (30)	52 (34)	0,485
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>152</b>	

† Privado = CASSI; Público = ESF, UBS, CSEM e SSC/GHC

\* Teste t para variáveis contínuas e teste  $\chi^2$  para variáveis categóricas.

\*\* Ao invés de n(%) é apresentado média (DP).

Tabela 3. Escores dos atributos de APS com relação aos indivíduos com hipertensão não reconhecida e reconhecida, Porto Alegre, 2007. (n=588)

<b>Características</b>	<b>Hipertensos não reconhecidos média (DP)</b>	<b>Hipertensos reconhecidos média (DP)</b>	<b>p*</b>
Utilização	8,3 (2,6)	8,6 (2,3)	0,096
Acesso	2,9 (1,2)	2,8 (1,3)	0,243
Longitudinalidade	6,2 (2,6)	7,2 (2,4)	<0,001 #
Integralidade – Serviços disponíveis	5,5 (1,7)	5,7 (1,6)	0,096
Integralidade – Serviços prestados	3,6 (2,6)	4,5 (2,6)	<0,001 #
Coordenação do Cuidado	4,5 (3,2)	5,2 (2,9)	0,07
Orientação Familiar	3,8 (3,4)	4,3 (3,4)	0,104
Orientação Comunitária	4,7 (2,9)	5,0 (2,9)	0,279
Competência cultural	6,8 (2,8)	6,9 (2,9)	0,736
Grau de afiliação	6,0 (2,9)	6,9 (2,7)	<0,001 #
Escore Derivado	5,1 (2,4)	5,4 (2,4)	0,175
Escore Essencial de APS	5,6 (1,3)	6,0 (1,2)	<0,001 #
Escore Geral de APS	5,4 (1,4)	5,8 (1,4)	0,003 #
Proporção de adultos hipertensos com alto escore essencial de APS **	49 (24)	135 (35)	0,008 #
Proporção de adultos hipertensos com alto escore geral de APS **	47 (23)	122 (32)	0,023 #
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>382</b>	

\* Teste t para variáveis contínuas e teste  $\chi^2$  para variáveis categóricas.

\*\* Ao invés de média (DP) é apresentado n(%).

Tabela 4. Análise multivariada da associação entre reconhecimento da HAS e ter o serviço de APS referido com Alto Escore, através da regressão de Poisson modificada, Porto Alegre, 2007. (n=588)

<b>Variáveis presentes no modelo final</b>	<b>Razão de Prevalência não ajustada (IC95%)</b>	<b>P</b>	<b>Razão de Prevalência ajustada (IC95%)</b>	<b>p</b>
Sexo				
Masculino	1	0,005	1	0,01
Feminino	1,19 (1,05-1,34)		1,16 (1,04-1,31)	
Idade (anos)	1,01 (1,01-1,02)	<0,001	1,01 (1,009-1,02)	<0,001
História familiar de HAS	1,40 (1,14-1,74)	0,002	1,61 (1,14-2,27)	0,007
Consumo de bebida alcoólica (gr/dia)	0,996 (0,993-0,999)	0,025	0,998 (0,994-1,001)	0,15
Cardiopatia isquêmica	1,52 (1,37-1,69)	<0,001	1,29 (1,07-1,56)	0,009
Saúde auto-percebida				
Muito Boa, Boa	1	<0,001	1	0,051
Regular, Ruim, Muito Ruim	1,30 (1,14-1,48)		1,20 (1,0-1,45)	
Tipo de serviço†				
Privado	1	0,161	1	0,182
Público	0,89 (0,75-1,05)		0,86 (0,70-1,07)	
PA verificada (últimos 12 meses)	2,01 (1,54-2,62)	<0,001	1,71 (1,10-2,65)	0,016
Nº de Consultas (últimos 12 meses)	1,02 (1,01-1,03)	<0,001	1,02 (1,01-1,04)	0,001
Alto Escore Geral de APS	1,16 (1,03-1,32)	0,016	1,15 (0,94-1,40)	0,167

† Privado = CASSI; Público = ESF, US, CSEM e SSC/GHC.

Tabela 5. Análise multivariada do controle pressórico nos hipertensos reconhecidos, através da regressão de Poisson modificada, Porto Alegre, 2007. (n=382)

<b>Variáveis presentes no modelo final</b>	<b>Razão de Prevalência não ajustada (IC95%)</b>	<b>P</b>	<b>Razão de Prevalência ajustada (IC95%)</b>	<b>p</b>
Sexo				
Masculino	1	0,049	1	0,005
Feminino	1,27 (1,00-1,61)		1,42 (1,11-1,82)	
Idade (anos)	0,99 (0,98-1,00)	0,116	0,99 (0,98-1,00)	0,099
Classe econômica - ABEP				
A, B, C	1	0,139	1	0,198
D, E	0,74 (0,49-1,10)		0,77 (0,51-1,15)	
Grau de bem-estar familiar				
Muito Bom, Bom	1	0,241	1	0,090
Regular, Ruim, Muito Ruim	0,84 (0,63-1,12)		0,67 (0,42-1,07)	
Diabetes	0,34 (0,19-0,62)	<0,001	0,38 (0,19-0,77)	0,007
Tipo de serviço†				
Privado	1	0,001	1	0,057
Público	0,65 (0,50-0,85)		0,69 (0,47-1,01)	
PA verificada (últimos 12 meses)	1,34 (0,89-2,03)	0,165	1,38 (0,93-2,04)	0,113
Uso de anti-hipertensivo	0,71 (0,50-0,99)	0,044	0,73 (0,51-1,03)	0,069

† Privado = CASSI; Público = ESF, US, CSEM e SSC/GHC.

Tabela 6. Características relacionadas com a qualidade do cuidado dos hipertensos reconhecidos por Serviço de APS de Alto e Baixo Escore, Porto Alegre, 2007.

(n=382)

Indicadores da qualidade do cuidado	Baixo Escore de APS n (%)	Alto Escore de APS n (%)	p*
Nº de consultas nos últimos 12 meses **	4,4 (4,6)	6,8 (7,5)	0,001
Participação em grupos de HAS	20 (8)	22 (18)	0,013
Uso de medicamento para HAS	231 (90)	107 (88)	0,479
Uso de diurético tiazídico	112 (50)	50 (49)	0,717
Orientações preventivas			
❖ Alimentação saudável	143 (56)	108 (90)	<0,001
❖ Prática de atividade física	121 (47)	89 (74)	<0,001
❖ Parar de fumar	31 (40)	14 (58)	0,105
❖ Diminuir ou parar a ingestão de bebida alcoólica	13 (11)	10 (19)	0,166
❖ Pressão aferida nos últimos 12 meses	216 (84)	115 (96)	0,002
❖ Higiene bucal	31 (12)	61 (51)	<0,001
❖ Vacina contra Influenza	83 (32)	55 (46)	0,018
Medição na última consulta:			
❖ Pressão arterial	209 (86)	113 (99)	<0,001
❖ Peso	131 (54)	85 (75)	0,001
❖ Cintura	32 (13)	22 (19)	0,178
❖ Altura (alguma vez)	96 (39)	72 (63)	<0,001
Realização no último ano:			
❖ Exame de urina	121 (50)	81 (71)	<0,001
❖ Perfil lipídico	152 (63)	99 (87)	<0,001
❖ Eletrocardiograma	80 (33)	57 (50)	<0,001
Pressão Arterial Média **	104,9 (14,1)	105,4 (14,2)	0,778
Internação por HAS desde a vinculação com serviço	17 (46)	4 (27)	0,166
Proporção de HAS controlados	100 (38)	52 (43)	0,485
<b>Total</b>	<b>260</b>	<b>122</b>	

\* Teste t para variáveis contínuas e teste  $\chi^2$  para variáveis categóricas.

\*\* Ao invés de n(%) é apresentado média (DP).

Tabela 7. Efeito dos serviços de saúde com Alto Escore de Atenção Primária à Saúde no processo de atenção aos portadores de HAS, através da regressão de Poisson modificada, Porto Alegre, 2007.

