

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PRÁTICAS DO CUIDADO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO RS.**

Vitória de Oliveira Ximendes

PELOTAS, RS
FEVEREIRO / 2025

Vitória de Oliveira Ximendes

**Práticas do cuidado de pessoas com hipertensão na Atenção Primária à Saúde no
RS.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia da Universidade Federal de
Pelotas, como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Epidemiologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elaine Tomasi.

**PELOTAS, RS
FEVEREIRO / 2025**

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação da Publicação

X1p Ximendes, Vitória de Oliveira

Práticas do cuidado de pessoas com hipertensão na atenção primária à saúde no RS [recurso eletrônico] / Vitória de Oliveira Ximendes ; Elaine Tomasi, orientadora. — Pelotas, 2025.
195 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2025.

1. Epidemiologia. 2. Atenção primária à saúde. 3. Prevenção. 4. Hipertensão. 5. Rastreamento da hipertensão. I. Tomasi, Elaine, orient. II. Título.

CDD 614.4

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

VITÓRIA DE OLIVEIRA XIMENDES

Práticas do cuidado de pessoas com hipertensão na Atenção Primária à Saúde no RS.

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do título de Mestre em Epidemiologia, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

Data: 27/02/2025

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Iná da Silva dos Santos (Examinadora interna)
Doutora em Medicina (área de concentração Ciências Médicas),
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Ângela Moreira Vitória (Examinadora externa)
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Campinas

Prof.^a Dr.^a Elaine Tomasi (Orientadora)
Doutora em Epidemiologia
Universidade Federal de Pelotas

PELOTAS, RS
FEVEREIRO / 2025

Dedico este trabalho a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde, que enfrentam diversas adversidades para garantir a saúde da população. Seus esforços e dedicação na defesa do Sistema Único de Saúde o transformaram no maior patrimônio do Brasil.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus pais, Raquel Gil de Oliveira e Jefferson Gomes Ximendes, e minhas irmãs, por me munirem com todo suporte, educação e princípios, me levando a escolher a Saúde Pública como área de profissão e a defendê-la como direito de todos.

Agradeço ao meu companheiro, Luã Rodrigues Silveira, por seu meu apoio ao longo dessa árdua jornada e por todo seu carinho, paciência e incentivo para que eu alcançasse meu título de Mestre.

Especialmente, agradeço à minha orientadora, Elaine Tomasi, que colocou seu tempo, disponibilidade e conhecimento à disposição. Não poderia ser mais feliz em ser orientada por uma pesquisadora de tanto prestígio, com quem partilho também os valores como a defesa do Sistema Único de Saúde.

Aos membros da banca, agradeço a disponibilidade e valiosa revisão deste trabalho.

Agradeço aos meus colegas de mestrado, que foram a melhor companhia ao longo desses dois anos, responsáveis por grande parte da minha formação como epidemiologista.

Agradeço a todos os professores e servidores do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, que tornaram possível o meu mestrado com exemplar qualidade.

Ao meu grupo de pesquisa APSCroniSul/Aqu岸es, em especial Elaine Thumé e Luiz Augusto Facchini, agradeço as contribuições que qualificaram a minha formação em ensino e pesquisa. Também agradeço à Michele Krolow por ser a melhor companhia para o dispendioso trabalho de campo de pesquisa que realizamos.

Agradeço também a todos profissionais da saúde e gestores que apoiaram o projeto APSCroniSul, fortalecendo a relação da comunidade com a universidade e a pesquisa nos serviços de saúde.

Por fim, agradeço à Universidade Federal de Pelotas, por ofertar mais que ensino público, mas também de qualidade e com responsabilidade social, e à Capes e ao CNPq pelo apoio financeiro que me proporcionaram a possibilidade de realizar o Mestrado.

RESUMO

Ximendes, Vitória de Oliveira. **Práticas do cuidado de pessoas com hipertensão na Atenção Primária à Saúde no RS.** Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2025

A hipertensão, doença crônica não transmissível, possui uma alta carga sobre o Sistema Único de Saúde. Inquéritos como o Vigitel e a Pesquisa Nacional de Saúde demonstram um preocupante aumento de sua ocorrência na população brasileira. O objetivo do estudo foi avaliar as características da oferta do cuidado de promoção da saúde (PS), rastreamento da hipertensão (RHAS) e prevenção de fatores de risco de pessoas com hipertensão (PRF) em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sul do RS. Através de um delineamento transversal, aninhado ao Projeto APSCroniSul, foram sorteadas UBS de 38 municípios da 3^a, 7^a e 10^a Coordenadoria Regional de Saúde do RS. A amostra foi de 247 respondentes entre médicos e enfermeiros em exercício nos serviços. As perguntas eram referentes à realização de ações preconizadas sobre PS, RHAS e PRF, que compuseram escores de desfechos. A PS esteve associada à presença de educador físico (60% maior probabilidade de melhor qualidade do cuidado) e às equipes de Estratégia de Saúde da Família da APS (92% maior probabilidade de apresentar melhor cuidado do que equipes de Atenção Primária). Estiveram associadas ao RHAS o porte de cidade (30% menor probabilidade de melhor qualidade do cuidado em cidades com 100 mil habitantes ou mais em comparação àquelas com até 10 mil habitantes), o modelo de atenção (Saúde da Família com 60% maior probabilidade de ter melhor qualidade). A PRF demonstrou o melhor desempenho, com aproximadamente 90% da amostra realizando todas as ações previstas, o que é reflexo do foco da linha de cuidado em indivíduos já acometidos por doenças. No RHAS e na PS, foi destacada a relevância da Estratégia de Saúde da Família. Evidenciou-se a fortaleza do cuidado voltado às pessoas adoecidas e a fragilidade de ações coletivas na PS, reforçando a importância das equipes de apoio no fortalecimento dessas práticas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Promoção à Saúde; Prevenção de Fatores de Risco; Rastreamento da hipertensão.

LISTA DE ABREVIações

ACC — *American College of Cardiology*
ACS — Agente Comunitário de Saúde
AF — Atividade Física
AHA — *American Heart Association*
APS — Atenção Primária à Saúde
EAP — Equipe de Atenção Primária
DCV — Doença cardiovascular
DCNT — Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
HAS — Hipertensão Arterial
LOA — Lesão em Órgão Alvo
MAPA — Medição ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA — Medição Residencial da Pressão Arterial
MS — Ministério da Saúde
OMS — Organização Mundial da Saúde
PA — Pressão Arterial
PAD — Pressão Arterial Diastólica
PAS — Pressão Arterial Sistólica
PD — Prevenção de Doenças
PNAB — Política Nacional de Atenção Básica
PNS — Pesquisa Nacional de Saúde
PFR — Prevenção de Fatores de Risco
PS — Promoção da Saúde
RAS — Rede de Atenção à Saúde
RHAS — Rastreamento da Hipertensão
RCV — Risco Cardiovascular
SUS — Sistema Único de Saúde
UBS — Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1 Atenção Primária à Saúde.....	17
2.2 Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.....	20
2.3 Manejo da Hipertensão.....	26
3 JUSTIFICATIVA.....	48
4 MARCO TEÓRICO.....	49
5 OBJETIVOS.....	56
5.1 Objetivo Geral.....	56
5.2 Objetivos Específicos.....	57
6 HIPÓTESES.....	57
7 METODOLOGIA.....	58
7.1 Delineamento.....	59
7.2 População-alvo.....	59
7.3 Critérios de Inclusão.....	60
7.4 Critérios de Exclusão.....	60
7.5 Definição operacional dos desfechos.....	60
7.6 Definição operacional das exposições.....	63
7.6.1 Definição operacional das covariáveis.....	64
7.7 Instrumento.....	69
7.8 Tamanho amostral.....	69
7.9 Logística de campo.....	71
7.10 Processamento e análises de dados.....	71
7.11 Controle de Qualidade.....	72
8 DIVULGAÇÃO DOS DADOS E PRODUTOS ESPERADOS.....	73
9 ASPECTOS ÉTICOS.....	73
10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	74
11 ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO.....	74
12 CRONOGRAMA.....	75
II. MODIFICAÇÕES NO PROJETO.....	83
III. RELATÓRIO DE ATIVIDADES.....	85
IV. ARTIGO ORIGINAL.....	91
V. COMUNICADO À IMPRENSA.....	116

I. PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



PROJETO DE PESQUISA

**PRÁTICAS DO CUIDADO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO RS.**

Vitória de Oliveira Ximendes

PELOTAS, RS
NOVEMBRO / 2023

Vitória de Oliveira Ximendes

**Práticas do cuidado de pessoas com hipertensão na Atenção Primária à Saúde no
RS.**

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elaine Tomasi.

**PELOTAS, RS
NOVEMBRO / 2023**

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 — Principais ações do Plano de DCNT: Eixo Promoção da saúde.....	23
Quadro 2 — Estratificação de risco global do paciente hipertenso	31
Quadro 3 — Artigos selecionados na revisão sistemática	37
Quadro 4 — Definição operacional das variáveis dos desfechos.....	60
Quadro 5 — Definição operacional das variáveis de exposição.....	63
Quadro 6 — Definição operacional das covariáveis.....	64
Quadro 7 — Cronograma das atividades do projeto.....	74
Tabela 1 — Normotensão de acordo com a PA na MAPA e MRPA.....	28
Tabela 2 — Unidades de saúde a serem sorteadas.....	69
Tabela 3 — Despesas previstas.....	74
Tabela 4 — Relação das UBS sorteadas por cidade.....	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 — Etapas da revisão sistemática.....	16
Figura 2 — Os âmbitos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas.....	51
Figura 3 — Modelo Teórico do cuidado da HAS na Atenção Primária.....	56
Figura 4 — 3ª, 7ª e 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde.....	59

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma Doença Crônica Não-Transmissível (DCNT). Também conhecida como “pressão alta”, é diagnosticada pela elevação persistente da pressão arterial (PA), sendo PA sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg, aferida em duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva (Barroso *et al.*, 2020).

O maior risco de HAS tem sido registrado para o sexo masculino, com IMC alto e PA moderadamente elevada na infância. Histórico familiar de HAS, pessoas com baixo peso ao nascer e aspectos comportamentais, como o tabagismo e o consumo de bebida de álcool, são outros fatores de risco a serem levados em conta no rastreio da HAS (Kawabe *et al.*, 2019). A HAS está associada a diversas complicações em órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e sistema cardiovascular) e é o principal fator de risco para outras doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica e morte prematura (Barroso *et al.*, 2020). Podendo ser resultante de outras doenças, como estreitamento da aorta, a hipertensão de forma independente se apresenta como uma predisposição para infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca (Stout *et al.*, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta dados preocupantes visto que não só a hipertensão afeta 1,28 bilhão de adultos entre 30 e 79 anos no mundo (sendo dois terços em países de baixa e média renda), mas também estima que 46% dos adultos com hipertensão não sabem que têm a doença. Uma das metas globais de DCNTs é a redução da doença em 33% até 2030 (WHO, 2023).

No Brasil, a frequência de diagnóstico médico de HAS vem aumentando nos últimos anos. O sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) apontou em 2021 uma estimativa de 26,3% de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, um aumento de 3,6 pontos percentuais quando comparada a 2011 (22,7%) (Brasil, 2012; Brasil, 2021c). O custo da doença para o Sistema Único de Saúde, junto à diabetes e obesidade, somou 3,45 bilhões de reais em 2018, sendo a HAS responsável por 59% desse valor (Nilson *et al.*, 2018). O tratamento visando a diminuição da pressão arterial já se mostrou eficaz na

diminuição de desfechos de morte e surgimento de outras doenças cardiovasculares (Ettehad *et al.*, 2016).

Para o enfrentamento e o controle da HAS, além das ações de promoção da saúde direcionadas a toda a população, exige-se uma extensa linha de cuidados, desde a suspeita do diagnóstico, até tratamentos mais específicos, passando por acesso e utilização de serviços de atenção primária e especializados. No Brasil, deve-se realizar o exame clínico, começando pela aferição da PA na primeira consulta na Atenção Primária à Saúde (APS), e, com base na estratificação de risco global do paciente hipertenso, realiza-se o planejamento nas diferentes dimensões de tratamento: autocuidado, ações terapêuticas medicamentosas e ações educativas e terapêuticas não medicamentosas com enfoque interdisciplinar (Brasil, 2021a).

No Brasil, a Unidade Básica de Saúde foi indicada pela maior parcela de pessoas (46,8%) como o estabelecimento que costumavam procurar quando precisavam de atendimento à saúde (PNS, 2019), representando APS como a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), e tem como seus princípios a universalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado, o vínculo e a continuidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Na estrutura do SUS, ela é a gestora dos fluxos assistenciais dentro da Rede de Saúde e pode ser caracterizada por um conjunto de ações: promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil, 2012) através das práticas da sua equipe multiprofissional.

O Ministério da Saúde (MS), por meio do programa PREVINE, monitora alguns indicadores de atenção, entre eles a aferição de pressão arterial de pessoas com hipertensão a cada seis meses. Enquanto a meta deste indicador é de 50%, no primeiro quadrimestre de 2022 o Brasil atingiu apenas 18%, desempenho igual ao do Estado do Rio Grande do Sul no mesmo quadrimestre (SISAB, 2023). Ainda, quando se compara o atendimento da HAS entre o sistema privado e o sistema público, apesar da atenção no SUS ser majoritária, serviços privados apresentam 29,1% de atendimento adequado, o que no SUS cai para menos da metade (13,4%) (Tomasi *et al.*, 2022). Os indicadores refletem o cenário, onde a organização desse cuidado se apresenta fragmentada nas práticas das equipes de saúde, sendo realizado em grande parte por demanda

espontânea, com a atenção médico-centrada (Engela, 2018), pouco se relacionando com os princípios da APS, em especial o de integralidade e coordenação do cuidado (Starfield, 2002).

Para o alcance da integralidade do cuidado para pessoas com HAS é necessário que a UBS realize ações de promoção da saúde, dentro e fora dos muros do serviço, com a intenção de minimizar o efeito dos fatores de risco e rastrear novos casos na comunidade, além de ter uma estrutura adequada para isso. Também o manejo da HAS deve ser integral, com ampla participação de diferentes profissionais da saúde, uso de protocolos bem definidos e identificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares e possíveis complicações ou causas da doença. A rede, nesse contexto, deve ser completa, com robustos fluxos de referência e contrarreferência.

Tendo em vista a importância da HAS na população brasileira e os problemas encontrados na atenção a pessoas com este agravo, o presente estudo planeja caracterizar as práticas para o enfrentamento da HAS através de ações de promoção da saúde e prevenção da hipertensão. Também serão avaliadas atividades de rastreamento e diagnóstico, monitoramento e manejo da hipertensão, incluindo a avaliação de risco cardiovascular, orientações de estilo de vida, estrutura da unidade e referência a outros níveis de atenção.

2 REVISÃO DA LITERATURA

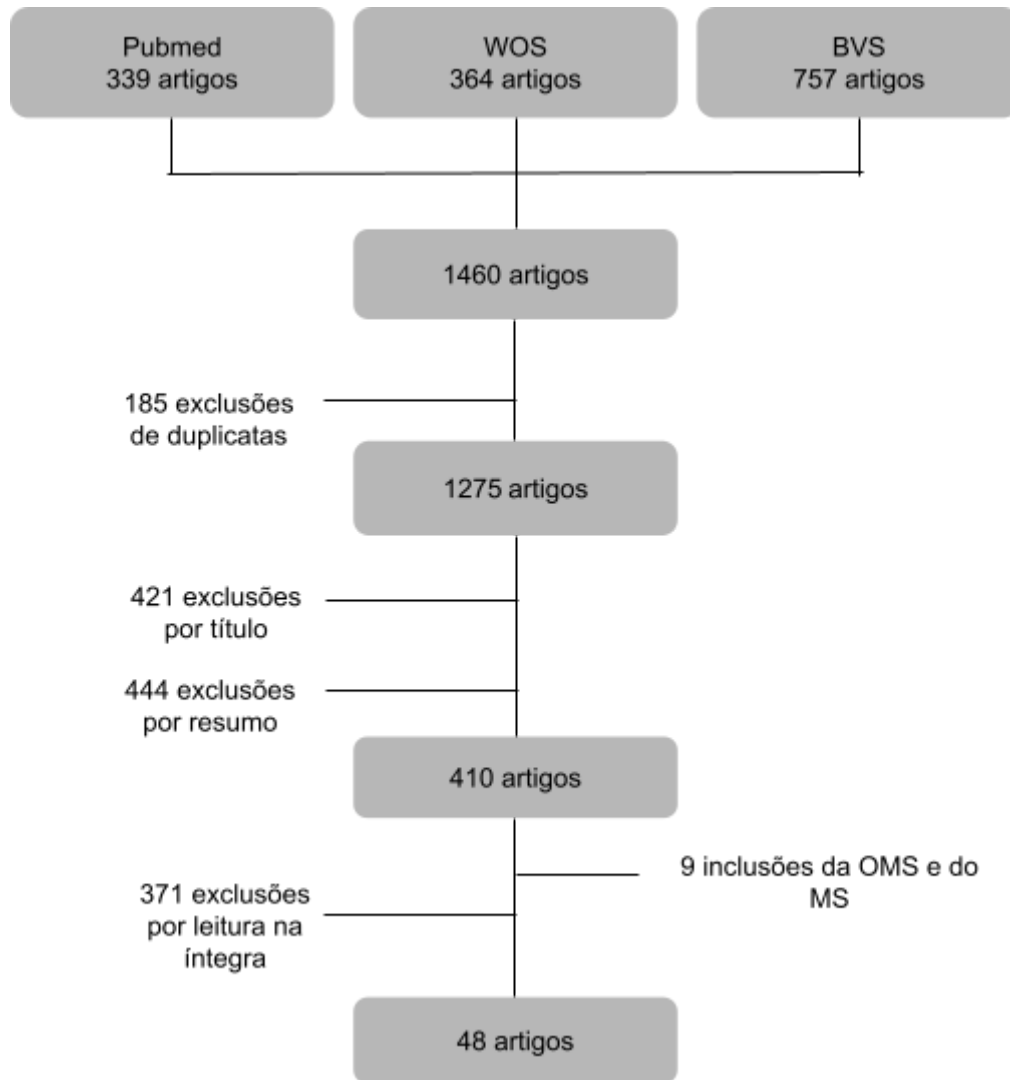
Foram realizadas buscas nas bases de dados Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Web of Science (WOS) por “MeSH Terms”, “Título, resumo e assunto” e “Tópicos”, respectivamente, com os termos “*health promotion*” OR “*preventive healthcare*” AND “*primary care*” AND “*hypertension*”. Também foram incluídos na revisão documentos oficiais do site do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre promoção de saúde e hipertensão. Foram aplicados os seguintes critérios de exclusão:

- a) não ter ações de promoção de saúde ou a oferta de serviços relacionados ao cuidado da HAS na Atenção Primária como tema central;
- b) relatos de casos;

- c) estudos sobre eficácia de medicamentos para controle de hipertensão;
- d) ter como tema hipertensão como co-morbidade;
- e) sistemas de saúde não públicos;
- f) *preprints* e protocolos de pesquisa;
- g) estudos de prevalência de hipertensão;

As etapas da seleção são descritas no fluxograma na Figura 1 a seguir.

Figura 1 — Etapas da revisão sistemática



Fonte: autor.

Os resultados a seguir estão apresentados em três capítulos: 1) Atenção Primária à Saúde, que traz a organização do SUS e do cuidado da APS e sua Rede de Atenção à Saúde (RAS); 2) Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, no qual se debate as principais ações de promoção da qualidade de vida e estratégias de enfrentamento aos fatores de risco no contexto da HAS, e 3) Manejo da Hipertensão, que enfoca a linha de cuidado da HAS, contemplando gestão da doença na APS.

2.1 Atenção Primária à Saúde

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) tem seus pilares no conjunto de ações de diversos movimentos sociais que se envolveram no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nela é atribuída à Atenção Primária¹ (APS) a estrutura de mais fácil acesso ao indivíduo dentro Rede de Atenção à Saúde, com Unidades Básicas de Saúde (UBS) próximas às residências e o estabelecimento de vínculo longitudinal de cuidado (Brasil, 2012).

A APS desenvolve ações de prática e gestão democráticas e com participação da população em territórios definidos, com vistas à dinamicidade e especificidades de cada local, orientada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. A equipe não só atua no cuidado centrado no paciente, como também realiza um conjunto de ações no âmbito coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, além de ser a responsável pela vigilância, assumindo a responsabilidade sanitária do território (Brasil, 2012).

Em uma interpretação mais atual da APS, ela se configura não apenas como o primeiro nível de atenção e porta de entrada do usuário, mas como uma estratégia de organização de todo o sistema de atenção à saúde e como um direito humano fundamental. Logo, o cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é coordenado pela APS, que desempenha um papel crucial na organização da rede de saúde, estabelecendo a articulação entre os serviços e as demais instâncias de atenção à

¹ Atenção Primária e Atenção Básica são usados como sinônimos nesta dissertação.

saúde. A APS integra os serviços oferecidos pela comunidade, hospitais, serviços especializados e outros recursos da saúde, direcionando os usuários para os serviços adequados, conforme suas necessidades, permitindo um fluxo mais eficiente dentro do sistema de saúde (Mendes, 2012).

Para organizar a APS, foram definidas as diretrizes na Portaria Nº 2.436, que aprovou a mais recente edição da Política Nacional de Atenção Básica: regionalização e hierarquização, territorialização e adscrição, população adscrita (população presente no território da UBS), cuidado centrado na pessoa, resolatividade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, ordenação das redes e participação da comunidade. Essa organização permite uma melhor relação custo-benefício para o SUS, onde a eficiência na porta de entrada do cuidado se reflete nos setores mais especializados (Brasil, 2017).

Como estratégia para qualificar o cuidado e garantir o seguimento dessas diretrizes, a APS adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), desenvolvida ao longo da vinculação dos usuários adscritos na UBS, baseado em um cuidado de construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o profissional da saúde, estimulando, assim, a corresponsabilidade pela saúde do indivíduo. Nesse sentido, a Saúde da Família se tornou a estratégia prioritária de atenção à saúde. A ESF favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior resolatividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Além disso, tem-se a equipe da Atenção Básica ou equipe de Atenção Primária (EAP), secundária em prioridade, compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem (Brasil, 2017).

Para ser considerado um serviço de qualidade, a APS deve exercer quatro atribuições essenciais (Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação) e três derivadas (Focalização na família, Orientação comunitária e Competência cultural). Segundo Mendes (2012, p. 59):

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RASs.

Diferentes modelos de atenção são realizados no cuidado da HAS na APS, que organizam esse conjunto de cuidados citados ao longo do texto. O modelo de Medicina de Família, centrado no paciente, realizou registros mais completos quanto à história familiar de hipertensão, avaliação de causas secundárias, prescrição de modificação de estilo de vida e ajuste adequado de medicação em comparação ao de Segurança Social (SS), além de apresentar níveis mais elevados de controle da pressão arterial (com chance 2,96 vezes maior de as metas de PA serem atingidas nos pacientes atendidos em atendimento hipertensivo no ambulatório de Medicina da Família, $p=0,004$) (Buawangpong *et al.*, 2020). *Outro modelo integrado de cuidados crônicos centrado no paciente, com triagem em nível populacional obteve controle da PA em 53% dos participantes do grupo de intervenção em comparação a 44% dos participantes do grupo de controle ($p < 0,001$) e maior porcentagem de redução do nível de hipertensão grau 3 ($\geq 180/110$ mm Hg) 79% em comparação ao controle 61% após 3 anos (Hickey *et al.*, 2021).*

Ademais, Andrade *et al.* (2019) estudam a implementação de um Laboratório de Inovação em Condições Crônicas com base no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), modelo adaptado por Eugênio Vilaça Mendes (2012) para o Brasil, que consiste em sete etapas e seus principais macroprocessos: 1. Avaliação da infraestrutura; 2. Atenção a eventos agudos de saúde; 3. Atenção a condições crônicas controladas; 4. Cuidados preventivos e apoio a mudança de comportamento; 5. Demandas administrativas; 6. Assistência médica domiciliar e 7. Apoio ao autocuidado. A aplicação do Laboratório baseou-se na introdução dos macroprocessos em

workshops e numa capacitação por especialistas em políticas de saúde, com definição de cronograma de atividades e metas para as US, com designação de um gestor para cada uma delas, no papel de garantir a aplicação da estratégia. Os tutores desenvolveram um conjunto de protocolos e orientações clínicas para os profissionais da APS. O modelo aumentou significativamente a cobertura de visitas domiciliares por ACS de 90,08% para 94,97%. Entretanto, o percentual dos que declararam uso regular dos serviços do SUS diminuiu significativamente de 98,63% em 2012 para 96,04% em 2014, ainda assim, a cobertura se manteve alta em torno de 97% nos dois anos. O modelo demonstrou boa captação dos indivíduos hipertensos, com cerca de 74% com diagnóstico na APS ao comparar com hipertensos identificados nos prontuários do hospital da região, além de receberem tratamento pela ESF. Dentre eles, 89% com hipertensão viviam em domicílios que apresentavam histórico médico de classificação de risco familiar em seus prontuários, com a maior parte das classificações realizadas no período da implementação do Laboratório (2013 e 2015).

A linha de cuidado preconiza pontos necessários para o funcionamento ideal da rede:

[...] central de regulação, regulação de casos de emergência (vaga zero), organização de fila de espera de encaminhamento para especialistas, disponibilização e regulação de leitos hospitalares, comunicação entre os pontos de atenção, pactuações de serviços de laboratório e imagem para realização de exames e assistência farmacêutica (Brasil, 2021a, p. 11).

Logo, entende-se a magnitude do papel APS que ultrapassa o cuidado da HAS realizado apenas no âmbito da UBS e, como coordenadora dessa complexa rede, deve ter uma organização externa dos cuidados especializados e uma comunicação efetiva com os demais serviços.

2.2 Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

A promoção da saúde (PS) é definida pela OMS como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (WHO, 1986, p. 1). Ela reflete a ampliação do conceito de saúde em todos os aspectos necessários para uma

vida plena: moradia; educação; alimentação; renda; ecossistema estável; recursos sustentáveis; justiça social; paz; equidade. Logo, para delinear estratégias de promoção da saúde é necessário contemplar múltiplos aspectos que compõem o indivíduo e o coletivo. Nesse esforço, os governos têm papel fundamental na garantia dos direitos e no acesso aos serviços essenciais (Brasil, 2021b).

Nesse âmbito, os Determinantes Sociais em Saúde, definidos como iniquidades em saúde causadas pelas condições sociais em que as pessoas se encontram, assumem protagonismo na promoção da saúde. Os esforços das ações de promoção devem ser voltados para reduzir os efeitos dos determinantes, objetivando “melhorar as condições de vida; combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções” (WHO, 2011, p. 1). Fatores como acesso à educação, classe social, saneamento básico, ambiente de trabalho e redes de suporte social afetam diretamente a saúde das populações. Logo, a promoção de saúde não deve ser restrita apenas à mudança de comportamento do indivíduo, mas também devem ser repensadas as políticas e estruturas físicas nas cidades. Favorecer práticas de atividade física, através de construções de espaço de lazer em locais com maior vulnerabilidade social; promover a saúde dos trabalhadores e fortalecer a Educação Física escolar são apenas alguns exemplos de uma promoção mais abrangente (Brasil, 2021b, p. 12).

Tendo em vista a necessidade de sinergia não só na rede de saúde, mas também nas esferas governamentais, nasce a Política Nacional de Promoção da Saúde. Ela propõe, dentre as ações específicas, o estímulo à alimentação saudável, à prática corporal / atividade física, à prevenção e controle do tabagismo e à redução do uso abusivo de álcool e outras drogas. Essas ações têm como principal agente a Atenção Primária, associada à Estratégia de Saúde da Família, mas que necessitam que a gestão municipal destine recursos específicos para a sua implementação, com referências e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, articulação e monitoramento, além da avaliação das ações de promoção da saúde nas secretarias municipais (Brasil, 2012).

O conceito de promoção da saúde sempre é muito associado ao de prevenção de doenças, apesar de serem distintos. A promoção vai além do enfoque tradicional de

prevenção e tratamento de doenças, enfatizando a importância de fatores sociais, econômicos e ambientais na saúde das pessoas. O Ministério da Saúde pontua as diferenças entre seus objetivos, enquanto o primeiro é “promover o bem-estar geral por meio da transformação das condições de saúde”, o segundo se preocupa em “evitar surgimento ou proliferação de doenças” (Brasil, 2021b, p. 13). Essa diferença deve ser levada em conta ao planejar as ações em saúde e não se limitar apenas a ações preventivas às doenças, mas também melhorar a saúde na sua totalidade. A linha de cuidado da HAS proposta pelo Ministério da Saúde recomenda ao gestor a adoção de estratégias para prevenção do desenvolvimento da HAS, o que engloba políticas públicas de saúde. Apesar de pontuar que o enfoque deve estar na prevenção, garantindo ações de vigilância e promoção da saúde, pouco se aprofunda no assunto ao longo da linha, dando mais enfoque ao diagnóstico precoce, tratamento contínuo, controle dos fatores de risco associados e prevenção de complicações, ou seja, ações direcionadas a quem tem mais risco ou já tem um diagnóstico da doença (Brasil, 2021a).

Bock *et al.* (2012) demonstraram em uma revisão sistemática que sete em cada dez médicos sentiam que o aconselhamento comportamental era importante e era responsabilidade do médico e classificavam a modificação do estilo de vida como importante para boa saúde nas áreas de dieta (75% a 84%), atividade física (AF) (76% a 92%) e tabagismo. Apesar disso, o aconselhamento sobre nutrição e AF foram notavelmente mais baixas, além de poucos médicos tomarem medidas adicionais utilizando abordagens de aconselhamento mais intensivas. O aconselhamento médico sobre a cessação do tabagismo foi o mais relatado. Mas quando comparado a recomendações de exercícios específicos, o aconselhamento simples teve um menor aumento da proporção da adequação às recomendações de AF antes e pós-intervenção (razão de *odds* = 0,49, IC 95% = 0.37, 0.81) (Gallegos-Carrillo *et al.*, 2017). O aconselhamento comportamental realizado em visitas domiciliares por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) levou à diminuição da PA comparado aos controles (Khetan *et al.*, 2019). Não demonstrou maior efeito o aconselhamento baseado em evidências quando comparado ao aconselhamento geral, exceto para nível de conhecimento do indivíduo (Di *et al.*, 2020), já a frequência da intervenção

apresenta-se como um importante fator: o acompanhamento sobre estilo de vida mensal comparado a um geral evitou o aumento de peso corporal e da circunferência da cintura no grupo controle, além de reduzir as concentrações séricas de triglicerídeos e o número de fatores de risco da síndrome metabólica (Tonstad; Alm; Sandvik, 2007).

Entretanto, a realização de aconselhamento sobre hábitos de saúde é muito associada a agravos em saúde (Lopes *et al.*, 2014) e a prestação de serviços preventivos difere de acordo com o risco individual dos pacientes (Bock *et al.*, 2012), demonstrando um foco na prevenção de doenças do que a real promoção da saúde como um todo. Isso pode ser reflexo do enfoque na própria doença pelas instituições, como apontado na linha do cuidado do MS.

As ações estratégicas do Eixo Promoção da Saúde, que devem ser direcionadas a todos são indicadas no Quadro 1.

Quadro 1 — Principais ações do Plano de DCNT: Eixo Promoção da saúde.

Uso de bebida de álcool	Elaborar, mapear e divulgar estratégias de promoção da saúde e prevenção do consumo abusivo do álcool na população indígena.
	Desenvolver campanhas de mídia nacional sobre uso de álcool e direção, uso de álcool e trabalho e emprego, uso de álcool e violência doméstica e uso de álcool e doenças crônicas e das medidas de proteção e divulgação dos serviços de saúde disponíveis para o apoio à prevenção e cessação do consumo.
	Fortalecer a articulação entre as redes de atenção à saúde e redes de proteção social, promovendo e qualificando ações voltadas para as pessoas e seus familiares que sofrem os impactos do uso abusivo do álcool, principalmente nas populações em situação de iniquidade.
	Desenvolver estudos para recomendar a restrição da disponibilidade física e do horário de venda de bebidas alcoólicas em estabelecimentos comerciais.
	Promover ações educacionais nas escolas públicas e privadas voltadas para a prevenção e a redução do uso do álcool, no contexto do Programa Saúde na Escola
Hábito de fumar	Intensificar estratégias intersetoriais de promoção da saúde, prevenção e estímulo à cessação do uso de produtos derivados de tabaco nos estados de fronteiras e naqueles que apresentam maior prevalência de consumo de cigarros ilegais.
	Apoiar e articular ações, no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que englobam estratégias de comunicação, de produção de materiais, de capacitações presenciais ou a distância com ênfase nos fatores de risco e de proteção dirigidas a populações em situação de iniquidade em saúde e em áreas remotas.

	Fornecer subsídios para instituição de serviços nacionais de apoio à cessação do tabagismo, com custo coberto, eficaz e para toda a população, incluindo conselhos breves e serviços nacionais de linha gratuita para cessação de tabagismo.
Alimentação adequada e saudável	Estimular o desenvolvimento de ambientes saudáveis no trabalho, na escola, na comunidade e nos serviços de saúde no âmbito do SUS por meio da: 1. Promoção de ações da alimentação saudável e adequada segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira. 2. Implementação de medidas protetivas dos ambientes alimentares, especialmente nas escolas, para contribuir com a redução do consumo de alimentos ultraprocessados e obesidade na primeira infância e adolescência, com base nos Guias Alimentares. 3. Articulação de estratégias para ampliação da produção, da oferta e do acesso de alimentos in natura e minimamente processados produzidos de forma saudável e sustentável.
	Implementar guias para promoção da alimentação saudável, conforme condições de saúde e ciclos de vida.
	Fortalecer ações de apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar adequada, sustentadas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, segundo as recomendações do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos.
	Promover subsídios técnico-científicos e políticos para apoiar a elaboração de medidas regulatórias e fiscais para reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados e estimular o consumo de alimentos in natura e minimamente processados.
	Incentivar e apoiar iniciativas estaduais e municipais de regulação de cantinas escolares e outras estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável.
	Incentivar e apoiar iniciativas estaduais e municipais de amamentação exclusiva até os 6 meses.
	Desenvolver estratégias voltadas à redução do consumo de sal e açúcar adicionados, por meio da reformulação de alimentos, rotulagem adequada e campanhas de comunicação.
Práticas Corporais e Atividade Física	Estimular o desenvolvimento de ambientes saudáveis no trabalho, na escola, na comunidade e nos serviços de saúde no âmbito do SUS por meio da oferta de serviços voltados à prática de atividade física e do lazer.
	Implementar e disseminar guia para promoção da atividade física conforme condições de saúde e ciclos de vida.
	Articular com o MEC a garantia da educação física escolar na educação básica da rede pública de ensino, a ampliação do número de escolas com estruturas e equipamentos para a prática de esporte, o fortalecimento de competições esportivas escolares locais, regionais e nacionais e a prática de esportes nas escolas em tempo integral.