<b>Variáveis dependentes / desfecho</b>	<b>Razão de Prevalência não ajustada (IC95%)</b>	<b>P</b>	<b>Razão de Prevalência ajustada (IC95%)*</b>	<b>p</b>
Participação em grupos de HAS	2,34 (1,19-4,61)	0,014	2,16 (0,78-5,95) <sup>1</sup>	0,136
Orientações para prática de atividade física	1,58 (1,32-1,88)	<0,001	1,28 (1,02-1,62) <sup>2</sup>	0,034
Orientações sobre alimentação saudável	1,62 (1,39-1,88)	<0,001	1,44 (1,14-1,83) <sup>3</sup>	0,002
Orientações sobre higiene bucal	4,20 (2,84-6,21)	<0,001	5,30 (2,48-11,34) <sup>4</sup>	<0,001
Vacina contra Influenza	1,42 (1,08-1,86)	0,011	1,45 (0,95-2,19) <sup>5</sup>	0,083
PA medida na última consulta	1,15 (1,09-1,21)	<0,001	1,10 (1,04-1,16) <sup>6</sup>	0,001
Peso medido na última consulta	1,38 (1,17-1,62)	<0,001	1,26 (1,04-1,54) <sup>7</sup>	0,021
Altura medida alguma vez	1,61 (1,28-2,01)	<0,001	1,58 (1,12-2,24) <sup>8</sup>	0,009
Exame de urina realizado no último ano	1,43 (1,19-1,71)	<0,001	1,18 (0,91-1,53) <sup>9</sup>	0,211
Perfil lipídico realizado no último ano	1,39 (1,23-1,57)	<0,001	1,18 (0,95-1,46) <sup>10</sup>	0,136
Eletrocardiograma realizado no último ano	1,52 (1,21-1,90)	<0,001	1,73 (1,15-2,60) <sup>11</sup>	0,008

\* Ajustado para:

<sup>1</sup> sexo, cor da pele e classe econômica; <sup>2</sup> sexo, classe econômica e escolaridade; <sup>3</sup> idade; <sup>4</sup> classe econômica; <sup>5</sup> idade e renda mensal per capita; <sup>6</sup> escolaridade; <sup>7</sup> renda e classe econômica; <sup>8</sup> idade, classe econômica e escolaridade; <sup>9</sup> idade, renda e classe econômica; <sup>10</sup> idade, renda, classe econômica e escolaridade; <sup>11</sup> idade, cor da pele, renda, classe econômica e escolaridade.

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 história familiar de HAS, tabagismo, uso de bebida alcoólica, sedentarismo, grau de bem-estar familiar e tipo de serviço de saúde.

## REFERÊNCIAS

- (1) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- (2) Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health* 2001 Jul;55(7):452-4.
- (3) WHITE KL, WILLIAMS TF, GREENBERG BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961 Nov 2;265:885-92.
- (4) Green LA, Fryer GE, Jr., Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001 Jun 28;344(26):2021-5.
- (5) Takeda S. A organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editors. *Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 76-87.
- (6) Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004 Sep;14(3):246-51.
- (7) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. 2006. Brasília, Ministério da Saúde.  
Ref Type: Generic
- (8) Whitworth JA. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003 Nov;21(11):1983-92.
- (9) Wittchen HU, Glaesmer H, Marz W, Stalla G, Lehnert H, Zeiher AM, et al. Cardiovascular risk factors in primary care: methods and baseline prevalence rates--the DETECT program. *Curr Med Res Opin* 2005 Apr;21(4):619-30.
- (10) Kalantan KA, Mohamed AG, Al-Taweel AA, Abdul Ghani HM. Hypertension among attendants of primary health care centers in Al-Qassim region, Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2001 Nov;22(11):960-3.
- (11) Alvarez-Sala LA, Suarez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Banegas JR, et al. [PREVENCAT study: control of cardiovascular risk in primary care]. *Med Clin (Barc)* 2005 Mar 26;124(11):406-10.
- (12) Basile JN, Lackland DT, Basile JM, Riehle JE, Egan BM. A statewide primary care approach to cardiovascular risk factor control in high-risk diabetic and nondiabetic patients with hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2004 Jan;6(1):18-25.

- (13) Majernick TG, Zacker C, Madden NA, Belletti DA, Arcona S. Correlates of hypertension control in a primary care setting. *Am J Hypertens* 2004 Oct;17(10):915-20.
- (14) Al-Rukban MO, Al-Sughair AM, Al-Bader BO, Al-Tolaihi BA. Management of hypertensive patients in primary health care setting, auditing the practice. *Saudi Med J* 2007 Jan;28(1):85-90.
- (15) Abaci A, Oguz A, Kozan O, Toprak N, Senocak H, Deger N, et al. Treatment and control of hypertension in Turkish population: a survey on high blood pressure in primary care (the TURKSAHA study). *J Hum Hypertens* 2006 May;20(5):355-61.
- (16) Coca A, Dalfo A, Esmatjes E, Llisterri JL, Ordonez J, Gomis R, et al. [Treatment and control of cardiovascular risk in primary care in Spain. The PREVENCAT study]. *Med Clin (Barc)* 2006 Feb 18;126(6):201-5.
- (17) Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2004 Nov;83(5):429-33.
- (18) Costa JS, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IK, Castanheira M, Olinto MT, et al. Hypertension prevalence and its associated risk factors in adults: a population-based study in Pelotas. *Arq Bras Cardiol* 2007 Jan;88(1):59-65.
- (19) Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2004 Nov;83(5):429-33.
- (20) Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv* 1994;24(3):431-58.
- (21) Macinko J, Guanais FC, de FM, de SM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006 Jan;60(1):13-9.
- (22) Blumenthal D, Mort E, Edwards J. The efficacy of primary care for vulnerable population groups. *Health Serv Res* 1995 Apr;30(1 Pt 2):253-73.
- (23) Konrad TR, Howard DL, Edwards LJ, Ivanova A, Carey TS. Physician-patient racial concordance, continuity of care, and patterns of care for hypertension. *Am J Public Health* 2005 Dec;95(12):2186-90.
- (24) Mainous AG, Diaz VA, Koopman RJ, Everett CJ. Having a regular physician and attempted weight loss after screening for hypertension or hypercholesterolemia. *Int J Obes (Lond)* 2005 Feb;29(2):223-7.
- (25) Becker DM, Yanek LR, Johnson WR, Jr., Garrett D, Moy TF, Reynolds SS, et al. Impact of a community-based multiple risk factor intervention on

cardiovascular risk in black families with a history of premature coronary disease. *Circulation* 2005 Mar 15;111(10):1298-304.

- (26) Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res* 2006;6:156.
- (27) EPI-INFO [computer program]. Atlanta: Centers for Disease Control, Epidemiology Program Office.; 1998.
- (28) Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. [Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services]. *Cad Saude Publica* 2006 Aug;22(8):1649-59.
- (29) Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2004 Nov;83(5):429-33.
- (30) Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001;50(2):161-75.
- (31) Harzheim E, Oliveira MMC. Validação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool) versão adultos para usuários, Brasil. 2007. Ref Type: Personal Communication
- (32) Chalmers J, MacMahon S, Mancia G, Whitworth J, Beilin L, Hansson L, et al. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension. Guidelines sub-committee of the World Health Organization. *Clin Exp Hypertens* 1999 Jul;21(5-6):1009-60.
- (33) Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003 May 21;289(19):2560-72.
- (34) Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003 May 21;289(19):2560-72.
- (35) Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica do Brasil. ABEP 2007 [cited 2007 Nov 7]; Available from: URL: [http://www.abep.org/codigosguias/ABEP\\_CCEB.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf)
- (36) Stata Statistical Software Intercooled Stata 8.0. [computer program]. College Station TX / USA: Stata Corporation; 2003.

- (37) Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003 Oct 20;3:21.
- (38) Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997 Feb;26(1):224-7.
- (39) Costa JS, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IK, Castanheira M, Olinto MT, et al. Hypertension prevalence and its associated risk factors in adults: a population-based study in Pelotas. *Arq Bras Cardiol* 2007 Jan;88(1):59-65.
- (40) Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997 Feb;26(1):224-7.
- (41) Mendoza-Sassi R, Beria JU. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2003 Sep;19(5):1257-66.
- (42) Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003 May 21;289(19):2560-72.
- (43) Costa JS, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IK, Castanheira M, Olinto MT, et al. Hypertension prevalence and its associated risk factors in adults: a population-based study in Pelotas. *Arq Bras Cardiol* 2007 Jan;88(1):59-65.
- (44) Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2004 Nov;83(5):429-33.
- (45) Alvarez-Sala LA, Suarez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Banegas JR, et al. [PREVENCAT study: control of cardiovascular risk in primary care]. *Med Clin (Barc)* 2005 Mar 26;124(11):406-10.
- (46) Duggirala MK, Cuddihy RM, Cuddihy MT, Naessens JM, Cha SS, Mandrekar JN, et al. Predictors of blood pressure control in patients with diabetes and hypertension seen in primary care clinics. *Am J Hypertens* 2005 Jun;18(6):833-8.
- (47) 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 Dec 18;288(23):2981-97.
- (48) Becker DM, Yanek LR, Johnson WR, Jr., Garrett D, Moy TF, Reynolds SS, et al. Impact of a community-based multiple risk factor intervention on

cardiovascular risk in black families with a history of premature coronary disease. *Circulation* 2005 Mar 15;111(10):1298-304.

- (49) Majernick TG, Zacker C, Madden NA, Belletti DA, Arcona S. Correlates of hypertension control in a primary care setting. *Am J Hypertens* 2004 Oct;17(10):915-20.
- (50) Basile JN, Lackland DT, Basile JM, Riehle JE, Egan BM. A statewide primary care approach to cardiovascular risk factor control in high-risk diabetic and nondiabetic patients with hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2004 Jan;6(1):18-25.
- (51) Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003 May 21;289(19):2560-72.
- (52) Hyman DJ, Pavlik VN. Self-reported hypertension treatment practices among primary care physicians: blood pressure thresholds, drug choices, and the role of guidelines and evidence-based medicine. *Arch Intern Med* 2000 Aug 14;160(15):2281-6.
- (53) Roumie CL, Elasy TA, Wallston KA, Pratt S, Greevy RA, Liu X, et al. Clinical inertia: a common barrier to changing provider prescribing behavior. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007 May;33(5):277-85.
- (54) Steckelings UM, Stoppelhaar M, Sharma AM, Wittchen HU, Krause P, Kupper B, et al. HYDRA: possible determinants of unsatisfactory hypertension control in German primary care patients. *Blood Press* 2004;13(2):80-8.
- (55) Morris AB, Li J, Kroenke K, Bruner-England TE, Young JM, Murray MD. Factors associated with drug adherence and blood pressure control in patients with hypertension. *Pharmacotherapy* 2006 Apr;26(4):483-92.
- (56) Gomez-Marcos MA, Garcia-Ortiz L, Gonzalez-Elena LJ, Ramos-Delgado E, Gonzalez-Garcia AM, Parra-Sanchez J. [Effectiveness of a quality improvement intervention in blood pressure control in Primary Care]. *Rev Clin Esp* 2006 Oct;206(9):428-34.
- (57) Fretheim A, Oxman AD, Havelrud K, Treweek S, Kristoffersen DT, Bjorndal A. Rational prescribing in primary care (RaPP): a cluster randomized trial of a tailored intervention. *PLoS Med* 2006 Jun;3(6):e134.
- (58) Bosworth HB, Olsen MK, Goldstein MK, Orr M, Dudley T, McCant F, et al. The veterans' study to improve the control of hypertension (V-STITCH): design and methodology. *Contemp Clin Trials* 2005 Apr;26(2):155-68.
- (59) Montgomery AA, Fahey T, Peters TJ, MacIntosh C, Sharp DJ. Evaluation of computer based clinical decision support system and risk chart for

management of hypertension in primary care: randomised controlled trial. BMJ 2000 Mar 11;320(7236):686-90.

- (60) Goldberg HI, Wagner EH, Fihn SD, Martin DP, Horowitz CR, Christensen DB, et al. A randomized controlled trial of CQI teams and academic detailing: can they alter compliance with guidelines? Jt Comm J Qual Improv 1998 Mar;24(3):130-42.
- (61) CASSI. Estratégia de Saúde da Família. CASSI 2007 November 7 Available from: URL: [http://www.cassi.com.br/estrategia\\_assistencial/esf.asp](http://www.cassi.com.br/estrategia_assistencial/esf.asp)
- (62) Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre serviços de Atenção Primária em Porto Alegre. Porto Alegre: Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, FAMED/UFRGS; 2007.
- (63) Brasil.Ministério da Saúde. HIPERDIA - Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Rev Saúde Pública 2001;35(6):585-8.
- (64) Brasil.Ministério da Saúde. Portaria nº 493 de 13 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006. Datasus 2007 [cited 2007 Nov 7]; Available from: URL: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria\\_493.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria_493.pdf)
- (65) Brasil.Ministério da Saúde. HIPERDIA - Sistema de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Datasus 2007 [cited 2007 Nov 5]; Available from: URL: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>
- (66) Screening for high blood pressure: recommendations and rationale. Am J Prev Med 2003 Aug;25(2):159-64.

## ANEXOS

**a. Projeto de Pesquisa**



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

**PROJETO DE PESQUISA**

**Associação entre extensão dos atributos de Atenção Primária e qualidade do  
manejo da Hipertensão Arterial em adultos adscritos à rede de Atenção  
Primária à Saúde de Porto Alegre**

**MESTRANDO: THIAGO GOMES DA TRINDADE**

**ORIENTADOR: Prof. Dr. ERNO HARZHEIM**

**JUNHO DE 2007**

## **JUSTIFICATIVA:**

A atenção primária à saúde (APS) é definida através de seus atributos, quais sejam: o acesso de primeiro contato ao Sistema de Saúde, a longitudinalidade e a integralidade da atenção, a coordenação da assistência, a atenção centrada na família e na comunidade, e a competência cultural(1). Esses atributos estão relacionados em pesquisas internacionais com a efetividade e a equidade da atenção(2;3). No entanto, Blumenthal(4), ao revisar a literatura sobre a eficácia da APS em grupos populacionais vulneráveis, concluiu que evidências sobre a efetividade dos atributos da APS são pouco abundantes, sendo necessária a realização de estudos de avaliação que definam claramente que atributos estão sendo avaliados e qual sua real efetividade. Essa escassez de evidências também está presente no Brasil. Assim, tornou-se imprescindível uma produção rigorosa de conhecimento que possibilite avaliar a relação entre as características do processo de atenção e os desfechos em saúde.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada em 1994, vem crescendo em número de equipes implantadas e é a principal estratégia para a expansão da APS(5-10). No entanto, em Porto Alegre, a rede de serviços públicos de atenção primária em saúde inclui outros serviços, anteriores à ESF. Estes são o Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), com mais de 30 anos prestando assistência, além da formação de recursos humanos em APS; o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), que desde a década de 80 também presta assistência e faz formação de recursos humanos em APS; e as Unidades Básicas de

Saúde (UBS) municipais, que não apresentam a homogeneidade programática, nem de composição das equipes como a ESF. Além do setor público, existe uma tendência nacional nos planos de auto-gestão de reorganização de seus modelos de atenção através da implementação de serviços baseados em APS, como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Regional RS (CASSI-RS) que em 2004 implementou esse sistema. Frente a essa diversidade de serviços com diferentes características organizacionais, avaliar o processo e os resultados da APS nos seus distintos modelos assistenciais é fundamental para apontar os caminhos que devem ser seguidos para a implantação definitiva das diretrizes e princípios do SUS. A comparação entre esses serviços de APS públicos e privados pode contribuir para a qualificação da prática dos mesmos, principalmente ao definir a qualidade assistencial da ESF quando comparada a outros modelos de atenção (SSC/GHC e CSEM) que possuem equipes multiprofissionais mais amplas, possibilitando, talvez, maior integralidade da atenção, além de maior inserção em outros níveis do sistema (SSC/GHC).

Nesse sentido, os atributos da APS - acesso, longitudinalidade e integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária, e competência cultural - são reconhecidos na literatura internacional como eixos estruturantes do processo de APS, associados à qualidade dos serviços(11), à efetividade(12) e à eficiência(13) de suas intervenções. Starfield et al desenvolveram um instrumento capaz de medir sua presença e extensão(14), o Primary Care Assessment Tool (PCATool), cuja versão infantil(15) foi validada no Brasil por nosso grupo de trabalho(16) com apoio do grupo da autora do instrumento. Esse instrumento produz escores desses atributos e um escore geral sobre a qualidade da estrutura e do processo de atenção em APS.

Assim, o uso de um instrumento capaz de avaliar a qualidade da atenção primária oferecida, a partir da mensuração da extensão dos atributos da APS, representa uma oportunidade de avaliação comparativa do grau de êxito dos serviços em alcançar excelência na prática de APS.