Fonte: Brasil (2021), adaptado pelo autor.

O Brasil segue o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021-2030), sendo a promoção da saúde uma de suas três diretrizes, junto ao cuidado integral e à vigilância, informação, avaliação e monitoramento. Ao pensar a promoção de saúde direcionada à prevenção de doenças e agravos evidenciam-se as ações conjuntas entre vigilância e atenção à saúde com o objetivo de estruturar uma rede de proteção e cuidado, utilizando informações sociais e em saúde para antecipar ações frente aos fatores de risco das doenças. Para isso, as ações intersetoriais devem propor intervenções que incidam nos fatores de risco, abordando os principais grupos de doenças crônicas (cardiovasculares, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco (tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) (Brasil, 2021a). Pearson (2015) resume as métricas para uma “Saúde Cardiovascular Ideal” como: não fumar; praticar atividade física suficiente; comer uma dieta saudável; manter um peso corporal normal; ter um nível ideal de colesterol total; ter uma pressão arterial normal; ter uma glicemia de jejum normal.

Entretanto, Aira *et al.* (2004) demonstraram uma baixa preocupação de médicos com o tema, visto que apenas 9% dos prontuários avaliados mencionavam o tabagismo e em 7% o uso de álcool. De acordo com as entrevistas, os pacientes acreditavam mais que o Aconselhamento como uma ferramenta eficaz do que os médicos. Ademais, os médicos se sentiam confortáveis em adotar uma abordagem preventiva para o tabagismo, mas não para o uso de álcool, relatando considerar o álcool relativamente sem importância no tratamento da HAS, bem como uma condição difícil de lidar. As principais barreiras citadas no rastreio do consumo de álcool em pacientes com HAS: a falta de tempo (50,0%), considerar o álcool sem importância para a HAS (28,4%) e o estigma (16,5%). Apesar disso, Intervenções Breves para combater o consumo excessivo do álcool demonstraram redução no consumo de bebidas/dia de consumo e maiores chances de apresentar redução clinicamente significativa da PA diastólica (Chi *et al.*, 2017; 2023)

O estudo de Rubinstein *et al.* (2016), uma intervenção com pré-hipertensos via telefone, verificou que realizar aconselhamento e estimular a qualidade de vida, apesar de não afetar a pressão arterial, implicou em ter diminuição significativa no peso e nas

dietas ricas em sódio, gordura e açúcares e um aumento na ingestão de frutas e vegetais.

Uma das principais preocupações da promoção da qualidade de estilo de vida deve ser a adequação cultural às diferentes populações. Beune *et al.* (2014) realizaram uma intervenção culturalmente apropriada aos imigrantes na Holanda. A intervenção melhorou a PA significativamente em comparação ao grupo controle e a adesão às recomendações de estilo de vida aumentaram no grupo intervenção, mas diminuíram no grupo de controle. O contexto da APS com imigrantes, ou de fronteiras abertas com países vizinhos, também é algo fortemente presente no Brasil e deve ser pensado dentro do cuidado da APS.

A gestão do cuidado pode ser pensada de maneira ainda mais ampla e participativa. O estudo revisão de escopo de Chimberengwa e Naidoo (2004) traz a estratégia pesquisa-ação participativa no manejo da hipertensão, uma abordagem que enfatiza a parceria igualitária de conhecimentos especializados e de tomada de decisões, e a propriedade da pesquisa entre a comunidade e os pesquisadores acadêmicos. As principais ações encontradas com essa estratégia foram de promoção da saúde e a educação em saúde para melhorar a conscientização da comunidade sobre os determinantes sociais da HAS (todos os estudos); a retomada de tradições e costumes, incluindo intervenções culturalmente adaptadas (quatro estudos). A alimentação saudável foi central nos casos em que os estilos de vida foram melhorados, incluindo reforço da atividade física e a redução do sal na dieta (5 estudos). As intervenções encontradas foram efetivas, fato atribuído, pelos autores, às coligações acadêmicas-comunitárias.

Nesse âmbito, enfatiza-se a participação ativa da comunidade como ferramenta essencial na promoção da saúde. A formação de conselhos locais de saúde e o envolvimento da população na elaboração e implementação de políticas de saúde. A participação comunitária é essencial para garantir que as ações de promoção da saúde sejam adaptadas às necessidades locais e tenham maior adesão.

2.3 Manejo da Hipertensão

As estratégias para o cuidado da pessoa com HAS incluem a adoção de práticas baseadas em evidências para o seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Para isso são necessários protocolos e capacitação dos profissionais, garantindo a aferição correta da pressão arterial, critérios para diagnóstico, recomendações de estilo de vida saudável, tratamento medicamentoso quando indicado e abordagens para a adesão do paciente ao tratamento (Brasil, 2013).

O primeiro passo do manejo é o rastreamento. Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, ao se deslocar à Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ter sua Pressão Arterial (PA) verificada por um profissional da saúde em ambos os braços. Para isso, devem ser utilizados manguitos com câmara inflável (*cuff*) de acordo com a circunferência do braço (a largura deve ser de pelo menos 40% do comprimento do braço e o comprimento, de pelo menos 80% de sua circunferência, atentando-se para os casos de crianças e de pessoas com obesidade para que a medição seja adequada). A aferição, entretanto, não deve se limitar às demandas espontâneas dos usuários, mas as equipes de saúde devem buscar estratégias para alcançar a comunidade como um todo (Brasil, 2013). A triagem a nível populacional (junto a um modelo completo de cuidado de doenças crônicas) aumentou o controle da HAS (Hickey *et al.*, 2021). Shima *et al.* (2021) demonstram que esse é também um importante momento de estímulo ao cuidado de HAS não tratada, e, com encorajamento verbal a consultas, carta de encaminhamento a um médico e também um folheto informativo, aumentou significativamente a procura por atendimento (razão de *odds* =2,33; intervalo de confiança de 95% =1,12 a 4,84). Orozco-Beltran *et al.* (2020) recomendaram a medição da PA em consultório como teste de triagem inicial, com uma frequência a cada 3-5 anos ou anual em pessoas com mais de 40 anos ou se houver fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão

Na sequência da linha de cuidado, o diagnóstico de hipertensão deve ser realizado em mais de uma visita médica: de duas a três visitas, com intervalos de uma a quatro semanas entre elas (ou em apenas uma medição caso a PA estiver maior ou igual a 180/110 mmHg e houver evidência de doença cardiovascular) (Brasil, 2021). Diferentes aferições podem causar diferentes resultados. De acordo com a linha de cuidado do MS, apesar do grande uso da medição da PA em consultório como

diagnóstico, deve-se considerar o uso da monitorização ambulatorial (MAPA) ou da monitorização residencial (MRPA) ao suspeitar da hipertensão do avental branco (HAS estágio 1 no consultório sem lesão de órgão-alvo (LOA) e com baixo risco cardiovascular total) ou ao suspeitar de HAS mascarada, em que a pressão arterial (PA) apresenta valores normais no consultório, porém está elevada na MAPA-24 horas ou MRPA. A MAPA-24 horas, com aparelho que permite o registro da PA durante 24 horas ou mais, durante os períodos de vigília, sono e atividades diárias, é recomendada quando há discordância importante entre a PA no consultório e em casa e para a avaliação pressórica durante o sono e do padrão pressórico durante o descenso do sono. Os valores a serem considerados na MAPA são: “Vigília < 135/85 mmHg; Sono < 120/70 mmHg; 24 horas < 130/80 mmHg”. Enquanto na MRPA é < 135/85 mmHg e seu “protocolo consiste na obtenção de três medições pela manhã, antes do desjejum e da tomada da medicação, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, ou duas medições em cada um desses momentos (manhã e noite), por sete dias” (Brasil, 2021, p. 83). Pessoas com PA entre 130/85 e 139/89 mmHg não devem ser negligenciadas, necessitando de avaliação em consulta para identificar a presença de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV):

Tabela 1 — Normotensão de acordo com a PA na MAPA e MRPA.

Valores normais de MAPA	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Vigília	<135	<85
Sono	<120	<70
24 horas	<130	<80
Valores Normais de MRPA	<135	<85

Fonte: Brasil (2021a).

O padrão pressórico, que pode ser verificado com o MAPA-24 horas, é um importante preditor de eventos em saúde. O padrão *dipper*, considerado normal, é definido como pacientes que apresentam redução fisiológica de 10-20% entre a PA média diurna comparado à noturna. Já os indivíduos não-*dippers* são aqueles que têm uma redução menor que 10%, podendo chegar a serem *risers*, que são fator de risco

para eventos cardiovasculares, em que a média da pressão arterial é maior durante o período de repouso (relação noite/dia ≥ 1). Para *dippers* extremos, esta redução é superior a 20% (SAGARRA-TIÓ et al., 2015). Os autores, ao avaliar 450 pacientes hipertensos pela MAPA, encontraram 164 indivíduos *dipper* (36%), enquanto 286 (64%) apresentavam padrões anormais (*não-dipper*) — uma prevalência importante desse fator de risco.

Entretanto, percebe-se uma falta de cuidado com o detalhamento de cada um desses métodos. Ao avaliar profissionais da saúde da equipe de cuidados primários, Green et al. (2022) demonstraram que apenas 14% dos médicos, assistentes médicos² e enfermeiros registrados de prática avançada usaram o limiar de diagnóstico concordante com as diretrizes (135/85 mmHg) com MRPA ou MAPA (8,4%), sendo 140/90 mmHg o limiar mais comumente relatado para casa (59,4%) e MAPA (49,6%). Woolsey et al. (2017), avaliando os protocolos e práticas de 123 clínicas, verificaram que apenas 58,5% das clínicas autorreferiram o uso da média de duas aferições e somente 25,2% das clínicas relataram poder usar a MAPA e 36,6% tinham materiais instrutivos para treinar os pacientes na MRPA precisa. Orozco-Beltran et al. (2020) recomendaram fortemente que o diagnóstico de hipertensão deve ser confirmado pela MRPA (em detrimento da MAPA).

Nessa avaliação inicial do diagnóstico deve-se incluir o contexto do indivíduo, visto que situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade) podem gerar valores elevados de PA (Brasil, 2013, p. 32). É necessário um preparo do indivíduo para que se evite medições errôneas:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo. [...]
2. Certificar-se de que o paciente: - Está com a bexiga vazia; - Não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou fumou nos últimos 30 minutos.
3. Posicionamento: - O paciente deve estar sentado, com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado; - O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro.
4. Diabéticos, idosos e outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser frequente ou suspeitada: - Medir a PA na posição de pé, após 3 minutos. (Brasil, 2021, p. 80).

² Profissão não encontrada no Brasil, mas com funções similares ao de Técnico de enfermagem.

Edward *et al.* (2020), ao avaliar o atendimento da HAS, verificaram que a medição da pressão arterial (PA) foi explicada a 65% dos pacientes. Os profissionais que se destacaram na aferição foram os enfermeiros: o braço do paciente apoiado numa superfície plana (médicos, 58% vs enfermeiros 67%, $p<0,05$) e as costas do paciente apoiadas (médicos, 50% vs enfermeiros 88%, $p<0,01$). Já no estudo de Woolsey *et al.* (2017), apenas 57,7% relataram permitir o repouso de pelo menos cinco minutos antes de medir a PA.

Casos de PA limítrofe, entre 130/85 a 139/89mmHg, deverão fazer avaliação para identificar a presença de outros fatores de risco (FR) para DCV. Ao estratificar o risco cardiovascular, quando o indivíduo apresenta FR a PA deverá ser novamente verificada em mais duas ocasiões em um intervalo de 7 a 14 dias. Na ausência de outros FR para DCV, independentemente do caso, deve ser estimulada a adoção de hábitos saudáveis (Brasil, 2013).

Após o diagnóstico, dá sequência à Avaliação Clínica que é composta por: confirmação do diagnóstico, identificação de fatores de Risco Cardiovascular (RCV), suspeita e identificação de causa secundária, lesões de órgão-alvo (presença de alterações estruturais e/ou funcionais em artérias ou órgãos, causadas pela elevação da PA) e doenças associadas, como por exemplo, a doença cerebrovascular e a doença arterial coronariana (Brasil, 2021). Em uma estimativa a partir de dados médicos, Zechmann *et al.* (2017) demonstraram diferenças de prevalência de pacientes qualificados para tratamento medicamentoso com e sem abordagem RCV no diagnóstico, em que a abordagem ajustada ao risco reduziu o *gap* de desempenho de evidência (lacuna entre as recomendações de diretrizes e o tratamento real da HAS) em mais de 50%. Não ao acaso, o RCV apresenta correlação positiva com o número de medicamentos utilizados, além de pioras em exames como níveis séricos elevados de colesterol total e baixa taxa de filtração glomerular (Moreira *et al.* 2020). Apesar da importância, Mosca *et al.* (2005) demonstraram que médicos não se classificaram como capazes de ajudar os pacientes a prevenirem DCV, ainda apresentando diferenças significativas na avaliação pelo escore de risco de Framingham (escore de RCV) entre mulheres e homens de mesma categoria de risco.

Essa avaliação e acompanhamento clínico da HAS devem ser realizados por equipe multidisciplinar garantindo um cuidado completo. O estudo de Green *et al.* (2014) demonstrou que a intervenção de uma consulta presencial com um nutricionista para informações básicas e criar um plano para reduzir o risco de DCV foi eficiente para diminuir significativamente mais peso do que o grupo controle (e ter maior probabilidade de perder ≥ 4 kg). Para essa avaliação e planejamento são necessários exames (Ecocardiograma; Albuminúria; Ultrassom renal ou com doppler e Hemoglobina glicada são recomendados) e a realização da estratificação de risco global que regerá a maioria das decisões do cuidado do hipertenso. De acordo com a Linha de Cuidado da Hipertensão do Ministério da Saúde, são fatores de risco:

Idade: Mulheres > 65 anos; Homens > 55 anos
 Tabagismo
 Diabetes mellitus
 Dislipidemias: Triglicérides > 150 mg/dL; Colesterol total > 190 mg; HDL-C < 40 mg/dL; LDL-C > 100 mg/dL.
 História familiar prematura de doença cardiovascular (familiares de 1º grau): Mulheres < 65 anos; Homens < 55 anos.
 Fatores de risco adicionais
 Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)
 Consumo de álcool
 Síndrome da apneia obstrutiva do sono
 Síndrome metabólica.
 Estilo de vida sedentário: combinação dos dois comportamentos abaixo: Longo tempo em comportamento sedentário: a maior parte do dia sentado; Não praticar nenhuma atividade física regular na semana (Brasil, 2021, p. 21-22).

Na avaliação inicial, de acordo com Orozco-Beltran *et al.* (2020), deve-se introduzir imediatamente o tratamento farmacológico quando a PA for superior a 160/100 mmHg ou na hipertensão grau 1 se o risco cardiovascular for elevado. Na hipertensão grau 1 com risco moderado/baixo, iniciar o tratamento após alguns meses com medidas de estilo de vida, sendo a meta de controle terapêutico deve ser PA inferior a 140/90 mmHg. A avaliação diagnóstica de acordo com as diretrizes do MS, utilizando os fatores de risco, pode ser visualizada no Quadro 2.

Quadro 2 — Estratificação de risco global do paciente hipertenso

Fatores de risco	PA normal alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
------------------	--	---	---	---

Sem fator de risco	Risco Baixo	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Fonte: Adaptado de 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2017 (*apud* Brasil, 2021a, p.25).

Nota: Apenas a presença de lesão em órgão alvo (LOA), doença cardiovascular (DCV), doença renal crônica (DRC) ou diabetes mellitus (DM) já caracteriza Risco Alto.

Edward *et al.* (2020) demonstraram que, ao realizar o diagnóstico da HAS, apenas 14% dos usuários foram orientados sobre redução de sal durante o cozimento, 29% sobre redução do consumo de sal, 21% sobre redução do consumo de alimentos ricos em sódio, 21% sobre redução da ingestão calórica, 21% sobre aumento atividade física e 43% foram informados sobre consultas de acompanhamento.

Ao longo desse cuidado, existem alguns fatores que podem influenciar na adesão terapêutica:

Recomendações para melhorar a aderência à terapêutica anti-hipertensiva: facilitar o acesso; orientar os pacientes sobre o problema, seu caráter silencioso, a importância da adesão à terapêutica, envolver a estrutura familiar e/ou apoio social; estabelecer o objetivo do tratamento (obter níveis normotensos com mínimos parafeitos); manter o tratamento simples, prescrevendo medicamentos que constam na Renome, que estão disponíveis na farmácia básica e/ou na farmácia popular; encorajar modificações no estilo de vida; integrar o uso da medicação com as atividades cotidianas; prescrever formulações favorecendo a longa ação; tentar nova abordagem em terapias sem sucesso; antecipar para o paciente os efeitos adversos e ajustar a terapia para minimizá-los; adicionar gradualmente drogas efetivas (Brasil, 2013, p. 74-75).