Associado a isso, sabemos que em nosso país a principal causa de morbimortalidade são as doenças crônicas não-transmissíveis, especialmente as cardiovasculares, para as quais a hipertensão arterial sistêmica (HAS)(17) é um importante fator de risco modificável. Nesse contexto, a prevenção e o manejo cientificamente embasados da HAS(17) são ações programáticas prioritárias tanto na ESF como nos outros serviços de APS citados(18). Desse modo, investigações que definam a qualidade da APS em relação aos agravos não-transmissíveis são fundamentais para o direcionamento das políticas públicas no âmbito sanitário. Cabe, então, indagar a qualidade dos modelos de APS brasileiros, nos distintos serviços, em relação à prevenção e ao manejo da HAS.

A definição de indicadores de estrutura e processo – escores dos atributos da APS - e a investigação de sua correlação com o reconhecimento da HAS e seus desfechos intermediários (controle dos níveis pressóricos) são importantes para avaliar o impacto das ações de APS sobre a saúde da população adulta em Porto Alegre. Dessa forma, investigações de base populacional que definam a relação entre a APS, seus atributos e seu impacto na saúde da população são fundamentais para o direcionamento das políticas públicas.

## **OBJETIVOS:**

### Objetivo geral:

Medir a associação entre a qualidade da APS, através da extensão de seus atributos, e o reconhecimento da HAS e seus desfechos intermediários relacionados com o manejo.

### Objetivos específicos:

a) Investigar a associação entre qualidade da APS (escores PCATool) e o reconhecimento da HAS;

b) Investigar a associação entre qualidade da APS (escores PCATool) e o controle da HAS, utilizando como parâmetros os seguintes níveis pressóricos: PAS<140 e PAD< 90, e, em hipertensos com diabetes, PAS<130 e PAD<80;

c) Investigar a associação entre qualidade da APS (escores PCATool) e o manejo dos sujeitos com HAS, através dos seguintes indicadores de qualidade do cuidado:

- Orientações preventivas em geral e de mudanças de estilo de vida:
  - Alimentação saudável;
  - Prática de atividade física;
  - Parar de fumar;
  - Diminuir ou parar a ingestão de bebida alcoólica;
  - Higiene Bucal;
  - Vacina contra Influenza.
- Frequência de consultas;
- Uso de medicamento de primeira escolha (Diurético Tiazídico), entre os Hipertensos reconhecidos em tratamento farmacológico;

- Medição na última consulta de:
  - Pressão Arterial;
  - Peso;
  - Cintura;
  - Altura (alguma vez).
- Realização no último ano de:
  - Exame de urina;
  - Exame de colesterol;
  - Eletrocardiograma;
- Participação em grupos de hipertensos;
- Internações por HAS.

## **METODOLOGIA:**

**Local do estudo:** cidade de Porto Alegre-RS.

**Delineamento do estudo:** Estudo transversal de base populacional.

**População da pesquisa:** adultos maiores de 18 anos residentes nas áreas geográficas cobertas pela rede pública de APS em Porto Alegre, e listagem de pacientes maiores de 18 anos atendidos pelas Equipes de Saúde da Família da CASSI-RS, reconhecidos como hipertensos.

**Amostragem:** Será realizada amostragem por conglomerados (unidades de saúde de cada tipo de serviço). *Crítérios de inclusão:* adultos maiores de 18 anos residentes nos domicílios selecionados há pelo menos um ano da data da entrevista, que aceitem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. *Crítérios de exclusão:* indivíduos maiores de 18

anos dos domicílios selecionados que não apresentarem condições de saúde para responder ao questionário, de acordo com avaliação do coordenador de campo; que referirem serviço como não-pertencente a Porto Alegre; ou referirem última consulta há mais de 10 anos (antes de 1996 – ano da municipalização dos serviços de saúde em Porto Alegre). A amostragem dos domicílios visitados será por conglomerado (clusters), sendo estratificada por gerência distrital de saúde da cidade de Porto Alegre. No caso das UBS e ESF, será selecionada aleatoriamente a metade das equipes de cada gerência distrital para investigação. Para cada equipe escolhida serão selecionados domicílios de forma sistemática, sendo entrevistados os moradores que preencherem os critérios de seleção. Serão avaliadas a totalidade das 12 unidades de saúde do SSC/GHC e das sete unidades de saúde do CSEM, sendo que a seleção de domicílios será também de forma sistemática, por conglomerados. A amostra de adultos da CASSI-RS será selecionada de forma aleatória da listagem de famílias de pacientes maiores de 18 anos cadastrados nas Equipes de Saúde da Família.

#### **Cálculo do tamanho da amostra:**

A amostra foi calculada através do pacote estatístico EPI-INFO 6.0(19), para estudos transversais comparativos e para descrição de proporções utilizando-se dados provenientes do estudo de validação da versão infantil do PCATool(16) e da literatura nacional sobre prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão(20). Os parâmetros utilizados foram: nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%.

Com o objetivo de medir a associação entre qualidade da atenção (variável preditora) e indicadores intermediários de controle de HAS (variável de desfecho):

Estimou-se uma amostra total de 132 sujeitos hipertensos (66 em cada grupo), a fim de comparar a proporção de hipertensos controlados entre os sujeitos com Alto Escore de APS (estimativa de 50% dos hipertensos em controle) e com Baixo Escore de APS (estimativa de 25% dos hipertensos em controle).

O Escore de atenção primária será definido em uma escala de 0 a 10, sendo 0 – escore mínimo e 10 – escore máximo. Quando o escore geral for igual ou maior que 6,6, será considerado Alto Escore de APS.

#### **Medidas e instrumentos:**

1. Serão realizadas medidas com um questionário geral, estruturado, composto por dois instrumentos distintos:

C. Questionário estruturado com variáveis sociodemográficas e sobre os fatores de risco cardiovascular (sedentarismo, diabetes, tabagismo, HAS, uso de álcool, padrão alimentar, história familiar, entre outros);

D. Questionário sobre a qualidade da APS(14): Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, versão adultos para usuários, o PCATool – Adult Primary Care Assessment Tool, que foi desenvolvido por Starfield(14) e mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais (Acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação) e dos 3 atributos derivados (Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural) da APS, além do grau de afiliação ao serviço de saúde. Esse instrumento possibilita, através de respostas tipo Likert, construir escores de APS com intervalo de 0-10 para cada atributo. O escore final de cada um desses atributos é dado pela média das respostas de seus itens (perguntas). Alguns atributos são formados por subdimensões, como

Acesso (Primeiro Contato e Utilização) e Integralidade (Serviços Prestados e Serviços Disponíveis). A média dos escores dos atributos essenciais e do grau de afiliação produz o Escore Essencial da APS, e a média dos escores de todos os atributos (essenciais + derivados + grau de afiliação) produz o Escore Geral de APS. Esse instrumento já foi validado(14) e utilizado nos Estados Unidos.

2. Medidas antropométricas:

C. Peso, altura, cintura (máxima e mínima) e quadril;

D. Avaliação da pressão arterial: medida em dois momentos durante a visita domiciliar, com intervalo mínimo de 3 minutos entre a 1ª e a 2ª medida (os entrevistadores - acadêmicos de enfermagem, medicina e odontologia - serão treinados segundo as normas da Organização Mundial da Saúde(21) para uma adequada mensuração da pressão arterial e também para o preenchimento adequado dos questionários). Todas as balanças e esfigmomanômetros serão calibrados e aprovados pelo INMETRO.

**Planejamento e logística:**

1. Preparação do trabalho de campo: Essa etapa engloba a organização e o treinamento da equipe, bem como a realização do estudo piloto. A equipe de coordenadores de campo e entrevistadores será selecionada de acordo com critérios de capacitação e disponibilidade de tempo para a execução da tarefa. O processo de seleção da mesma realizar-se-á durante o treinamento e o estudo piloto, selecionando os candidatos que apresentarem bom desempenho e responsabilidade na execução das tarefas do treinamento e do piloto. O treinamento será realizado em 10 sessões presenciais, quando se explicará a

metodologia do estudo, além do treinamento prático sobre a aplicação dos questionários, condutas no trabalho de campo e sobre a realização das medidas de pressão arterial e antropométricas (peso, altura, cintura e quadril). O estudo piloto simulará em todas as características a rotina da coleta de dados. Para tanto, será realizado em comunidade semelhante à comunidade em estudo, com presença de toda equipe executora. Ao final do treinamento será elaborado, discutido e adaptado o Manual de Campo com orientações para a seleção das casas e entrevistados, e os detalhes dos procedimentos para a coleta de informação e métodos para o controle e qualidade dos dados.

2. Coleta de campo: Será realizada em mutirão, com a presença de 1-2 coordenadores de campo e 10-15 entrevistadores, seguindo o processo de seleção de domicílios de acordo com a técnica de amostragem por conglomerados. Além da aplicação dos questionários individuais e da ficha de descrição do domicílio, serão realizadas as medidas já descritas. Todos os questionários serão aplicados por entrevistadores treinados, estudantes universitários de ciências da saúde, orientados em relação ao objetivo do estudo. As entrevistas serão realizadas num período total de 12 meses. Serão reaplicados pelos coordenadores de campo 10% dos questionários, em um intervalo de 1-2 meses após a entrevista inicial, a fim de garantir a qualidade da coleta de dados e a validação do PCATool.

**Processamento, análise dos dados e análise estatística:**

1. A estruturação do banco de dados será realizada na forma de escaneamento dos questionários e posterior transferência das imagens para uma base de dados, utilizando como meio de conversão o software *Teleform*® e seus

submódulos *reader* e *verify*. A depuração do banco de dados será realizada concomitantemente à entrada dos dados.

2. Análise dos dados: A análise descritiva (da avaliação dos serviços de saúde e do estado de saúde da população) tomará em conta a estratégia de amostragem (*clusters*), utilizando o pacote estatístico STATA 8(22) e seus comandos “*svy*”, que são usados para o controle do efeito de *cluster* através do método de Séries Lineares de Taylor. As variáveis contínuas estão apresentadas através de suas médias e desvios-padrão (média  $\pm$  DP); e as categóricas, pelas suas proporções. Análises comparativas: o teste de hipóteses, por exemplo, em que o controle sobre a hipertensão arterial estará associado a maior grau de extensão da APS (Escore Geral de APS), será avaliado com os desfechos expressos de forma contínua e categórica. A comparação das médias entre os serviços públicos e entre estes e o serviço privado será realizada através do teste “*t*” de Student. Para a comparação das proporções será utilizado o teste do qui-quadrado. O nível de significância de 5%, bicaudal, será utilizado para todas as provas estatísticas. Para o controle de possíveis fatores de confusão entre a associação dos escores da APS, o reconhecimento e o controle da HAS, será procedida a análise multivariada por meio da regressão de Poisson modificada (com variância robusta), que apresenta como medida de efeito a razão de prevalência (RP), com seus intervalos de confiança (IC), permitindo interpretações mais precisas, uma vez que a razão de chances superestima a magnitude em doenças com prevalência elevada, como o reconhecimento e controle da hipertensão(23). As variáveis serão incluídas em cada nível da análise levando em

consideração o modelo hierárquico conceitual(24), relacionado com reconhecimento e controle da hipertensão(25) (Figura 1). Serão mantidas no modelo as variáveis que apresentarem no seu nível de entrada um valor de  $p < 0,20$ (24;26).

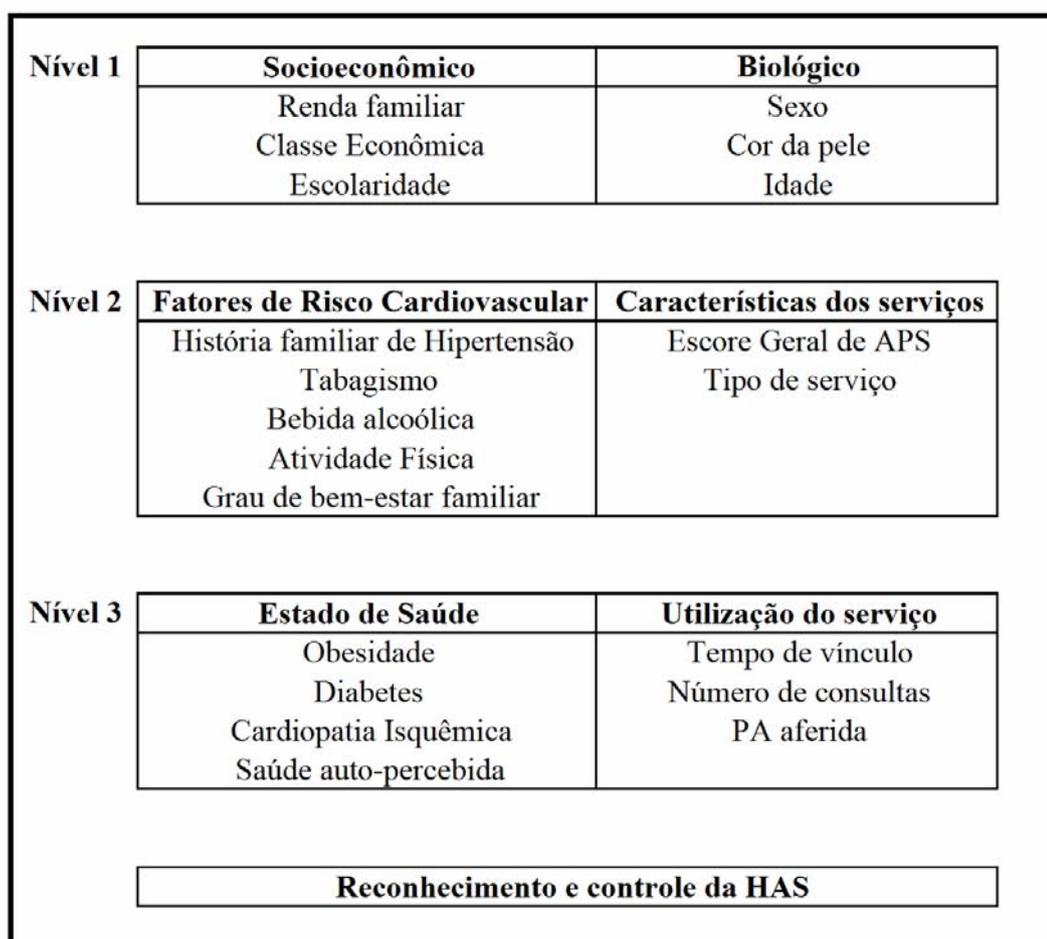


Figura 1. Modelo hierárquico conceitual para reconhecimento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica.

## **QUESTÕES ÉTICAS:**

Este projeto foi submetido para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, do Grupo Hospitalar Conceição, da Escola de Saúde Pública (SES-RS) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. O projeto também será discutido com as gerências dos distritos, com as equipes de saúde implicadas e com a população, através dos conselhos distritais de saúde de cada comunidade alvo. Somente depois dessa ampla discussão com todos os atores sociais envolvidos se iniciará a coleta de dados. Todos os entrevistados receberão uma explicação clara sobre os objetivos do estudo. Somente serão realizadas as entrevistas com os indivíduos que aceitarem participar e assinarem o Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os indivíduos identificados pela primeira vez como hipertensos, assim como os hipertensos que não estiverem com bom controle de suas doenças, serão encaminhados à unidade de saúde de referência para avaliação e acompanhamento, com indicações do grupo de pesquisa sobre a melhor conduta para cada caso, em concordância prévia com as equipes de saúde dessas unidades.

## **INFRA-ESTRUTURA BÁSICA:**

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPG-Epi) e o Departamento de Medicina Social (DMS) da FAMED-UFRGS disponibilizarão sala para encontros de planejamento, treinamento e acompanhamento da pesquisa, bem como uma sala para sediar o projeto e manter o equipamento necessário. A estrutura de informática do PPG-Epi/DMS, computadores em rede conectados à Internet com disponibilidade de softwares para criação de banco de dados e posterior análise dos resultados, estarão à disposição da equipe e dos bolsistas vinculados ao projeto.