Assim, o tratamento é iniciado pensando as três dimensões do plano de cuidados para o tratamento da HAS: a) Autocuidado; b) Ações terapêuticas medicamentosas e c) Ações educativas e terapêuticas não medicamentosas com enfoque interdisciplinar. A monoterapia é altamente recomendada em estágio menos avançado da HAS, mas, à medida que o paciente não responde ao tratamento ou apresenta efeitos colaterais, é considerado aumentar a dose do fármaco, trocar a medicação ou associar outros anti-hipertensivos (Brasil, 2021a). De acordo com as diretrizes, médicos do Programa Médicos na Família em Niterói, Rio de Janeiro, obtiveram uma taxa de conformidade das prescrições de 80% (Novello *et al.*, 2017). Diuréticos foram as medicações mais

prescritas e a terapia dupla foi o tratamento mais utilizado. Entretanto, considerando a meta de PA como < 140/90 mmHg (mas para diabéticos como < 130/80 mmHg), as taxas de controle de acordo foram de 44,9% e 38,6%, respectivamente. Não houve correlação entre conformidade da prescrição e controle pressórico. As não conformidades mais comuns foram subdoses e subfrequências (Novello *et al.*, 2017). Ao avaliar a adequação na prescrição médica em uma amostra em que 38,9% apresentavam mau controle da PA, os médicos modificaram o tratamento em apenas 41,8% (IC 95%: 40,4-43,2) dos 5.036 pacientes mal controlados, sendo a conduta terapêutica mais frequente a associação farmacológica (55,6%) (Alonso Moreno *et al.*, 2013). Já no estudo de Weiler *et al.* (2014) cerca de um terço dos pacientes hipertensos com ação clínica inadequada permaneceram com mau controle sem modificação terapêutica. Dentre os que receberam modificações terapêuticas, aumentos no número de classes de medicamentos (30-39%) e nas doses dos medicamentos (26,3-34,5%) foram as mais comuns.

A tomada de decisão compartilhada pode ser um importante fator na relação com o usuário. Jackson *et al.* (2020) demonstraram que 54% dos pacientes expressaram o desejo de uma tomada de decisão médica compartilhada igualmente (frente a 24% que preferem a tomada de decisão pelo médico e 18% por eles próprios). A discordância entre a tomada de decisão desejada e vivenciada (pós-encontro) pelo paciente reduziu a confiança e a satisfação, apesar de não ter efeitos sobre a adesão ao tratamento.

O manejo da hipertensão geralmente requer uma abordagem multidisciplinar, não só da equipe da Atenção Primária, mas também de equipes de apoio que incluem médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos e outros profissionais de saúde para garantir uma atenção abrangente e personalizada aos pacientes hipertensos (Brasil, 2013). Nas consultas de enfermagem, o foco do processo educativo serão orientações de medidas que reduzem a pressão arterial, entre elas: hábitos alimentares adequados para controle do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo (Brasil, 2013). Ulm *et al.* (2010) propõem um pequeno programa gerenciado por enfermeiros treinados que inclui uma visita a cada seis semanas ao consultório do clínico geral, com

MAPA, treinamento de automedicação, verificação de fatores de risco e aconselhamento sobre redução da PA. Em uma intervenção de um ano, houve redução no percentual de fumantes no grupo de terapia intensiva (de 14,7% para 8,4%) e uma redução da PA significativamente maior do que no grupo de cuidados habituais.

Concomitante, a educação em saúde é fundamental para capacitar as pessoas com hipertensão a assumirem um papel ativo em seu próprio cuidado, no sentido da corresponsabilização do cuidado entre profissional e usuário, informando sobre a doença, seus riscos, a importância da adesão ao tratamento e a adoção de hábitos de vida saudáveis. Joshi *et al.* (2019) demonstra que uma pequena intervenção seis visitas domiciliares por ACS ao longo de 12 meses com aconselhamento sobre redução de risco junto ao monitoramento de fatores de risco aumentou a adesão aos medicamentos anti-hipertensivos em domicílios comparados aos controles (74,9% vs. 61,4%, $p<0,001$)

Para a continuidade do cuidado o monitoramento é fundamental. Nesse sentido deve-se pensar nos diferentes contextos de medição como os métodos podem ser melhor introduzidos na rotina, sem prejuízo da aferição fidedigna. Diversos estudos se referem a estratégias de monitoramento da Pressão Arterial, destacando o monitoramento em casa (MRPA). Aekplakorn *et al.* (2016) demonstraram que aqueles com hipertensão que receberam um monitor de pressão arterial para medição domiciliar tiveram uma melhora significativa da PA em indivíduos com menor de 60 anos (diferença de -8,9 mmHg, IC95%=-15,1 a -2,7). Para idosos houve diminuição significativa na proporção daqueles com PA não controlada (de 90,9% no início do estudo para 38,2% no mês 12, com $p<0,05$).

No estudo de Jackson *et al.* (2019), em uma amostra de 1.590 médicos de cuidados primários e enfermeiros, 97% dos entrevistados relataram usar MRPA. Desses, mais da metade (60%) usaram MRPA para uma combinação de fins de diagnóstico e tratamento, 24% usaram apenas para diagnóstico e 16% usaram apenas para tratamento, e ainda 98% relataram realizar ajustes de medicação com base nas leituras do MRPA. Os métodos para os pacientes compartilharem os resultados da MRPA foram: registros em papel (68%); durante consultas (66%); por telefone (37%); por site seguro (22%); ou por e-mail seguro (19%). Apesar do uso, 15% não aconselharam os pacientes sobre o tamanho do manguito e 8% não validaram os

dispositivos dos pacientes. O estudo de Kao *et al.* (2019) ainda implementou um sistema digital automático de lembretes da medição para o usuário e avisos para a equipe sobre leituras da pressão arterial abaixo ou acima do normal. A intervenção causou diminuição significativa na dose diária definida média do medicamento anti-hipertensivo quando comparado ao grupo de controle ($p < 0,01$).

Apesar dos benefícios, em um estudo transversal com 1.254 prestadores de cuidados primários, somente 32% recomendaram monitorização domiciliar da pressão arterial MRPA para $\geq 90\%$ de seus pacientes e 26% recomendaram para $\leq 40\%$ de seus pacientes. Os profissionais de enfermagem eram significativamente mais propensos a recomendar MRPA do que os clínicos gerais (razão de *odds*, 0,55; intervalo de confiança de 95%, 0,40–0,78). As principais razões referidas pelos profissionais para não recomendarem a MRPA foram o custo do método para o paciente e a “não necessidade” do paciente (Tirabassi, Fang, Ayala; 2013).

No estudo de Sagarra-Tió *et al.* (2015), o uso do MAPA foi muito importante para a adequação medicamentosa, visto que não só o mau controle da PA foi levado em conta, mas o padrão da PA também. Indivíduos *risers*, fator de risco citado anteriormente, tiveram alterações terapêuticas e, em um segundo acompanhamento, as mudanças terapêuticas modificaram o controle com sucesso em 87% dos casos. A maioria desses pacientes passou para um padrão não-*dipper* (50%) ou para um padrão *dipper* (37%).

A educação continuada dos profissionais da APS também pode ser um catalisador do cuidado. Uma pequena intervenção de vídeos instrutivos para prestadores de cuidados de saúde, implicou em melhorias em alguns aspectos: critérios diagnósticos para hipertensão (pré 45% vs pós 91%, $p < 0,001$) e aconselhamento para controle da hipertensão (pré 30% vs pós 58%, $p < 0,01$) (Edward *et al.*, 2020). Já um programa com formação educacional (sessões de grupo ao vivo ou formação *online*) e *feedback* informativo para médicos da APS para melhorar o controle da PA, melhorou o cuidado dos pacientes com uma redução pequena, mas significativa, de -1,1 mm Hg ($P = 0,009$) na PA sistólica e uma proporção maior de pacientes atingindo a meta de PA (13,6% vs 15,6%, $p = 0,055$) (De Rivas *et al.*, 2010).

A relação com a rede também se apresenta como um fator importante na aplicação de protocolos e diretrizes. Um estudo nos Estados Unidos, por Woolsey *et al.*, 2017, demonstrou uma associação significativa entre a integração da clínica da APS com o hospital (alta integração representa clínicas que fazem parte de um sistema de saúde que inclui um hospital) e o número de recomendações seguidas pelas clínicas. Uma percentagem mais elevada de clínicas altamente integradas à rede aderiu de 8 a 10 recomendações em comparação com clínicas com baixa integração (36,4% e 10,5%, respetivamente). Não obstante, Wójcik *et al.* (2019) demonstraram a falta de coesão entre organizações de diferentes níveis do cuidado, no caso cuidados primários e profissionais cardiovasculares, que iniciam antes da prática do cuidado da HAS verificada nas diferenças entre as diretrizes atuais da *American Heart Association* (AHA) e do *American College of Cardiology* (ACC), levando a desconexão entre a medicina familiar e as estratégias de prevenção de DCV baseadas em evidências.

Quadro 3 — Artigos selecionados na revisão sistemática.

Nº	AUTORES (ANO)	Nome	Características dos estudos e principais achados
1	Bock <i>et al.</i> (2012)	Behavioral Counseling for Cardiovascular Disease Prevention in Primary Care Settings: A Systematic Review of Practice and Associated Factors	Revisão sistemática Amostra: 18 estudos que forneceram dados de 6.338 médicos, pesquisados pelas bases de dados Medline, BIOSIS Previews, PsycINFO e CSA Sociological Abstracts Resultados: Em geral, os estudos relataram interesse substancial dos médicos na promoção da saúde. Em todos os estudos, 7 em cada 10 médicos sentiam que o aconselhamento comportamental era importante e era responsabilidade do médico. A grande maioria dos médicos nos estudos classificou a modificação do estilo de vida como importante para boa saúde nas áreas de dieta (75% a 84%), exercício (76% a 92%) e tabagismo. A prestação de serviços preventivos diferiu de acordo com o risco individual dos pacientes. O aconselhamento médico sobre a cessação do tabagismo foi o mais relatado. As proporções de médicos que aconselharam sobre nutrição e atividade física foram notavelmente mais baixas e poucos médicos tomaram medidas adicionais utilizando abordagens de aconselhamento mais intensivas. A maioria dos médicos descreveu-se como tendo conhecimentos moderados em aconselhamento comportamental: A proporção de médicos que se sentiam preparados para oferecer aconselhamento era baixa para nutrição (28% a 36%), enquanto mais da metade dos médicos achavam ter conhecimento adequado para aconselhar sobre atividade física.
2	Di <i>et al.</i> (2020)	Lack of effects of evidence-based, individualised counselling on medication use in insured patients with mild hypertension in China: a randomised controlled trial.	Delineamento: ECR Amostra: Pacientes com hipertensão primária leve, risco de doenças cardiovasculares (DCV) em 10 anos inferior a 20% e sem histórico de DCV. Intervenção: aconselhamento individualizado e baseado em evidências (EBI) sobre hipertensão e tratamento sobre o uso de medicamentos em pacientes com hipertensão leve na China. Resultados: Avaliar se o Aconselhamento individualizado e baseado em evidências (EBI) mais aconselhamento geral foi fornecido ao grupo de intervenção e apenas aconselhamento geral ao grupo de controle. O aconselhamento do EBI incluiu informações sobre o risco de DCV em 10 anos e o benefício do tratamento em termos de redução absoluta do risco estimada para cada indivíduo e informações sobre os efeitos colaterais médios e os custos dos medicamentos anti-hipertensivos. Os desfechos incluíram uso de anti-hipertensivos e adesão ao tratamento no acompanhamento de 6 meses, sendo o primeiro desfecho primário. Os pacientes do grupo de intervenção melhoraram significativamente o nível de conhecimento das principais informações após o aconselhamento EBI. Para os demais desfechos, a diferença entre os grupos de intervenção e controle não foi estatisticamente significativa.
3	Tonstad; Alm; Sandvik (2007)	Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: a randomised controlled trial.	Delineamento: ECR Amostra: 51 indivíduos que participaram de uma triagem de saúde com PAS 140-169 mm Hg e PAD 90-99 mm Hg em um mínimo de três leituras separadas, tratados ou não tratados com medicamentos anti-hipertensivos, Intervenção: Foram alocados aleatoriamente para aconselhamento mensal sobre estilo de vida conduzido por enfermeiras (grupo de intervenção, N = 31) ou para cuidados primários convencionais (grupo de controle, N = 20) a serem seguidos de aconselhamento sobre estilo de vida. Os comportamentos recomendados foram: Aumente a atividade física para 30 minutos diários; Pare de fumar se fuma diariamente; Reduzir a gordura saturada da dieta para <10% da energia da dieta; Aumente a ingestão de frutas e vegetais para pelo menos cinco porções diárias; Reduzir o peso corporal em 3–5%, em caso de excesso de peso (índice de massa corporal > 27 kg/m²); Reduzir o álcool para < 2 unidades padrão/dia para homens e para < 1 unidade padrão/dia para mulheres; Reduza a adição de sal nos alimentos e alimentos salgados. Resultados: O peso corporal e a circunferência da cintura aumentaram significativamente no grupo controle (p = 0,03 e p = 0,008, respectivamente), mas não no grupo intervenção (p > 0,1). Embora ambos os grupos tenham apresentado aumento na circunferência da cintura, a análise entre grupos mostrou que a alteração na circunferência da cintura foi menor na intervenção em comparação ao grupo controle. Da mesma forma, as concentrações séricas de triglicerídeos e o número de fatores de risco da síndrome metabólica foram reduzidos no grupo intervenção. O número de fatores de risco da síndrome metabólica foi de 2,1 (DP 1,1) 22 no início do estudo e 2,6 (DP 1,2) aos 6 meses no grupo controle comparados a 2,2 (DP 1,1) e 1,9 (DP 1,0), respectivamente, no grupo de intervenção (p = 0,01).
4	Aira <i>et al.</i> (2004)	Differences in brief interventions on excessive drinking and	Delineamento: Transversal Amostra: Entrevistas qualitativas semiestruturadas com 35 médicos em quatro centros de saúde na Finlândia e triangulação por auditoria de anotações feitas por esses médicos sobre consumo de álcool e tabagismo em prontuários médicos (n = 1.200) de pacientes de 20 a 60 anos de idade selecionados aleatoriamente, que visitaram seus médico pelo menos uma vez em um período de estudo de 12 meses.

Nº	AUTORES (ANO)	Nome	Características dos estudos e principais achados
		smoking by primary care physicians: qualitative study	Resultados: Em 106 (8,8%) prontuários havia menção ao tabagismo e em 82 (6,8%) ao uso de álcool ($p < 0,0001$). A quantidade de consumo de álcool foi descrita de forma obscura. Quando uma das consultas foi feita por hipertensão, diabetes, dispepsia, exame geral de saúde ou arritmias cardíacas, o tabagismo foi registrado com maior frequência do que o consumo de álcool. Os médicos se sentiram mais confortáveis em adotar uma abordagem preventiva para o tabagismo do que para o uso de álcool. Enquanto pacientes acreditavam que o Aconselhamento é eficaz, as entrevistas sugeriam que os médicos não.
5	Chi <i>et al.</i> (2023)	Associations between alcohol brief intervention in primary care and drinking and health outcomes in adults with hypertension and type 2 diabetes: a population-based observational study.	Delineamento: Coorte retrospectiva Amostra: Estudo observacional de base populacional utilizando dados de registros eletrônicos de saúde. Pacientes adultos da atenção primária com hipertensão ($N = 72.979$) ou DM2 ($N = 19.642$) que tiveram resultado positivo para uso não saudável de álcool entre 2014 e 2017. Resultados: Foi avaliado a associação para aqueles que receberam intervenção breve sobre álcool (IB) na atenção primária e resultados de consumo de álcool em 12 meses e resultados de saúde em 18 meses entre adultos com HAS e diabetes tipo 2. Para pacientes com HAS, aqueles que receberam IB tiveram uma redução adicional modesta, mas significativa de $-0,06$ nas bebidas/dia de consumo (IC 95% $-0,11$ a $-0,01$) e redução adicional de $-0,30$ nas bebidas/semana (IC 95% $-0,59$ para $-0,01$) aos 12 meses, em comparação com aqueles que não o fizeram. Pacientes com hipertensão que receberam BI também tiveram maiores chances de apresentar redução clinicamente significativa da PA diastólica aos 18 meses (OR 1,05, IC 95% 1,00 a 1,09).
6	Chi <i>et al.</i> (2017)	Alcohol brief intervention in primary care: Blood pressure outcomes in hypertensive patients.	Delineamento: ECR Amostra: 1.422 pacientes adultos hipertensos de cuidados primários com triagem positiva para consumo excessivo de álcool no último ano no início do estudo, que possuíam uma medida de PA de registro eletrônico de saúde de 54 clínicas de atenção primária para adultos. Intervenção: 3 braços de intervenção: 1) PCP, com a intervenção SBIRT (<i>Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment</i>) com triagem de álcool, intervenção breve e implementação de encaminhamento para tratamento administrado por médicos da APS, 2) NPP&MA, com intervenção breve (IB) e encaminhamento realizado por assistentes médicos e prestadores não médicos, como educadores clínicos de saúde, especialistas em medicina comportamental ou enfermeiros registrados, e 3) cuidados habituais como controle. Resultados: Não foram encontradas diferenças significativas na PA sistólica e diastólica média na triagem do índice, ou alteração na PA sistólica e diastólica aos 18 meses, entre aqueles com e sem BI documentado. Entretanto, na análise estratificada por braço, houve declínios significativamente maiores na PA aos 18 meses para aqueles com BIs documentados apenas no braço de intervenção PCP (média/desvio padrão= $-6,4/21,5$ vs. $0,7/19,1$, $p < 0,05$ e $-5,0/10,7$ vs. $-0,6/11,2$, $p < 0,01$ para alteração da PA sistólica e diastólica em 18 meses, respectivamente). A IB por médicos de cuidados primários estava associada a um melhor controle da PA em pacientes hipertensos que não bebiam muito com frequência.
7	Miquel <i>et al.</i> (2018)	Barriers to implement screening for alcohol consumption in Spanish hypertensive patients	Delineamento: Transversal Amostra: Questionário com 867 clínicos gerais realizados na Internet em cinco países europeus. Resultados: Avaliou o papel do álcool na gestão da HAS na prática dos cuidados primários. 12,4% dos médicos de clínica geral que responderam eram bebedores de risco (21,3% dos homens versus 7,1% das mulheres). Os médicos relataram considerar o álcool relativamente sem importância no tratamento da HAS, bem como uma condição difícil de lidar. As três principais barreiras para implementar o rastreio do consumo de álcool em pacientes com HAS foram a falta de tempo (50,0%), considerar o álcool sem importância para a HAS (28,4%) e o estigma (16,5%).
8	Gallegos-Carrillo <i>et al.</i> (2017)	Brief Counseling and Exercise Referral Scheme: A Pragmatic Trial in Mexico.	Delineamento: ECR Amostra: 232 pacientes que tinham hipertensão diagnosticada (< 5 anos), entre 35 e 70 anos, fisicamente inativos, com intenção declarada de praticar AF e frequentavam Centros de Atenção Básica em Cuernavaca (quatro selecionadas com base na proximidade). Intervenção: intervenção de 16 semanas baseada na teoria comportamental para aumentar a conformidade com as recomendações de AF aeróbica. Cada centro foi randomizado para um breve aconselhamento de AF (BC, $n=2$) ou uma intervenção de encaminhamento de exercícios (ER, $n=2$). O estudo foi realizado entre 2011 e 2012 Resultados: Minutos/semana de AF moderada a vigorosa medida objetivamente aumentaram em 40 e 53 minutos nos grupos ER e BC, respectivamente, mas não foi significativo ($p=0,59$). A proporção de participantes que atendem às recomendações de AF aumentou, entre T0 e T2, em 53,9% em no grupo BC e 51,9% no grupo ER ($p=0,02$) (RO = 0.49, IC 95% =0.37, 0.81)

Nº	AUTORES (ANO)	Nome	Características dos estudos e principais achados
			Entre os participantes com adesão $\geq 50\%$ da intervenção, a proporção que atendeu às recomendações de AF passou de 35,9% em T0 para 59,7% em T2 ($p=0,008$), enquanto entre os participantes com adesão $<50\%$, diminuiu para 22,2% em T2 ($p=0,01$). Não houve diferença significativa da PA entre os grupos.
9	Lopes <i>et al.</i> (2014)	Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG	Delineamento: Transversal Amostra: 1.616 usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Resultados: A frequência média de aconselhamento referido pelo usuário foi 51,1% entre as UBS. Foram variáveis associadas ao recebimento de aconselhamento ($p<0,05$) a presença de agravos (ter hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes, excesso de peso); usar medicamentos e participar do Programa Academia da Saúde (PAS).
10	Khetan <i>et al.</i> (2019)	Effect of a Community Health Worker-Based Approach to Integrated Cardiovascular Risk Factor Control in India: A Cluster Randomized Controlled Trial.	Delineamento: ECR Amostra: 1.242 adultos tinham pelo menos 1 fator de risco (hipertensão = 650, diabetes = 317, tabagismo = 500), de 35 a 70 anos de idade, em uma única cidade na Índia, que foram examinados em casa para hipertensão, diabetes e tabagismo. Intervenção: grupo de intervenção teve comunicação para mudança comportamental através de visitas domiciliares regulares de agentes comunitários de saúde. O grupo controle recebeu cuidados habituais na comunidade. Resultados: A diminuição da PA foi significativamente maior (diferença de $-5,8$ mm Hg; intervalo de confiança [IC] de 95%: $-1,9$ a $-9,8$ mm Hg; $p = 0,004$) no grupo de intervenção ($-12,2$ a $19,5$ mm Hg) do que no grupo controle ($-6,4 \pm 26,1$ mm Hg). Após ajuste para os fatores de confusão, levando em consideração o desenho do estudo, a diminuição permaneceu estatisticamente significativa (diferença de $-8,9$ mmHg; IC 95%: $-3,5$ a $-14,4$ mmHg; $p = 0,001$). Ambos os grupos apresentaram uma diminuição significativa no uso de tabaco ($p = 0,02$) mas não foram diferentes entre si (diferença de $+0,2$ cigarros/bidis; IC 95%: $5,6$ a $-5,2$ mg/dl; $p = 0,62$). O número médio de medicamentos utilizados aumentou tanto no grupo intervenção quanto no grupo controle, mas não foram diferentes entre si.
11	Beune <i>et al.</i> (2014)	Culturally Adapted Hypertension Education (CAHE) to Improve Blood Pressure Control and Treatment Adherence in Patients of African Origin with Uncontrolled Hypertension: Cluster-Randomized Trial	Delineamento: ECR Amostra: Realizado em quatro centros de cuidados primários holandeses com 146 pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: autoidentificados como surinameses ou ganenses; ≥ 20 anos; tratado para hipertensão; PAS ≥ 140 mmHg. Intervenção: Todos os pacientes receberam cuidados habituais de hipertensão. A intervenção foi três sessões de educação sobre hipertensão culturalmente apropriadas , conduzidas por enfermeiras. A randomização por cluster foi escolhida para evitar a contaminação entre as duas condições nos centros de saúde. Intervenção $n = 75$, controle $n = 71$. Resultados: Aos seis meses, a média de PAS/DAP caiu $10/5,7$ (DP $14,3/9,2$) mmHg no grupo de intervenção e $6,3/1,7$ (DP $13,4/8,6$) mmHg no grupo controle. Após o ajuste, as diferenças entre os grupos na redução da média de PAS e PAD foram de $-1,69$ mmHg (IC 95%: $-6,01$ a $2,62$, $P = 0,44$) e $-3,01$ mmHg ($-5,73$ a $-0,30$, $P = 0,03$) a favor da intervenção grupo mas não significativa na primeira. Os escores médios de adesão às recomendações de estilo de vida aumentaram no grupo de intervenção, mas diminuíram no grupo de controle. Os escores médios de adesão à medicação melhoraram ligeiramente em ambos os grupos. Após ajuste, a diferença entre os grupos para adesão às recomendações de estilo de vida foi de $0,34$ ($0,12$ a $0,55$; $P = 0,003$). Para adesão medicamentosa foi de $-0,09$ ($-0,65$ a $0,46$; $P = 0,74$). Conclusão: a intervenção levou a melhorias significativas na PAD e na adesão às recomendações de estilo de vida, apoiando a necessidade de cuidados de hipertensão culturalmente apropriados.
12	Chimberengwa e Naidoo (2004)	Using community-based participatory research in improving the management of hypertension in	Revisão de escopo Amostra: 9 estudos selecionados das bases de PubMed, MEDLINE, Google Scholar e Web of Science. Resultados: As principais ferramentas do cuidado nessa estratégia foram a promoção da saúde e a educação em saúde para melhorar a conscientização da comunidade sobre os determinantes sociais da HAS (todos os estudos); a retomada de tradições e costumes, incluindo intervenções culturalmente adaptadas (quatro estudos). Nos casos em que os estilos de vida foram melhorados para serem mais saudáveis, incluindo o reforço da atividade física e a redução do sal na dieta, foi relatada uma alimentação saudável (5 estudos).

Nº	AUTORES (ANO)	Nome	Características dos estudos e principais achados
		communities: A scoping review	
13	Rubinstein, <i>et al.</i> (2016)	Effectiveness of an mHealth intervention to improve the cardiometabolic profile of people with prehypertension in low-resource urban settings in Latin America: a randomised controlled trial.	Delineamento: ECR Amostra: Indivíduos (com idades entre 30 e 60 anos) com pressão arterial sistólica entre 120 e 139 mm Hg, pressão arterial diastólica entre 80 e 89 mm Hg, ou ambos, de centros de saúde, locais de trabalho e centros comunitários em áreas urbanas de poucos recursos. cenários na Argentina, Guatemala e Peru. Intervenção: Os participantes foram designados aleatoriamente a receber ligações mensais de aconselhamento motivacional e mensagens de texto personalizadas semanais em seus celulares sobre qualidade da dieta e atividade física por 12 meses, ou cuidados habituais. Resultados: A intervenção não afetou a alteração na pressão arterial sistólica (alteração líquida média -0,37 mm Hg [IC 95% -2,15 a 1,40]; $p = 0,43$) ou na pressão arterial diastólica (0,01 mm Hg [-1,29 a 1,32]; $p=0,99$) em comparação com os cuidados habituais. No entanto, notamos uma redução líquida significativa no peso corporal (-0,66 kg [-1,24 a -0,07]; $p=0,04$) e na ingestão de alimentos ricos em gordura e açúcar (-0,75 [-1,30 a -0,20]; $p=0,008$) no grupo intervenção comparado como grupo de controle. Numa subanálise pré-especificada, constatamos que os participantes do grupo intervenção que receberam mais de 75% das ligações (nove ou mais, de um máximo de 12) tiveram maior redução de peso corporal (-4,85 [-8,21 a -1,48]) e circunferência da cintura (-3,31 [-5,95 a -0,67]) do que os participantes do grupo controle. Além disso, os participantes do grupo de intervenção tiveram um aumento na ingestão de frutas e vegetais e uma diminuição nas dietas ricas em sódio, gordura e açúcares simples em relação aos participantes do grupo de controle. No entanto, não encontramos alterações na pressão arterial sistólica, na PAS ou na atividade física no grupo de participantes que recebeu mais de 75% das ligações em comparação como grupo que recebeu menos de 50% das ligações.
14	Green <i>et al.</i> (2022)	Blood Pressure Checks for Diagnosing Hypertension: Health Professionals' Knowledge, Beliefs, and Practices.	Delineamento: Transversal Amostra: Questionários com profissionais da saúde da equipe de cuidados primários realizadas por e-mail ($n = 421$) de 10 clínicas. Resultados: Poucos médicos/Assistentes médicos/enfermeiros registrados de prática avançada usaram o limiar de diagnóstico concordante com as diretrizes (135/85 mmHg) com monitoramento domiciliar (14,0%) ou monitoramento ambulatorial de 24 horas (MAPA) (8,4%), sendo 140/90 mmHg o limiar mais comumente relatado para casa (59,4%) e MAPA (49,6%). O estudo encontrou lacunas no conhecimento, nas crenças e nas práticas dos profissionais de saúde no diagnóstico da hipertensão.
15	Edward <i>et al.</i> (2020)	An exploratory study on the quality of patient screening and counseling for hypertension management in Tanzania.	Delineamento: Transversal Amostra: Observações da triagem de 69 pacientes adultos durante atendimento ambulatorial de rotina e campos de triagem. Além disso, 33 prestadores de cuidados de saúde participaram numa avaliação de conhecimentos pré-pós, após observarem vídeos de formação instrutiva. Resultados: A medição da pressão arterial (PA) foi explicada a 65% dos pacientes, e 77% das medições foram feitas com esfigmomanômetros de mercúrio. Para vários aspectos da medição da PA, os enfermeiros tiveram melhor desempenho do que os médicos: o braço do paciente apoiado numa superfície plana (médicos, 58% vs enfermeiros 67%, $p<0,05$) e as costas do paciente apoiadas (médicos, 50% vs enfermeiros 88%, $p<0,01$). Entre os diagnosticados com hipertensão, 7% receberam prescrição de medicamentos, 14% foram orientados sobre redução de sal durante o cozimento, 29% sobre redução do consumo de sal, 21% sobre redução do consumo de alimentos ricos em sódio, 21% sobre redução da ingestão calórica, 21% sobre aumento atividade física e 43% foram informados sobre consultas de acompanhamento. Prestadores de cuidados de saúde (33%) participaram numa avaliação de conhecimentos pré-pós, após observarem vídeos de formação instrutiva. Após os vídeos instrutivos houve melhorias em alguns aspectos: critérios diagnósticos para hipertensão (pré 45% vs pós 91%, $p<0,001$) e aconselhamento para controle da hipertensão (pré 30% vs pós 58%, $p<0,01$).
16	Woolsey <i>et al.</i> (2017)	Diagnosing Hypertension in Primary Care Clinics According to Current Guidelines.	Delineamento: Transversal Amostra: 123 clínicas que realizaram o questionário com uma equipe médica. Resultados: Foi realizada uma avaliação dos protocolos e das práticas atuais de medição da PA clínica para o diagnóstico preciso de hipertensão) e do nível de adesão às recomendações por nível de integração clínica com um hospital. Foi considerado ideal a confirmação de um diagnóstico de hipertensão com monitorização da PA fora do consultório, de preferência usando MAPA-24-horas (monitorização ambulatorial de 24 horas) ou, quando não for possível a primeira, a monitorização residencial padronizada da PA (MRPA), com a medição da PA em consultório somente usada como triagem. As recomendações foram divididas em 2 categorias: (1) aquelas que se referiam a técnicas precisas de medição da PA em consultório e (2) aquelas usadas para confirmar o diagnóstico de hipertensão com monitorização da PA fora do consultório. Apenas 58,5% das clínicas

Nº	AUTORES (ANO)	Nome	Características dos estudos e principais achados
			autorreferiram o uso da média de 2 aferições e 57,7% relataram permitir que os pacientes descansassem pelo menos 5 minutos antes de medir a PA. Apenas 25,2% das clínicas relataram ter acesso à MAPA e 36,6% tinham materiais instrutivos para treinar os pacientes na MRPA precisa. Existe uma associação estatisticamente significativa entre a integração da clínica com o hospital (alta integração representa clínicas que fazem parte de um sistema de saúde que inclui um hospital) e o número de recomendações seguidas pelas clínicas. Uma percentagem mais elevada de clínicas altamente integradas aderiu a 8 a 10 recomendações em comparação com clínicas com baixa integração (36,4% e 10,5%, respetivamente).
17	Jackson <i>et al.</i> (2019)	Clinical Implementation of Self-Measured Blood Pressure Monitoring, 2015-2016	Delineamento: Transversal Amostra: Dados da pesquisa DocStyles de 2015 e 2016 de 1.590 médicos de cuidados primários e enfermeiros em instalações ambulatoriais dos EUA. Resultados: Avaliaram as práticas clínicas relacionadas à monitorização da PA automedida (MRPA) e as funções dos prestadores. Quase todos (97%) entrevistados relataram usar MRPA. Entre 1.539 que usaram MRPA, mais da metade (60%) usaram MRPA para uma combinação de fins de diagnóstico e tratamento, enquanto 24% usaram MRPA apenas para diagnóstico e 16% usaram MRPA apenas para tratamento. Os métodos mais comuns para os pacientes compartilharem os resultados da MRPA com a equipe clínica foram registros em papel (68%); durante consultas (66%); por telefone (37%); por site seguro (22%); ou por e-mail seguro (19%). Quase todos (98%) entrevistados relataram que os ajustes de medicação foram fornecidos aos pacientes com base nas leituras do MRPA. Cerca de 15% não aconselharam os pacientes sobre o tamanho do manguito e 8% não validaram os dispositivos dos pacientes. Apenas 13% dos entrevistados relataram ter programas de empréstimo monitorados, e a disponibilidade não variou de acordo com a situação financeira da população de pacientes ($p = 0,59$).
18	Hickey <i>et al.</i> (2021)	Effect of a patient-centered hypertension delivery strategy on all-cause mortality: Secondary analysis of SEARCH, a community-randomized trial in rural Kenya and Uganda.	Delineamento: ECR Amostra: Censo de 32 comunidades (126.311 pessoas). Intervenção: randomizadas para tratamento padrão orientado pelo país ou para um modelo integrado de cuidados crônicos centrado no paciente, com triagem em nível populacional. Resultados: 53% dos participantes do grupo de intervenção e 44% dos participantes do grupo de controle alcançaram o controle da hipertensão no ano 3 (RR=1,22, IC 95% 1,12 a 1,33, $p < 0,001$; Entre as pessoas com hipertensão grau 3 no início do estudo ($\geq 180/110$ mm Hg), 79% no grupo de intervenção versus 61% no grupo de controle tiveram redução da gravidade da hipertensão após 3 anos.
19	Shima <i>et al.</i> (2021)	Cluster-randomized controlled trial for the early promotion of clinic visits for untreated hypertension	Delineamento: ECR Amostra: 273 participantes (idade média de 50,3 anos, 55% mulheres) de 107 lojas com hipertensão não tratada (níveis de pressão arterial $\geq 160/100$ mmHg) Intervenção: Grupo de promoção precoce (encorajados a visitar uma clínica em entrevistas presenciais e receberam uma carta de encaminhamento a um médico e também a um folheto) ou um grupo controle (recebeu cuidados habituais), de acordo com atribuição aleatória. Resultados: Durante o acompanhamento de 6 meses, 47 (34,1%) participantes do grupo de promoção precoce visitaram uma clínica, assim como 26 (19,3%) no grupo de controle (razão de <i>odds</i> 2,33, intervalo de confiança de 95% 1,12-4,84, $P = 0,024$). A promoção precoce através de uma carta de encaminhamento durante exames de saúde aumentou significativamente o número de consultas clínicas dentro de 6 meses concluídas por participantes com hipertensão não tratada.
20	Zechmann <i>et al.</i> (2017)	The impact of an individualized risk-adjusted approach on hypertension treatment in primary care.	Delineamento: Transversal Amostra: Dados coletados de prontuários eletrônicos de 22.434 pacientes selecionados com hipertensão na atenção primária registrados entre janeiro de 2009 e agosto de 2015. Resultados: Foram realizadas duas estimativas com registros médicos: a) todos os pacientes estratificados para o grupo de grau de hipertensão ≥ 1 qualificaram-se para tratamento medicamentoso de acordo com a abordagem padronizada de PA; b) todos os pacientes com hipertensão grau ≥ 1 do grupo com categoria de RCV pelo menos "alta" qualificaram-se para tratamento medicamentoso de acordo com a abordagem ajustada ao risco. Abordagem padronizada de PA: Com base no limiar de PA de 140/90 mm Hg, 72,7% (IC 95%, 72,0–73,4) de todos os pacientes qualificados para tratamento medicamentoso. Cerca de 49,7p.p. receberam um medicamento conforme recomendado, enquanto 23p.p. não receberam