**CRONOGRAMA:**

<b>TAREFA</b>	<b>INÍCIO</b>	<b>FIM</b>
Trabalho de campo	Julho-2006	Junho-2007
Reteste	Dezembro-2006	Agosto-2007
Busca sistemática	Mai-2007	Outubro-2007
Redação projeto	Mai-2007	Junho-2007
Defesa projeto		19/06/2007
Limpeza do banco	Junho-2007	Setembro-2007
Validação PCATool	Setembro-2007	Setembro-2007
Análise dos dados	Agosto-2007	Setembro-2007
Redação dissertação e artigo	Rev. Literatura Introdução Metodologia Resultados Discussão Artigo Final	Junho-Outubro-2007 Julho-agosto-2007 Julho-agosto-2007 Setembro-2007 Outubro-2007 Outubro-2007
Defesa preliminar		Novembro-2007
Defesa final		Dezembro-2007

### **INSTITUIÇÕES COLABORADORAS:**

Este projeto está sendo desenvolvido com a parceria das seguintes instituições:

- Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA);
- Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC);
- Centro de Saúde Escola Murialdo / Escola de Saúde Pública / Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul;
- Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS;
- Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí/RS;
- Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI / RS);
- Johns Hopkins School of Public Health.

### **INSTITUIÇÕES FINANCIADORAS:**

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

## REFERÊNCIAS

- (1) Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
- (2) Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv* 1994;24(3):431-58.
- (3) Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. *Int J Health Serv* 2000;30(3):541-55.
- (4) Blumenthal D, Mort E, Edwards J. The efficacy of primary care for vulnerable population groups. *Health Serv Res* 1995 Apr;30(1 Pt 2):253-73.
- (5) Brasil.Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família completa 10 anos. Brasília 2004 Available from: URL:  
[portalweb02.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=20110](http://portalweb02.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20110)
- (6) Brasil.Ministério da Saúde.Fundação Nacional de Saúde.Departamento de operações.Coordenação de Saúde da Comunidade.Programa de Saúde da Família. Saúde dentro de casa. Brasília 1994
- (7) Brasil.Ministério da Saúde. Portaria 1.886 de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília 1997

- (8) Brasil.Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. Rev Bras Saúde Materno-Infantil 2003;3(1):113-25.
- (9) Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. Ciência & Saúde Coletiva 2003;8(2):403-15.
- (10) Bodstein R. Atenção Básica na agenda da saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2002;7(3):401-12.
- (11) Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. Health Serv Res 2002 Jun;37(3):529-50.
- (12) Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy 2002 Jun;60(3):201-18.
- (13) Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res 2003 Jun;38(3):831-65.
- (14) Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Assessment Tool. J Fam Pract 2001;50(2):161-75.

- (15) Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber g LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000 Apr;105(4 Pt 2):998-1003.
- (16) Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. [Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services]. *Cad Saude Publica* 2006 Aug;22(8):1649-59.
- (17) [IV Brazilian guidelines in arterial hypertension]. *Arq Bras Cardiol* 2004 Mar;82 Suppl 4:7-22.
- (18) Brasil.Ministério da Saúde. HIPERDIA - Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. *Rev Saúde Pública* 2001;35(6):585-8.
- (19) EPI-INFO [computer program]. Atlanta: Centers for Disease Control, Epidemiology Program Office.; 1998.
- (20) Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol* 2004 Nov;83(5):429-33.
- (21) Chalmers J, MacMahon S, Mancia G, Whitworth J, Beilin L, Hansson L, et al. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension. Guidelines sub-committee of the World Health Organization. *Clin Exp Hypertens* 1999 Jul;21(5-6):1009-60.

- (22) Stata Statistical Software Intercooled Stata 8.0. [computer program]. College Station TX / USA: Stata Corporation; 2003.
- (23) Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003 Oct 20;3:21.
- (24) Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997 Feb;26(1):224-7.
- (25) Costa JS, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IK, Castanheira M, Olinto MT, et al. Hypertension prevalence and its associated risk factors in adults: a population-based study in Pelotas. *Arq Bras Cardiol* 2007 Jan;88(1):59-65.
- (26) Mendoza-Sassi R, Beria JU. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2003 Sep;19(5):1257-66.

**b. Aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa**

**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**



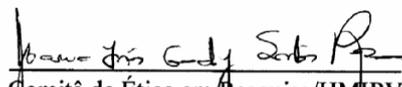
Porto Alegre, 27 de setembro de 2005.

Ilmo (a) Sr. (a)

**Bruce B Duncan**

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado " **Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da família no município de Porto Alegre**" do(a) pesquisador(a) **Bruce B Duncam** protocolado neste CEP sob nº56/05, foi **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV,14/09/2005, estando ética e metodologicamente adequado às Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – ( Resolução 196/96 ) – do Conselho Nacional de Saúde. **Informamos que os autores deverão encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.**

Atenciosamente,

  
Comitê de Ética em Pesquisa/HMIPV

---

# CASSI

Porto Alegre, 03 de novembro de 2005.

Ao

CNPq

Afirmo através desta que a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil apóia e é instituição colaboradora do projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre", sob coordenação do Prof. Bruce B. Duncan do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A forma e o conteúdo desta colaboração esta definida na proposta n° 9366559643809311, datada de 18/10/2005, em resposta ao edital 49/2005 do CNPq.

Atenciosamente,



Carlos Emílio Flesch

Gerente Regional

CASSI RS

Caixa de Assistência dos  
Funcionários do Banco do Brasil  
Tel: (051) 2139.8000  
Fax: (051) 2139.8001  
Av. Cristóvão Colombo, 2240 – 5º andar  
90560-002 Porto Alegre RS

Of. CEPS/ESP – 076/2006.

Porto Alegre, 08 de agosto de 2006.

Senhor Pesquisador

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



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

Ilmo. Sr.  
Erno Harzhein  
UFRGS  
N/C

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



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA **PROPESQ**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**RESOLUÇÃO**

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

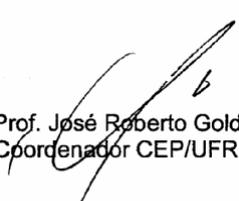
**Número:**2004367

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

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

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

Porto Alegre, 13 de janeiro de 2005.

  
Prof. José Roberto Goldim  
Coordenador CEP/UFRGS



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

**RESOLUÇÃO**

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

**Projeto:** 05-365

<b>Pesquisador Responsável:</b> BRUCE BARTOLOW DUNCAN
--

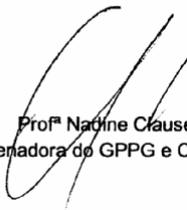
**Título:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROCESSO DE ATENÇÃO E DA SUA EFETIVIDADE SOBRE A SAÚDE DO ADULTO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E EM MODELOS ALTERNATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

**AMPLIAÇÃO DA PESQUISA**

**Data da Versão:**  
15/02/2006

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

Porto Alegre, 15 de fevereiro de 2006.

  
Profª Nadine Clausell  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA



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

Porto Alegre, 23 de junho de 2006.

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

**Nº CEP/GHC: 029/06**  
**FR: 88112**

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

**Pesquisador(es):** Erno Harzheim

**PARECER:**

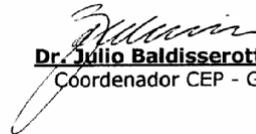
**Documentação:** Aprovada  
**Aspectos Metodológicos:** Aprovados  
**Aspectos Éticos:** Aprovados

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

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

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

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

  
Dr. Julio Baldisserotto  
Coordenador CEP - GHC

**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / GHC** fone/fax: (51) 33572407 – e-mail: pesquisas-gep.com.br  
**Reconhecido:** Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (31/out/1997) – Ministério da Saúde  
IRB – Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)  
Office for Human Research Protections (ORPH) sob número – IRB 00001105  
FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378









Identificação

--	--	--	--

## B. PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

Entrevistador - para todas as próximas perguntas você deve usar o cartão de resposta nº1

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
B1. Quando você necessita de uma consulta de revisão (check-up), você vai ao "nome do médico/enfermeira/local" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao "nome do médico/enfermeira/local" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3. Quando você tem que consultar um especialista, "nome do médico/enfermeira/local" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## C. PRIMEIRO CONTATO - ACESSO

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C1. "nome do médico/enfermeira/local" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2. "nome do médico/enfermeira/local" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. Quando "nome do médico/enfermeira/local" está aberto e você adoece, alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4. Quando "nome do médico/enfermeira/local" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

2434296415

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

9367296417

Identificação

--	--	--	--

## D. ATENDIMENTO CONTINUADO

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

6397296417

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

9638296418

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

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

3403296412

Identificação

--	--	--	--

## G. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)

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

4888296410

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

5793296416

Identificação

--	--	--	--

## H. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)

As próximas perguntas tratam de diferentes orientações/conselhos em saúde que podem ser recebidos às vezes. Por favor, indique a melhor opção.