Nº	AUTORES (ANO)	Nome	Características dos estudos e principais achados
			nenhum medicamento, embora qualificassem para o tratamento. Estes últimos foram, portanto, identificados como sendo afetados pela lacuna de desempenho de evidência sobre o RCV. Abordagem de RCV: Com base nas categorias de RCV, 44,6% (IC 95%, 43,6–45,6) de todos os pacientes se qualificaram para tratamento medicamentoso. Um total de 33,9p.p receberam um medicamento conforme recomendado, enquanto 10,8p.p. não receberam nenhum medicamento, embora qualificassem para o tratamento. A abordagem com RCV diminuiu em mais de 50% o gap de desempenho de evidência.
21	Moreira <i>et al.</i> (2020)	Evaluation of Cardiovascular Risk in Hypertensive Individuals Attending a Primary Health Care Center	Delineamento: Transversal Amostra: 166 pacientes hipertensos atendidos em uma unidade básica de saúde no Brasil selecionadas aleatoriamente. Resultados: O RCV apresentou correlação positiva com o número de medicamentos utilizados, além de pioras em exames como níveis séricos elevados de colesterol total (B = 0,05; IC95%: 0,02: 0,08) e baixa taxa de filtração glomerular (TFG) (B = -0,11; 95%CI: -0,18 : -0,03).
22	Mosca <i>et al.</i> (2005)	National Study of Physician Awareness and Adherence to Cardiovascular Disease Prevention Guidelines	Delineamento: Transversal Amostra: 500 médicos selecionados aleatoriamente, sendo 300 da APS. Resultados: As mulheres de risco intermediário, avaliadas pelo escore de risco de Framingham, tiveram uma probabilidade significativamente maior de serem atribuídas a uma categoria de risco mais baixo pelos médicos de atenção primária do que os homens com perfis de risco idênticos (P<0,0001). Os médicos não se classificaram como muito eficazes na sua capacidade de ajudar os pacientes a prevenir DCV.
23	Green <i>et al.</i> (2014)	e-Care for heart wellness: a feasibility trial to decrease blood pressure and cardiovascular risk.	Delineamento: ECR Amostra: Pacientes com idade entre 30 e 69 anos com IMC> 26, pressão arterial elevada e risco de DCV de Framingham de 10% a 25% em 10 anos. Intervenção: Os participantes foram randomizados para intervenção (WD) em que tiveram uma consulta presencial com um nutricionista para informações básicas e criar um plano para reduzir o risco de DCV. O acompanhamento planejado ocorreu por meio de mensagens seguras para relatar pressão arterial, peso, ingestão de frutas e vegetais e receber feedback contínuo. Se necessário, os nutricionistas encorajaram os pacientes e seus médicos a intensificarem os medicamentos anti-hipertensivos e hipolipemiantes. Os controles receberam cuidados habituais (UC). Resultados: Entre 2010 e 2011, 90 dos 101 participantes completaram acompanhamentos de 6 meses. O grupo WD apresentou taxas mais altas de utilização de mensagens seguras e satisfação do paciente. O grupo WD perdeu significativamente mais peso do que o grupo UC (diferença líquida ajustada = -3,2 kg [IC 95% = -5,0, -1,5], p <0,001) e teve maior probabilidade de perder ≥4 kg (risco relativo ajustado =2,96 [IC 95%=1,16, 7,53]). O controle da PA e a redução do risco de DCV foram maiores na WD do que na UC, mas as diferenças não foram estatisticamente significativas.
24	Sagarra-Tió <i>et al.</i> (2015)	Assessment of primary healthcare professionals' management of hypertensive patients with riser pattern.	Delineamento: Coorte retrospectiva. Amostra: 450 pacientes hipertensos atendidos em um centro da área metropolitana de Barcelona. Intervenção: Resultados: O uso da MAPA de 24 horas permite a categorização nos quatro padrões de pressão arterial: dipper, não dipper, dipper extremo e riser podem ser identificados. Entre os 450 pacientes hipertensos analisados pela MAPA, identificaram 164 indivíduos dipper (36%), enquanto 286 (64%) apresentavam padrões anormais. Dentro deste último grupo 37% apresentavam o padrão dipper extremo, 50% eram não-dipper e 13% apresentavam o padrão riser. A relação entre as medidas de MAPA e seu risco cardiovascular foi analisada. Um aumento de duas a quatro vezes no percentual de indivíduos <i>risers</i> com risco cardiovascular médio, alto ou muito alto, respectivamente, foi mal controlado, indicando que entre os hipertensos <i>risers</i> o maior risco cardiovascular estava correlacionado com pior controle da pressão arterial. Para saber se a identificação de pressão arterial mal controlada em pacientes hipertensos em riser indicava que seu tratamento deveria ser alterado, analisamos quais modificações de tratamento foram introduzidas entre os 45 pacientes riser. Entre as 72 ações realizadas, a

Nº	AUTORES (ANO)	Nome	Características dos estudos e principais achados
			alteração da cronoterapia (medicamentos anti-hipertensivos tomados à noite em vez de pela manhã ou divididos em duas doses: uma pela manhã e outra à noite) foi a ação mais implementada (44% dos pacientes) enquanto, em menor proporção, também foram utilizadas alterações de dose (21%), adição de anti-hipertensivo complementar (17%), mudança de medicamento (15%) ou outras medidas (5%). As alterações terapêuticas foram realizadas não apenas entre os pacientes risers mal controlados, mas também em aqueles com bom controle da PA. 21% dos pacientes risers com "bom controle" da pressão arterial não tiveram medicação alterada. Uma segunda MAPA de acompanhamento foi realizada em apenas 27% dos indivíduos riser. Nestes indivíduos, as mudanças terapêuticas modificaram o controle com sucesso em 87% dos casos. A maioria desses pacientes passou para um padrão não-dipper (50%) ou para um padrão dipper (37%).
25	Aekplakorn <i>et al.</i> (2016)	Effectiveness of Self-Monitoring Blood Pressure in Primary Care: A Randomized Controlled Trial.	Delineamento: ECR Amostra: 224 pacientes elegíveis com hipertensão Intervenção: Alocados aleatoriamente nos grupos MRPA (n = 111) e cuidados habituais (n = 113). Cada paciente do grupo MRPA recebeu um monitor de pressão arterial (PA) para medição domiciliar da PA. Resultados: A regressão de modelo misto foi utilizada para comparar as alterações na PA nos meses 6 e 12. No 12º mês, em comparação com os cuidados habituais, o grupo MRPA teve PA sistólica média diminuída em 2,5 mm Hg. O benefício do MRPA foi encontrado naqueles com idade ≥60 anos, que diferiu significativamente em -8,9 mmHg (IC95% = -15,1 a -2,7) em comparação com aqueles sob cuidados habituais. Para indivíduos com 60 anos ou mais no grupo SMBP, a proporção daqueles com PA não controlada diminuiu de 90,9% no início do estudo para 38,2% no mês 12 (P < 0,05). No entanto, entre aqueles com idade <60 anos, o SMBP não teve um desempenho melhor do que o grupo de cuidados habituais.
26	Kao <i>et al.</i> (2019)	A Web-Based Self-Titration Program to Control Blood Pressure in Patients with Primary Hypertension: Randomized Controlled Trial.	Delineamento: ECR Amostra: 222 pacientes com hipertensão primária (pressão arterial > 130/80 mm Hg) de um ambulatório de cardiologia no norte de Taiwan. Intervenção: O grupo de intervenção foi definido aleatoriamente, na proporção 1:1, e recebeu o programa de automonitoramento baseado na Web, enquanto o grupo de controle recebeu os cuidados habituais. Para leituras da pressão arterial abaixo ou acima do normal, o sistema acionava automaticamente um alerta para a equipe do estudo entrar em contato com o paciente. Caso as leituras de pressão arterial não fossem inseridas até as 21h, o sistema foi projetado para enviar uma notificação por e-mail para lembrar a equipe do estudo e o paciente ou seu cuidador de inserir as leituras. Resultados: O modelo ajustado para a diferença inicial entre os grupos mostrou que o DDD (dose diária definida) média do medicamento anti-hipertensivo para o grupo de intervenção diminuiu significativamente mais do que para o grupo de controle (p<0,01) em ambos os momentos de acompanhamento. Após ajuste para a diferença basal na escolaridade, a PAS diminuiu significativamente mais para o grupo de intervenção do que para o grupo de controle nos acompanhamentos de 3 e 6 meses. A PAD média para o grupo de intervenção diminuiu significativamente mais nos acompanhamentos de 3 e 6 meses (p <0,001) em comparação com o grupo de controle. Após o ajuste para a diferença inicial entre os grupos, o aumento da qualidade de vida relacionada à saúde (medido pelo EQ-5D) para o grupo de intervenção foi significativamente maior (p<0,001) do que para o grupo de controle nos períodos de 3 e 6 meses. Ao avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, a intervenção aumentou significativamente a percepção de estado de saúde comparado ao grupo controle em ambos os momentos de acompanhamento (p<0,001) (medido pelo EQ-VAS).
27	Tirabassi, Fang e Ayala (2013)	Attitudes of primary care providers and recommendations of home blood pressure monitoring--DocStyles, 2010.	Delineamento: Transversal Amostra: 1.254 prestadores de cuidados primários (PCPs) Resultados: Da amostra, 539 eram médicos de família, 461 eram internistas e 254 eram enfermeiros. 32% recomendaram monitorização domiciliar da pressão arterial MRPA para ≥90% de seus pacientes e 26% recomendaram para ≤40% de seus pacientes. Os profissionais de enfermagem eram significativamente mais propensos a recomendar MRPA do que os clínicos gerais (razão de odds, 0,55; intervalo de confiança de 95%, 0,40–0,78). As principais razões para não recomendar a MRPA foram "o paciente não pode pagar" e "o paciente não precisa".
28	Buawangpong <i>et al.</i> , (2020)	Incorporating the patient-centered approach into clinical practice helps improve	Delineamento: Coorte retrospectiva Amostra: 200 registros de dois ambulatórios de atenção primária dos ambulatórios de Medicina de Família (MF), com modelo centrado no paciente, e de Segurança Social (SS). Resultados: O ambulatório de FM apresentava registros mais completos quanto à história familiar de hipertensão, avaliação de causas secundárias, prescrição de modificação de estilo de vida e ajuste adequado de medicação. Níveis mais elevados de controle da pressão

Nº	AUTORES (ANO)	Nome	Características dos estudos e principais achados
		quality of care in cases of hypertension: a retrospective cohort study	arterial foram registrados na clínica MF, especificamente pressão sistólica 2,92 mmHg ($p = 0,073$) e pressão diastólica 5,38 mmHg ($p < 0,001$) inferiores aos registrados na clínica SS. Houve chance 2,96 vezes maior de as metas de PA serem atingidas nos pacientes atendidos em atendimento hipertensivo no ambulatório de FM ($p = 0,004$).
29	Andrade <i>et al.</i> (2019)	Challenges and lessons from a primary care intervention in a Brazilian municipality	Delineamento: Transversal Amostra: Indivíduos com entrevistas domiciliares, 2013 (2012 como ano de referência) e 2015, e prontuários de indivíduos que autorreferiram hipertensão ou diabetes no inquérito domiciliar de 2013. A amostra final foi de 336 gestantes e seus respectivos filhos, 744 hipertensos (365 em 2013 e 379 em 2015) e 629 diabéticos (312 em 2013 e 317 em 2015). Resultados: Avaliaram a implantação do Laboratório de Inovação em Condições Crônicas em Santo Antônio do Monte, baseada no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que consiste em sete etapas e seus principais macroprocessos. Quanto aos hipertensos, a cobertura da ESF também foi quase universal, em torno de 97% nos dois anos. Além disso, o percentual dos que receberam pelo menos uma consulta do ACS no ano de referência aumentou significativamente, passando de 90,08% em 2012 para 94,97% em 2014. Em contrapartida, o percentual dos que declararam uso regular dos serviços do SUS diminuiu de 98,63% em 2012 para 96,04% em 2014. Apesar desta redução, a utilização dos serviços públicos é muito elevada, especialmente considerando que mais de 35% dos indivíduos com hipertensão são cobertos por planos de saúde privados. Quanto aos hipertensos, a cobertura da ESF também foi quase universal, em torno de 97% nos dois anos. Mais de 80% dos hipertensos relataram ter recebido pelo menos uma consulta médica nos dois anos, e mais de 65% deles foram tratados pelo SUS. Quanto aos exames preventivos, o percentual de pessoas que fizeram pelo menos um exame de colesterol não é universal, mas a cobertura é alta, em torno de 75%. Para o ECG esse número foi menor, em torno de 46%. Não foram encontradas alterações estatisticamente significativas na cobertura de ambas as provas entre 2012 e 2014. Cerca de 74% dos indivíduos que autorreferiram ter hipertensão foram identificados nos prontuários do HU com diagnóstico da respectiva condição, além de receberem tratamento pela ESF. Dentre eles, 89% com hipertensão viviam em domicílios que apresentavam histórico médico de classificação de risco familiar em seus prontuários. A maior parte das classificações de risco foi realizada com a implementação do LIACC entre 2013 e 2015 (64,7% da classificação de risco familiar).
30	Ulm <i>et al.</i> (2010)	Effect of an intensive nurse-managed medical care programme on ambulatory blood pressure in hypertensive patients	Delineamento: ECR Amostra: 200 Pacientes previamente diagnosticados como hipertensos e com PA sistólica de consultório superior a 140 mmHg Intervenção: Programa de terapia intensiva gerenciado por enfermeiros treinados ou para cuidados habituais. O programa de terapia intensiva incluiu uma visita a cada 6 semanas ao consultório do clínico geral, com medição padronizada da PA (MAPA), treinamento de automedicação, verificação de fatores de risco e aconselhamento sobre redução da PA. A intervenção durou 1 ano. Resultados: A PA caiu significativamente em ambos grupos. Não houve diferença significativa na média da PA sistólica entre os dois grupos ($p = 0,332$). No entanto, a redução no grupo de cuidados intensivos foi significativamente maior ($p = 0,036$) do que no grupo de cuidados habituais. O peso e o tempo gasto em atividade física permaneceram quase inalterados. Houve redução no percentual de fumantes no grupo de terapia intensiva (de 14,7% para 8,4%).
31	Weiler <i>et al.</i> (2014)	Clinically relevant quality measures for risk factor control in primary care:	Delineamento: Coorte Retrospectiva Amostra: 1.002 pacientes selecionados aleatoriamente com idades entre 50 e 80 anos de quatro centros universitários de atenção primária na Suíça - 753 com hipertensão.

Nº	AUTORES (ANO)	Nome	Características dos estudos e principais achados
		retrospective cohort study	Resultados: Pacientes com fatores de risco basais controlados: hipertensão n = 151/753 (20%). Cerca de um terço dos pacientes hipertensos com ação clínica inadequada permaneceram com mau controle sem modificação terapêutica. Aumentos no número de classes de medicamentos (30-39%) e nas doses dos medicamentos (26,3-34,5%) foram as modificações terapêuticas mais comuns. Pacientes hipertensos com doença arterial coronariana DAC ou lesão de órgão-alvo não tiveram maior probabilidade de receber ação clínica apropriada em resposta à pressão arterial elevada do que aqueles sem essas condições usando análises multivariáveis. A taxa de potencial tratamento excessivo foi 2% para hipertensão. A PA elevada é o principal parâmetro de médicos (associação da ação clínica apropriada à PAS ≥ 180 mmHg).
32	Jackson (2020)	Direct-Observation Cohort Study of Shared Decision Making in a Primary Care Clinic.	Delineamento: Coorte Amostra: Observações de 105 encontros de adultos hipertensos que se apresentaram para atendimento de rotina com seu médico de atenção primária com pesquisas prévias para avaliar as preferências de tomada de decisão médica compartilhada (SMDM) e pós consulta. Resultados: Pesquisas pós-consulta avaliaram o grau de SMDM durante o encontro, a satisfação do paciente e a confiança. Pré-visitas, 54% dos pacientes expressaram o desejo de uma tomada de decisão médica compartilhada igualmente, 24% preferiram a tomada de decisão dominada pelo médico e 18% preferiram que eles tomassem as decisões. Após a consulta, os pacientes relataram terem SMDM em 57% dos encontros, com alta concordância entre a tomada de decisão desejada e o vivenciado. A discordância entre o SMDM desejado e vivenciado (pós-encontro) pelo paciente reduziu a confiança e a satisfação. A qualidade das decisões partilhadas não teve impacto na adesão ou na pressão arterial às 4 semanas. Em contraste, a medida objetiva da qualidade da tomada de decisão partilhada (OPÇÃO-5) concluiu que a qualidade da tomada de decisão médica partilhada era baixa, com uma pontuação média padronizada de 27,5 (intervalo, 0-70). A avaliação objetiva da qualidade da tomada de decisão compartilhada não correspondeu às avaliações dos pacientes sobre a qualidade da tomada de decisão compartilhada. Os encontros que foram classificados como decisões perfeitamente compartilhadas entre pacientes e médicos não tiveram pontuações mais altas na OPÇÃO-5 (28,7 versus 26,6, P = 0,47). Os encontros nos quais as avaliações dos pacientes sobre a tomada de decisão pré e pós-encontro foram discordantes tiveram classificações mais baixas de satisfação dos pacientes (24 v. 22,3, P = 0,01) e confiança (33,5 v. 31,4, P = 0,01). Para encontros discordantes, não houve diferença na duração dos encontros (27,5 x 30,5 min, P = 0,21), mas houve maior dominância do médico no encontro (55,6 v. 59,8, p=0,002). Cor da pele ou gênero não impactaram na concordância entre médico e paciente.
33	De Rivas et al. (2010)	Effectiveness of an Interventional Program to Improve Blood Pressure Control in Hypertensive Patients at High Risk for Developing Heart Failure: HEROIC study.	Delineamento: ECR Amostra: Duzentos e vinte e seis médicos completaram o programa e forneceram dados válidos em 2.489 pacientes antes e 2.168 após 1 ano. Intervenção: Programa educacional com combinação de formação educacional (sessões de grupo ao vivo ou formação online) e feedback informativo para médicos de cuidados primários para melhorar o controle da PA em pacientes hipertensos com alto risco de desenvolver insuficiência cardíaca. Resultados: Houve uma redução pequena, mas significativa, de -1,1 mm Hg (P = 0,009) na PA sistólica e uma proporção maior de pacientes atingiu sua meta de PA (13,6% vs 15,6%, P = 0,055). Os autores concluíram que houve discreta melhora no controle da PA após o programa educativo, mas essa mudança não foi suficiente para evitar o desenvolvimento de insuficiência cardíaca. São necessários programas mais complexos e intensivos para este tipo de prevenção.
34	Novello et al. (2017)	Conformidade da Prescrição Anti-Hipertensiva e Controle da Pressão Arterial na Atenção Básica.	Delineamento: Transversal Amostra: 332 adultos ≥ 45 anos cadastrados no Programa Médico de Família de Niterói e selecionados aleatoriamente Resultados: Avaliação do grau de conformidade das prescrições de anti-hipertensivos com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão e a taxa de controle pressórico na APS. A taxa de conformidade das prescrições foi de 80%. Diuréticos foram as medicações mais prescritas e a terapia dupla foi o tratamento mais utilizado. As não conformidades mais comuns foram subdoses e subfrequências. A meta de PA para todos os casos foi < 140/90 mmHg, exceto para diabéticos, que foi < 130/80 mmHg. As taxas de controle de acordo com essas metas foram de 44,9% e 38,6%, respectivamente. Não houve correlação entre conformidade da prescrição e controle pressórico.

Nº	AUTORES (ANO)	Nome	Características dos estudos e principais achados
35	Alonso Moreno <i>et al.</i> (2013)	Conducta del médico de atención primaria ante el mal control de la hipertensión arterial. Estudio PRESCAP 2010	Delineamento: Transversal Amostra: 12.961 pacientes hipertensos (52,0% mulheres), com idade média de 66,3 (11,4) anos e história média de hipertensão de 9,1 (6,7) anos. Resultados: 38,9% (IC 95%: 38,1-39,7) apresentavam mau controle da PA. O médico modificou o tratamento em 41,8% (IC 95%: 40,4-43,2) dos 5.036 pacientes mal controlados. A conduta terapêutica mais frequente foi a associação farmacológica (55,6%).
36	Joshi <i>et al.</i> (2019)	Cardiovascular Risk Factor reduction by Community Health Workers in Rural India: A Cluster Randomized Trial	Delineamento: ECR Amostra: 28 vilarejos em 3 estados da Índia, com o domicílio como unidade de randomização. Intervenção: No grupo de intervenção, os ACS formados realizaram aconselhamento sobre redução de risco e monitoraram os fatores de risco durante 6 visitas domiciliares ao longo de 12 meses. Resultados: A adesão aos medicamentos anti-hipertensivos foi maior nos domicílios de intervenção versus controle (74,9% vs 61,4%, P<0,001) mas não teve impacto na PA (diminuiu em ambos grupos).
37	Wójcik <i>et al.</i> (2019)	Bridging the Gap Between Cardiology and Family Medicine.	Revisão de diretrizes Comparação das principais diferenças entre as diretrizes atuais da American Heart Association (AHA) e do American College of Cardiology (ACC) e as recomendações endossadas pela Academia Americana de Médicos de Família AAFP. Resultados: EX: Definição de hipertensão AHA/ACC - PAS > 130 mmHg e/ou PAD > 80 mmHg AAFP - PAS > 140 mmHg e/ou PAD >90 mmHg. Enquanto a AAFP recomenda estatinas baixa a moderada para pacientes com risco de Doença Cardiovascular Aterosclerótica >10; a AHA/ACC recomenda moderada para pacientes de risco moderado e alta para indivíduos de alto risco Há falta de coesão entre organizações proeminentes de cuidados primários e profissionais cardiovasculares levando a desconexão entre a medicina familiar e as estratégias de prevenção de DCV baseadas em evidências.
38	Pearson (2015)	Cardiovascular Update: Risk, Guidelines, and Recommendations	Revisão de diretrizes Resultados: Métricas de saúde delineadas para uma "Saúde Cardiovascular Ideal": Não fume; praticar atividade física suficiente; comer uma dieta saudável; manter um peso corporal normal; E na ausência de tratamento medicamentoso; ter um nível ideal de colesterol total; ter uma pressão arterial normal; ter uma glicemia de jejum normal.
39	Orozco-Beltan <i>et al.</i> (2020)	Cardiovascular preventive recommendations . PAPPS 2020 update	Revisão de diretrizes Revisão das recomendações do Programa de Atividades Preventivas e Promoção da Saúde (PAPPS) do semFYC, para a prevenção das doenças cardiovasculares (CV). Resultados: Recomendações "fortemente a favor" do PAPPS: cálculo do risco cardiovascular recomendado para todos os adultos com 40 anos ou mais; tabelas de risco constituem informação complementar e útil para ajudar a estratificar o risco e tomar decisões no tratamento da dislipidemia e da hipertensão Teste de diagnóstico: -O teste de triagem inicial é uma medição da PA em consultório. -Frequência de triagem a cada 3-5 anos -Frequência anual em pessoas com mais de 40 anos ou se houver fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão O diagnóstico de hipertensão deve ser confirmado pela MRPA (PA automedida) (MAPA fracamente recomendado) A perda de peso, o exercício físico, o exercício aeróbico, a redução do consumo de álcool e de sal na dieta e a dieta mediterrânea reduzem a PA. Diuréticos, antagonistas do cálcio, inibidores da ECA, BRA e betabloqueadores são os medicamentos de escolha para iniciar o tratamento farmacológico.

Nº	AUTORES (ANO)	Nome	Características dos estudos e principais achados
			A associação dos grupos anteriores, principalmente em sol comprimido, diminui de forma mais acentuada a PA e a morbimortalidade cardiovascular. Iniciar imediatamente o tratamento farmacológico quando a PA for > 160/100 mmHg ou na hipertensão grau 1 se o risco cardiovascular for elevado. Na hipertensão grau 1 com risco moderado/baixo, iniciar o tratamento após alguns meses com medidas de estilo de vida A meta de controle terapêutico em todos os pacientes é < 140/90 mmHg, e tenderá a atingir uma faixa de PAS de 120-129 mmHg (130-139 na doença renal crônica) se < 65 anos e 130-139 mmHg se > 65 anos

Fonte: Autor.

3 JUSTIFICATIVA

No Brasil, a HAS acomete 23,9% dos adultos em 2019 (Malta *et al.*, 2022) e seu controle exige uma série de práticas da linha de cuidados. A linha de cuidado na saúde enfoca a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento contínuo, controle dos fatores de risco associados e prevenção de complicações, através de ações de vigilância e promoção da saúde (Brasil, 2021a). Ela retrata o itinerário a ser percorrido pelo indivíduo na RAS, seu processo completo compreende as macroatividades hipótese diagnóstica, confirmação diagnóstica, regulação/transferência (situações nas quais o cuidado é referenciado para outra unidade de saúde), planejamento terapêutico e prevenção secundária (Brasil, 2020).

A APS, porta de entrada no SUS, atua como gestora dos fluxos assistenciais dentro da Rede de Saúde e responde pela metade da procura por atendimento. Entretanto, avaliada somente pela aferição da PA semestral em hipertensos, tanto o Brasil como o 'Rio Grande do Sul não alcança suas metas de cuidado, apresentando uma LC fragmentada, com a atenção médico-centrada e por espontânea demanda (Engela *et al.*, 2018). Apesar de diversas diretrizes e protocolos preconizar o cuidado em detalhes, a realidade do manejo da HAS na APS está distante do que se espera.

A promoção da saúde desempenha papel essencial no cuidado das doenças crônicas, principalmente considerando a carga que essas doenças trazem ao SUS em níveis mais especializados. Entretanto, a promoção da saúde não é pensada dentro da linha de cuidado da HAS, de acordo com as definições do MS, e o enfoque das ações de mudança de estilo de vida são muitas vezes no âmbito da prevenção de doenças e tratamento de doenças, direcionadas a indivíduos específicos com fatores de risco (Lopes *et al.*, 2014; Bock *et al.*, 2012). Ademais, muitos profissionais da APS não se consideram qualificados para agir sobre a qualidade de vida em diversos temas como álcool e dieta, e os registros de parâmetros como tabagismo e álcool são pouco frequentes (Bock *et al.*, 2012; Aira *et al.*, 2004).

O cuidado se apresenta distante do que é recomendado desde o diagnóstico, com as práticas errôneas de medição e de limiares de PA normal (Edward *et al.*, 2020;

Green *et al.*, 2022) até a tomada de decisão na troca de medicação em situação de mau controle da PA (Weiler *et al.*, 2014).

Frente a isso, é necessária uma avaliação minuciosa dessa linha de cuidado verificando as possíveis dificuldades dos profissionais no enfrentamento à HAS.

4 MARCO TEÓRICO

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) encontra suas raízes no conjunto de iniciativas protagonizadas por diversos movimentos sociais que desempenharam um papel central no processo de estruturação do SUS no Brasil. A PNAB marca uma renovação na estratégia de repasses financeiros aos municípios, não apenas considerando a qualidade, mas considerando a equidade. Assim, utiliza parâmetros como repasse *per capita*, beneficiando municípios mais pobres e menores, mas também recompensa pelo alcance de resultados (Brasil, 2012).

A PNAB confere à APS o status de componente de primeiro acesso no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio das UBS próximas às residências dos cidadãos e o estabelecimento de vínculos de cuidado de natureza longitudinal (Brasil, 2012). De acordo com dados do levantamento da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2019, a Unidade Básica de Saúde foi identificada como o principal serviço na RAS buscado por usuários para cuidados na saúde. Esse primeiro acesso responde ao quanto os serviços de saúde se ajustam às necessidades dos indivíduos como, por exemplo, com um horário de funcionamento adequado para aqueles que trabalham (Sanchez; Ciconelli, 2012).

A equipe de saúde atuante na APS, formada idealmente por profissionais de múltiplas formações, não apenas presta cuidados centrados no paciente, mas também desempenha um conjunto de ações de caráter coletivo, abarcando a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a minimização de danos e a manutenção da saúde. O processo de trabalho da equipe, definido pela PNAB, começa pela definição do território, em que uma população é adstrita à US, tornando-a sua responsabilidade. A APS, então, desenvolve ações de prática e gestão democráticas com participação da população, com vistas à

dinamicidade e especificidades de cada local, orientada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Assim, a equipe deve implementar ações programadas de acordo com as necessidades de saúde daquela população, provendo atenção integral e contínua, incluindo uma organização da agenda de cuidados (evitando divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde) (Brasil, 2012).

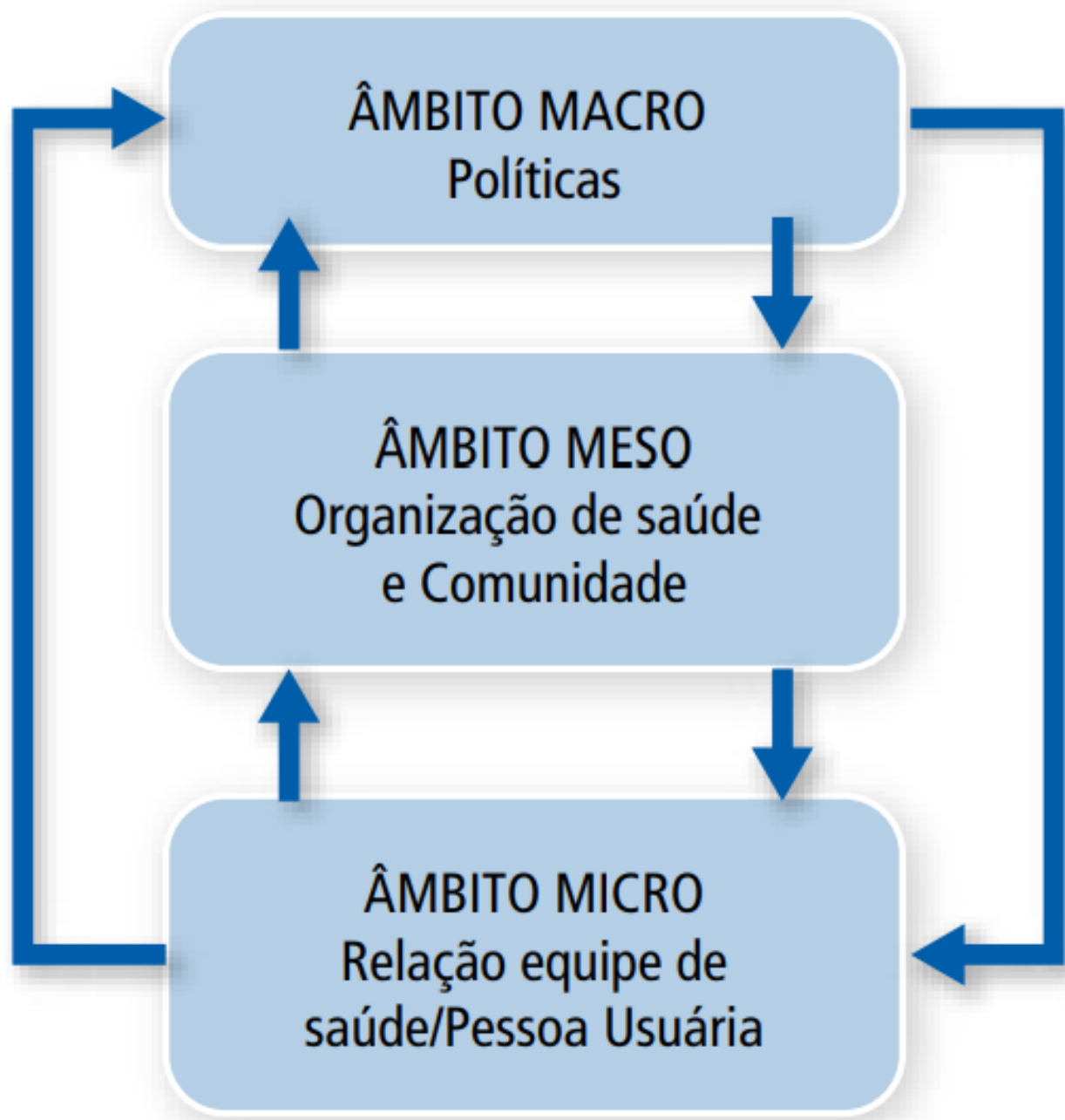
A gestão estratégica para o cuidado de pessoas com hipertensão inclui a aplicação de práticas baseadas em evidências para diagnosticar, tratar e monitorar pacientes. Para isso, são necessários treinamentos e protocolos especializados que garantam medições precisas da pressão arterial, critérios diagnósticos, recomendações de estilo de vida saudável, tratamento farmacológico quando indicado e métodos que ajudem os pacientes a aderir ao tratamento.

Modelos de Saúde da Família e centrados no paciente, pensando os múltiplos componentes da APS como infraestrutura; atenção a eventos agudos de saúde; controle das condições crônicas; foco nos cuidados preventivos e apoio a mudança de comportamento; organização das demandas administrativas; assistência médica domiciliar e estímulo ao autocuidado, apresentam melhores resultados dentro do cuidado da HAS (Buawangpong *et al.*, 2020; Hickey *et al.*, 2021, Andrade *et al.*, 2019). Acima de tudo, a Estratégia de Saúde Familiar (ESF) como forma mais adequada de fortalecimento da APS no SUS, deve ser vista como um movimento de luta política, entendendo que um sistema gerador de complicações evitáveis não serve aos interesses da população, apesar de ser de interesse para os grandes prestadores de cuidados dessas complicações. “Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde” (Mendes, 2012, p. 38) e, portanto, é o ponto central do modelo da atenção à ESF.

Assim, o modelo de atenção às condições crônicas (MACC) na ESF, adaptado à realidade brasileira por Mendes (2012), é trazido em resposta à modelos voltados para condições e eventos agudos, com sistema fragmentado à espera de pioras em saúde. O MACC incorpora a ideia de três níveis unidos por um circuito interativo em que os eventos de um âmbito influenciam as ações de outro: macropolíticas que regulam o

sistema de atenção à saúde; organizações de saúde e da comunidade; e as relações entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias e suas famílias.

Figura 2 — Os âmbitos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas.



Fonte: Organização Mundial da Saúde, adaptado por Mendes (2012).

No MACC, o nível 1 está limitado às intervenções de promoção da saúde (PS) no âmbito do território de abrangência das equipes da ESF, com articulação das ações com outros setores como os de emprego e renda, habitação, segurança alimentar, saneamento, esporte e lazer, educação, assistência social, meio ambiente, infraestrutura, cultura e outros. Logo, pensar a saúde no seu conceito mais amplo, se torna central no cuidado das doenças crônicas que são afetadas pelos estilos de vida, tornando o foco da promoção da saúde a mudança de hábitos não saudáveis da população em geral. Entretanto, a PS é desvinculada da linha de cuidado da HAS (Brasil, 2021), distanciando-se da ideia de enfrentamento a essa doença crônica através dos hábitos saudáveis antes da incidência da doença e aproximando-se da ideia de enfrentamento direcionado somente para aqueles com fatores de risco (Lopes *et al.*, 2014; Bock *et al.*, 2012).