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

0856296411

Identificação

## I. ENFOQUE NA FAMÍLIA

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu "nome do médico/enfermeira/local" com a sua família. Por favor, indique a melhor opção.

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
11. O "nome do médico/enfermeira/local" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12. O "nome do médico/enfermeira/local" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão, etc)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. O "nome do médico/enfermeira/local" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
J1. Alguém no "nome do médico/enfermeira/local" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2. O "nome do médico/enfermeira/local" conhece os problemas de saúde importantes da sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3. O "nome do médico/enfermeira/local" ouve opiniões e idéias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

0993296413

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





## Questionário satisfação última consulta

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

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

M16. Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil marcar ou conseguir esta consulta)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M17. Qual sua opinião sobre o tempo dispendido na sala de espera (o que você achou do tempo que teve de esperar para consultar)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M18. Qual sua opinião sobre a cordialidade por parte da recepção (o pessoal da recepção foi cordial, educado, simpático)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M19. Qual sua opinião sobre a cordialidade do profissional que lhe atendeu (o médico/enfermeira foi cordial, educado(a), simpático(a))?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M20. Qual sua opinião sobre a atenção dada as suas queixas pelo profissional que lhe atendeu (o médico/enfermeira ouviu com atenção o motivo da consulta, suas queixas)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M21. Qual sua opinião sobre o exame clínico (qual sua opinião sobre o jeito como o médico/enfermeira lhe examinou)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M22. Qual sua opinião sobre a confiança despertada pelo médico/enfermeira (você confiou no médico/enfermeira)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M23. Qual sua opinião sobre a confiança na receita (você confiou na receita dada pelo médico/enfermeira)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M24. Qual sua opinião sobre as explicações do médico/enfermeira com respeito a sua doença (as explicações sobre o motivo da consulta, sobre seu problema, que o médico/enfermeira lhe deu na consulta)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M25. Qual sua opinião sobre as explicações quanto ao prognóstico (explicações do médico/enfermeira sobre a duração, a evolução e as conseqüências do seu problema/doença)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M26. Você ficou satisfeito com o agendamento (com a forma de marcação desta consulta)?

" Carinha"  A  B  C  D  E

M27. Qual sua avaliação geral desta consulta (opinião geral sobre a consulta como um todo)?

" Carinha"  A  B  C  D  E



Identificação

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

8058296413

--	--	--	--

Agora vamos falar sobre orientações de saúde que você recebeu no "nome do médico/enfermeira/local" nos últimos 12 meses

M51. Nos últimos 12 meses, você teve sua pressão arterial medida no "nome do médico/enfermeira/local" ?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M52. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações para a prática de atividade física (exercícios)?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M53. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações sobre alimentação saudável, como comer pouca gordura, comer mais alimentos com fibras e comer alimentos com menor quantidade de sal?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M54. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações sobre higiene bucal (forma correta escovar os dentes, uso de fio dental) ?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M55. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses vacina contra gripe (contra influenza) ?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M56. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu alguma vez nos últimos 5 anos vacina contra pneumococo, um tipo de bactéria que provoca pneumonia?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

Agora vamos falar sobre doenças que você possa ter

#### DIABETES

M57. Algum médico já lhe disse que você tem diabetes?

- Sim  
 Sim, mas apenas durante a gestação (para mulheres) (Pule para a pergunta M75)  
 Não (Pule para a pergunta M75)  
 Não sei (Pule para a pergunta M75)

M58. Há quanto tempo você sabe ter diabetes?   ,  anos

M59. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou com "nome do médico/enfermeira/local" devido ao diabetes?

nº de consultas

M60. Há quantas semanas foi sua última consulta com "nome do médico/enfermeira/local" devido ao diabetes?

,  Semanas

M61. Esta consulta foi agendada?  Sim  Não  Não sei

M62. Você faz dieta para tratar o diabetes?

Sim  Não (Pule para a pergunta M64)  Não sei (Pule para a pergunta M64)

Identificação

□□□□

M63. Esta dieta foi orientada/prescrita no "nome do médico/enfermeira/local"?  Sim  Não  Não sei

M64. Você precisa usar remédios ou insulina para tratar o diabetes?  Sim  Não  Não sei

M65. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você fez um exame chamado hemoglobina glicada ou hemoglobina glicosilada (explique se necessário: hemoglobina glicada é um exame que mede como estava a média do açúcar no sangue nos últimos meses)?

□□ n° de vezes que fez HbG (marque 00 caso não tenha feito nenhuma vez)

M66. Nos últimos 12 meses, em alguma consulta no "nome do médico/enfermeira/local" fizeram um exame nos seus pés para verificar feridas ou testar a sua sensibilidade?

Sim  Não  Não sei

M67. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações sobre cuidados que deve ter com seus pés, exemplo olhar os pés regularmente, evitar cortar calos e/ou usar sapatos que não machuquem?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M68. Você realiza estes cuidados nos seus pés, por exemplo, você examina para ver se tem alguma ferida nos pés ou evita cortar calos ou procura usar sapatos que não machuquem?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M69. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de diabéticos no "nome do médico/enfermeira/local" ?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M70. Nos últimos 12 meses, você foi encaminhado pelo "nome do médico/enfermeira/local" a consultar com oftalmologista e nesta consulta com o oftalmologista suas pupilas foram dilatadas (colocaram colírio que lhe perturbou a visão)?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M71. Nos últimos 12 meses, você foi encaminhado pelo "nome do médico/enfermeira/local" e conseguiu consultar com dentista para revisar a presença de doenças nos dentes ou na gengiva?

Sim  Não  Não sei/Não lembro

M72. Algum médico já lhe disse se você teve ou tem alguma destas complicações decorrentes do seu diabetes?

Mal funcionamento dos rins	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Infarto agudo do miocárdio	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Diminuição e/ou perda de visão, além daquela que vem com a idade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Amputação de membros ou de parte de um membro	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Coma diabético	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
			Hipoglicemia (açúcar baixo demais no sangue)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

M73. Durante sua vida, você teve alguma internação por diabetes?

Sim, quantas vezes? □□ n° de internações por diabetes

Não (Pule para a pergunta M75)

M74. Alguma destas internações por diabetes aconteceu desde que você está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?

Sim, quantas vezes? □□ n° de internações por diabetes desde que está consultando neste serviço

Não

3139296418

## HIPERTENSÃO

M75. Algum médico já lhe disse que você tem pressão alta (hipertensão)?

- Sim  
 Sim, mas apenas durante a gestação (para mulheres) (Pule para a pergunta M85)  
 Não (Pule para a pergunta M85)  
 Não sei (Pule para a pergunta M85)

M76. Há quanto tempo você sabe ter pressão alta (hipertensão)? ,  anos

M77. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou no "nome do médico/enfermeira/local" devido à pressão alta (hipertensão)?  n° de consultas

M78. Há quantas semanas foi sua última consulta no "nome do médico/enfermeira/local" devido à pressão alta (hipertensão)? ,  Semanas

M79. Esta consulta foi agendada?  Sim  Não  Não sei

M80. Você precisa usar remédios para tratar a pressão alta (hipertensão)?  Sim  Não  Não sei

M81. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de hipertensos no "nome do médico/enfermeira/local"?  Sim  Não  Não sei

M82. Algum médico já lhe disse se você tem ou teve alguma destas complicações decorrentes da sua pressão alta (hipertensão)?

Mal funcionamento dos rins	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Infarto agudo do miocárdio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Crise Hipertensiva	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Insuficiência cardíaca (coração fraco ou grande)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

M83. Durante sua vida, você teve alguma internação por pressão alta (hipertensão)?

- Sim, quantas vezes?  n° de internações por pressão alta (hipertensão)  
 Não (Pule para a pergunta M85)

M84. Alguma destas internações por pressão alta (hipertensão) aconteceu desde que você está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?

- Sim, quantas vezes?  n° de internações por hipertensão desde que está consultando neste serviço  
 Não

## INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

M85. Você já teve infarto do miocárdio (infarto do coração)?

- Sim
- Não (Pule para a pergunta M92)
- Não sei (Pule para a pergunta M92)

M86. Quantas vezes você já teve infarto do miocárdio (infarto do coração)?

 infartos

M87. Que idade você tinha quando infartou pela 1ª vez?

 anos

M88. Você usa remédios atualmente para prevenir ou tratar um infarto do miocárdio (infarto do coração)?

- Sim  Não  Não sei

M89. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de pessoas com problemas no coração no "nome do médico/enfermeira/local"?

- Sim  Não  Não sei

M90. Você já internou alguma vez devido a infarto do miocárdio (infarto do coração) desde que está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?

- Sim, quantas vezes?  nº de internações por infarto desde que está consultando neste serviço
- Não

M91. Antes do infarto agudo do miocárdio, algum médico já tinha lhe dito que você tinha angina (cardiopatia isquêmica ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?

- Sim
- Não (Pule para a pergunta M101)
- Não sei (Pule para a pergunta M101)

## ANGINA - CARDIOPATIA ISQUÊMICA

M92. Algum médico já lhe disse que você tem angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?

- Sim
- Não (Pule para a pergunta M101)
- Não sei (Pule para a pergunta M101)

M93. Há quanto tempo você sabe ter angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?

,  anos

M94. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou no "nome do médico/enfermeira/local" devido à angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?

 nº de consultas

M95. Há quantas semanas foi sua última consulta no "nome do médico/enfermeira/local" devido à angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?

,  SemanasM96. Esta consulta foi agendada?  Sim  Não  Não sei/Não lembro

Identificação

□□□□

M97. Você precisa usar remédios para tratar a angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?

Sim  Não  Não sei

M98. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de pessoas com problemas no coração "nome do médico/enfermeira/local"?

Sim  Não  Não sei

M99. Durante sua vida, você teve alguma internação por angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?

Sim, quantas vezes? □□ n° de internações por angina

Não (Pule para a pergunta M101)

M100. Alguma destas internações por angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto") aconteceu desde que você está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?

Sim, quantas vezes? □□ n° de internações por diabetes desde que está consultando neste serviço

Não

Estas perguntas (M101-M107) são para os entrevistados identificados como DIABÉTICOS E/OU COMO HIPERTENSOS E/OU INFARTADOS E/OU COM ANGINA (infartados previamente ou portadores de cardiopatia isquêmica).

Caso seu entrevistado não tenha declarado nenhuma dessas 4 condições, pule para a pergunta M108.

M101. Nesta última consulta que você realizou devido ao DIABETES e/ou PRESSÃO ALTA e/ou CARDIOPATIA/INFARTO, você teve sua pressão arterial medida?

Sim  Não  Não sei

M102. Nesta última consulta que você realizou devido ao DIABETES e/ou PRESSÃO ALTA e/ou CARDIOPATIA/INFARTO, você teve seu peso medido?

Sim  Não  Não sei

M103. Nesta última consulta que você realizou devido ao DIABETES e/ou PRESSÃO ALTA e/ou CARDIOPATIA/INFARTO, você teve sua cintura medida?

Sim  Não  Não sei

M104. Nas consultas que você realizou no "nome do médico/enfermeira/local" você já teve sua altura medida alguma vez?

Sim  Não  Não sei

M105. Nos últimos 12 meses, foi solicitado no "nome do médico/enfermeira/local" e você fez um exame de urina para avaliar o funcionamento dos rins?

Sim  Não  Não sei

M106. Nos últimos 12 meses, você já teve seu colesterol medido através de exames de sangue solicitados no "nome do médico/enfermeira/local"?

Sim  Não  Não sei

M107. Nos últimos 12 meses, você fez eletrocardiograma de repouso solicitado no "nome do médico/enfermeira/local"?

Sim  Não  Não sei

3397296414



Agora vamos falar sobre a história de doenças na sua família

N1. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que tenha diabetes?

- Sim  
 Não (Pule para a pergunta N3)  
 Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta N3)

N2. Se sim, qual familiar teve ou tem diabetes? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)

- Pai  Mãe  Irmão/Irmã

N3. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que tenha pressão alta (hipertensão)?

- Sim  
 Não (Pule para a pergunta N5)  
 Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta N5)

N4. Se sim, qual familiar teve ou tem pressão alta (hipertensão)? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)

- Pai  Mãe  Irmão/Irmã

N5. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que tenha cardiopatia isquêmica (angina do coração)?

- Sim  
 Não (Pule para a pergunta N7)  
 Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta N7)

N6. Se sim, qual familiar teve ou tem cardiopatia isquêmica (angina do coração)? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)

- Pai  Mãe  Irmão/Irmã

N7. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que já tenha tido infarto do coração (infarto do miocárdio)?

- Sim  
 Não (Pule para a pergunta O1)  
 Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta O1)

N8. Se sim, qual familiar já teve infarto do coração (infarto do miocárdio)? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)

- Pai  Mãe  Irmão/Irmã



Identificação

--	--	--	--

Q7. Como é a privada da casa? (Leia as opções)

- Sanitário com descarga     Sanitário sem descarga     Casinha     Não tem

Q8. Quantos banheiros têm na sua casa?

- Nenhum     1     2     3     4 ou mais

Q9. Quantos dormitórios têm na sua casa?

- Nenhum     1     2     3     4 ou mais

Q10. Vamos fazer perguntas sobre eletrodomésticos e aparelhos que vocês têm em casa. Nós queremos saber se você tem cada um destes aparelhos e quantos destes eletrodomésticos estão funcionando, em condição de uso, esta bem? (anote somente se estiver funcionando, sempre anotando o nº de artigos - 00 = não tem OU nº de aparelhos caso o entrevistado diga: "sim, tenho")

Rádio	<input type="checkbox"/>	Máquina de lavar (não considerar tanquinho)	<input type="checkbox"/>
Tv a cores	<input type="checkbox"/>	Forno Microondas	<input type="checkbox"/>
Vídeo/DVD	<input type="checkbox"/>	Linha telefonica	<input type="checkbox"/>
Geladeira	<input type="checkbox"/>	Microcomputador	<input type="checkbox"/>
Freezer separado da geladeira ou duplex	<input type="checkbox"/>	Condicionador de ar	<input type="checkbox"/>
Aspirador de pó	<input type="checkbox"/>	Automóvel	<input type="checkbox"/>

Q11. Você tem empregada mensalista (doméstica, babá, motorista) em sua casa? Se sim, quantas (os)?

- Nenhuma     1     2     3     4 ou mais

Q12. (Entrevistador: anote o tipo de casa)

- Tijolo     Papelão/Lata  
 Tijolo/Madeira     Apartamento  
 Madeira regular (pré-fabricada)     Outra   
 Madeira irregular

Q13. Qual é o destino do lixo da sua casa?

- Recolhido pelo caminhão     Jogado fora do pátio  
 Enterrado     Não sei  
 Queimado     Outro

6637296414

Identificação

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

- Desempregado Há quanto tempo?(meses)  (Pule para a pergunta Q18)
- Empregado, com carteira assinada
- Empregado, sem carteira assinada
- Fazendo biscates
- Dona de casa (Pule para a pergunta Q17)
- Estudante (Pule para a pergunta Q17)
- Aposentado (Pule para a pergunta Q17)
- Auxílio doença (encostado por doença) (Pule para a pergunta Q17)
- Pensionista (Pule para a pergunta Q17)
- Dono do próprio negócio
- Trabalhador autônomo
- Outro (Especificar):

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

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

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

- Sim
- Não
- Não sei

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

Pessoa 1? R\$ por mês ,  Pessoa 5? R\$ por mês ,

Pessoa 2? R\$ por mês ,  Pessoa 6? R\$ por mês ,

Pessoa 3? R\$ por mês ,  Pessoa 7? R\$ por mês ,

Pessoa 4? R\$ por mês ,  Pessoa 8? R\$ por mês ,

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

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

Sim  Não Outra renda 1 R\$ ,

(00 caso não tenha outra fonte de renda)

Muito obrigado, por haver disponibilizado seu tempo livre para responder este questionário.

Estas são suas medidas(entregue a carteirinha). TCHAU!

(Não esqueça de combinar a coleta de sangue para os pacientes identificados com diabetes!)

Horário do término da entrevista :

2084296416

#### d. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº Questionário: \_\_\_\_\_

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

##### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Usuários

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

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

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

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

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

Eu,.....(paciente ou responsável), fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Data

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