A PS podem ser realizadas através de ações individuais, como o aconselhamento e orientações de hábitos saudáveis dentro da rotina diária de cada atendimento, ou ainda através de estratégias mais complexas e intersetoriais, no trabalho, na escola e na comunidade, que são pensadas a nível coletivo. São focos estratégicos dessas ações: uso de bebida alcoólica; hábito de fumar; alimentação adequada e saudável e práticas corporais e atividade física (Brasil, 2021). Essas ações devem ser apropriadas às diferentes culturas encontradas na comunidade (Beune *et al.*, 2014), considerando contextos com alto número de imigrantes e regiões de fronteiras abertas com países vizinhos, que é o caso de muitas cidades incluídas neste estudo. Elas também devem ser integradas não só com outras unidades da Rede, como também a instituições externas, como as universidades (Chimberengwa; Naidoo, 2004).

O rastreamento ideal definido pela linha de cuidado é: todo adulto com 18 anos ou mais que chega à Unidade Básica de Saúde deverá ter a Pressão Arterial verificada em ambos os braços por um profissional médico (Brasil, 2021^a). Contudo, a triagem não deve limitar-se às necessidades espontâneas dos utilizadores, mas procurar estratégias abrangentes para atingir toda a comunidade. Este também é um momento importante para incentivar o cuidado da HAS não tratada incentivando a procura por cuidados aumentou significativamente, apesar de ser aproveitado por poucos profissionais (Edward *et al.*, 2020; Shima *et al.*, 2021). Orozco-Beltran *et al.* (2020) recomendam a

medição da pressão arterial em consultório como teste de triagem inicial, com frequência anual em pessoas com mais de 40 anos de idade ou se houver presença de fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão

Na sequência, o diagnóstico de hipertensão deve ser feito em múltiplas consultas: 2 a 3 consultas, com intervalo de 1 a 4 semanas entre as consultas. Medições diferentes podem causar resultados diferentes. De acordo com a linha de cuidado do MS, apesar da praticidade da medição da pressão arterial no consultório para diagnóstico, ainda se deve considerar o uso de monitoramento ambulatorial em 24 horas (MAPA) ou o domiciliar (MRPA) quando houver suspeita de hipertensão, sendo a medição em consultório priorizada como triagem.

Antes do planejamento terapêutico, deve ser realizada a identificação de fatores de Risco Cardiovascular (RCV), podendo ser considerada tão importante quanto a própria medição da PA no diagnóstico. Os diferentes níveis de risco afetarão não só o diagnóstico, como a adequação medicamentosa e a necessidade de intervenção no estilo de vida. São considerados importantes fatores de risco pelo MS: idade; tabagismo; diabetes mellitus; dislipidemias; história familiar prematura de doença cardiovascular (familiares de 1º grau); obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$); consumo de álcool; síndrome da apneia obstrutiva do sono; síndrome metabólica; estilo de vida sedentário (Brasil, 2021). Junto a isso devem ser investigadas causas secundárias da HAS, doenças associadas e possíveis lesões de órgão-alvo.

A adequação terapêutica deve incluir tratamento medicamentoso e não medicamentoso além do estímulo ao autocuidado. Tomada de decisão compartilhada pode ser uma importante ferramenta desse cuidado, estimulando o vínculo do paciente e sua independência no tratamento (Jackson, 2020). Nesse âmbito uma equipe mais completa pode auxiliar fortemente a adequação terapêutica, como demonstrado na intervenção de nutricionistas por Green *et al.* (2014). As equipes de apoio na ESF podem incluir diversos profissionais como médicos, enfermeiros, nutricionistas e educadores físicos (Brasil, 2013).

Diferentes opções de tratamento podem ser ofertados de acordo com o caso como monoterapia em estágio menos avançado da HAS ou associação de classes medicamentosas, e, à medida que o paciente não responde ao tratamento ou apresenta

efeitos colaterais, ajustes devem ser tomados na dose do fármaco, trocar a medicação ou associar outros anti-hipertensivos (Brasil, 2021). Diuréticos e a terapia dupla são tratamento recorrentes na APS (Novello *et al.*, 2017) mas, ao enfrentar mau controle da PA, cerca de um terço dos pacientes hipertensos com ação clínica inadequada permaneceram sem modificação terapêutica por parte dos profissionais (Weiler *et al.*, 2014). Outra importante atividade no planejamento terapêutico é a adoção das práticas integrativas complementares (PICS), que são de terapias não medicamentosas que podem ser incluídas no cuidado como Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura e o uso de Plantas Medicinais e Fitoterapia.

Para essas tomadas de decisão ao longo do tratamento é necessário um monitoramento forte verificando as taxas de controle da PA e os fatores de risco, em que os ACS podem ser uma importante ferramenta, com as visitas domiciliares (Joshi *et al.*, 2019). Ademais, o uso da MRPA pode ser adotado para monitoramento e fortalecimento do autocuidado melhorando o controle da PA, com compartilhamento de informação não só presencialmente, mas também através de mensagens, e-mails e telefone (Aekplakorn *et al.*, 2016; Jackson *et al.*, 2019).

A integração com a RAS também afeta a prática e adesão a protocolos (Woolsey *et al.*, 2017). Nesse sentido destacam-se os pontos preconizados pela linha de cuidado como comunicação entre as unidades de atenção, pactuações de serviços de laboratório e imagem para realização de exames e assistência farmacêutica. A Rede deve permitir exames como ecocardiograma; albuminúria; ultrassom renal ou com doppler; hemoglobina glicada para correta avaliação, garantindo um sistema de apoio diagnóstico. Para qualificar a indicação e solicitação, Mendes (2012) cita ferramentas como carteira de exames, protocolos clínicos; além de avaliar os critérios para interpretação do resultado e aos comentários do especialista (dependendo, portanto, de uma comunicação adequada com a US).

Para a gestão desse cuidado são necessários sistemas eficientes de informação clínica, sistemas informatizados para classificação de riscos das pessoas e de prontuários clínicos eletrônicos.

É impossível promover cuidados adequados a portadores de condições crônicas sem prontuários clínicos eletrônicos. Além disso, a carência de prontuários clínicos familiares impede que o PSF [Programa de Saúde da

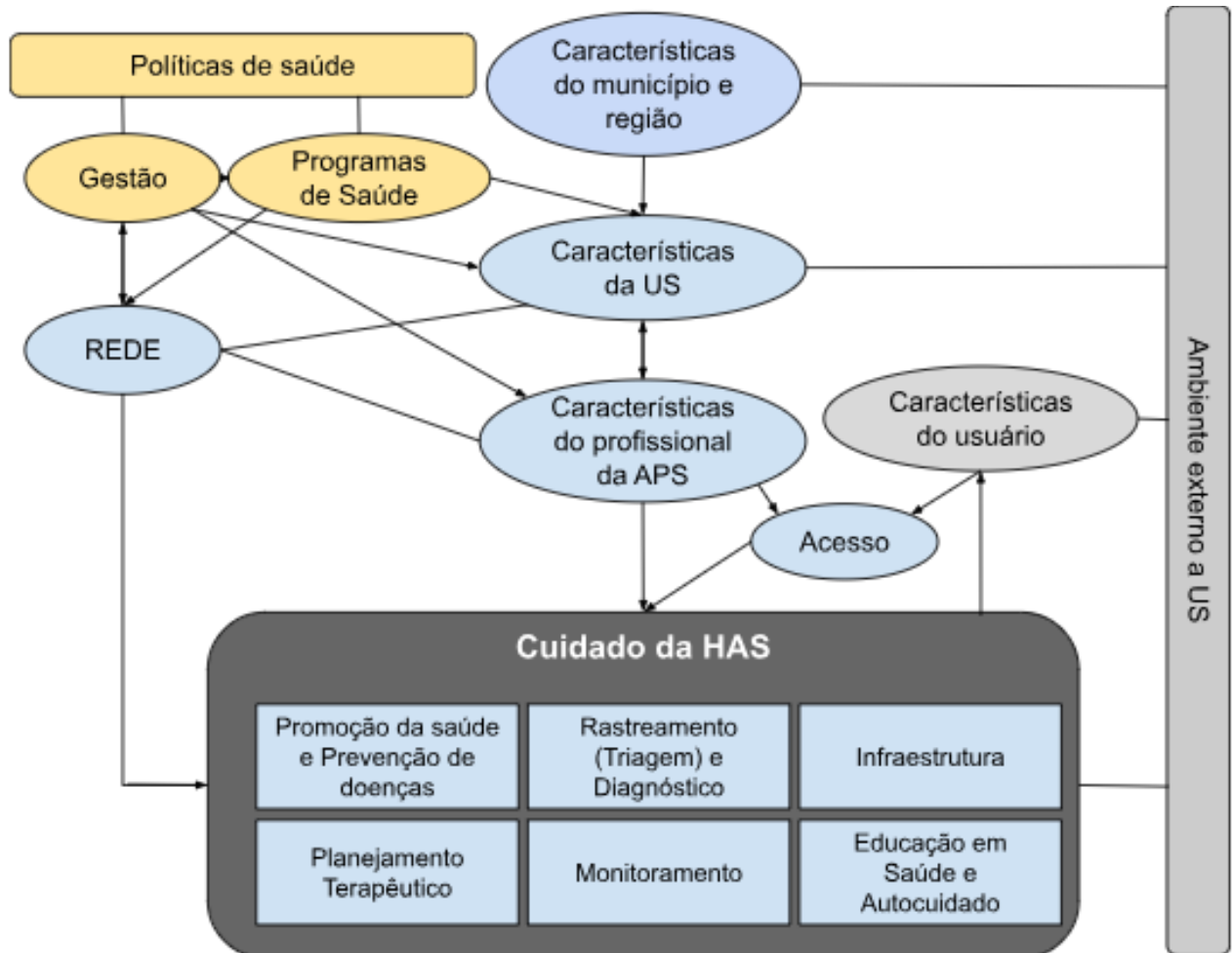
Família] introduza a gestão de base populacional e exercite as funções de coordenação das RASs (Mendes, 2012, p. 94).

Assim, pode-se organizar e reduzir custos pela eliminação de retrabalhos e redundâncias na APS, garantindo uma gestão clínica mais eficiente. Com os registros deve-se: monitorar a evolução da saúde; registrar membros da família e suas condições de saúde; gerar lembretes, alertas e feedbacks para os profissionais e para usuários e suas famílias. A partir deles deve ser possível produzir e monitorar indicadores desse cuidado (Mendes, 2012).

A percepção do serviço pelo usuário também é de extrema importância, tendo ainda em vista que o primeiro acesso muitas vezes é mediado somente por um momento de emergência em saúde, em que os serviços se fazem necessários. A “aceitabilidade” é compreensão da natureza dos serviços prestados e como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades e, sendo assim, incide diretamente na procura do serviço de saúde. Ela será influenciada não só pelas características do usuário como idade, sexo, cor da pele, crenças culturais e condição socioeconômica, mas também pela relação entre as atitudes dos profissionais de saúde e dos indivíduos. Nesse sentido, a aceitabilidade também se refere a percepção da disponibilidade de oferta do serviço que é influenciada por fatores como número, competência e experiência dos profissionais de saúde e, portanto, é afetada diretamente pelas características do profissional (Sanchez; Ciconelli, 2012).

Pode-se compreender pelo exposto, que linha de cuidado da HAS e a RAS que a cerca são complexas e exigem uma gestão direcionada para seu enfrentamento. Esses pontos citados e as influências sobre o cuidado das pessoas com HAS dentro da rede de atenção foram sistematizados na Figura 3.

Figura 3 — Modelo Teórico do cuidado da HAS na Atenção Primária.



Fonte: autor.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Caracterizar as práticas para o enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica no processo de trabalho de profissionais da Atenção Primária à Saúde de 38 municípios do RS.

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar as principais ações de promoção de saúde e prevenção à hipertensão realizadas pelos profissionais no território;
- Descrever ações para rastreamento, diagnóstico precoce e monitoramento da HAS;
- Descrever a oferta de avaliação de risco cardiovascular e orientações para comportamentos saudáveis;
- Descrever as rotinas de referência e contrarreferência de pessoas com HAS na Rede de Saúde;
- Descrever as condições de infraestrutura da UBS para o cuidado de pessoas com HAS.

6 HIPÓTESES

- As estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças predominantes serão as individuais e menos que 50% da amostra referirá uso de espaços fora da UBS e uso do guia alimentar.
- Unidades com modelo de atenção ESF, com maior escore de estrutura e em cidades de porte pequeno e que possuem a cobertura da ESF acima de 70% possuirão melhor qualidade (tercil superior) no escore global e de promoção da saúde, de rastreamento, de prevenção de doenças, de rede, de prática clínica.
- Melhor qualidade (tercil superior) no escore global apresentará maior escore de medicamentos disponíveis no cuidado da HAS e maior escore de profissionais disponíveis no cuidado da HAS quando comparado aos tercis inferiores.
- Disponibilidade e uso de protocolos de encaminhamento a níveis especializados será referida por cerca de 60% da amostra. A troca de informação entre os serviços será citada em torno de 30%.
- Os cuidados da prática clínica ocorrerão em sua maioria no âmbito da UBS e com estratégias individuais de cuidado. O uso das práticas integrativas complementares será referido por menos de 50% da amostra.

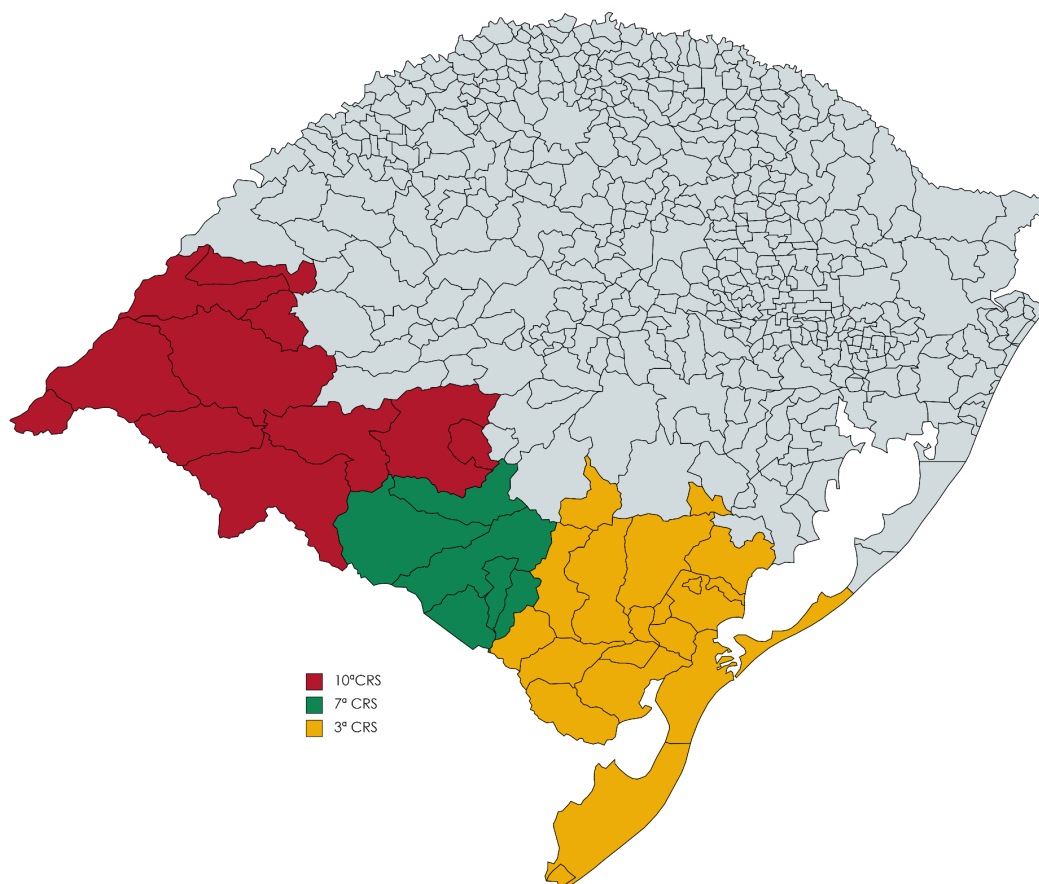
- Mais de 50% da amostra referirá realização da dispensação de medicamentos com disponibilidade de mais de três medicamentos.

7 METODOLOGIA

Este estudo está aninhado ao “Projeto integrado de pesquisa, ensino e extensão para a formação de gestores e profissionais da APS e a qualificação do cuidado de pessoas com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade na região sul do Rio Grande do Sul - APSCroniSul”. Seu objetivo principal é a formação de gestores e profissionais de saúde e a verificação dos efeitos desta formação na reorganização do processo de trabalho das equipes da Atenção Primária das 3ª, 7ª e 10ª CRS do RS. O Projeto APSCroniSul conta com recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e é desenvolvido em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/RS) e Secretarias Municipais de Saúde.

A 3ª CRS tem como município sede Pelotas é composta por 21 municípios: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu. A 7ª CRS é sediada em Bagé e é composta por seis municípios: Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra e Lavras do Sul. Já a 10ª CRS tem como sede o município de Alegrete e possui 11 municípios: Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Borja, São Gabriel e Uruguaiana. As regiões podem ser visualizadas na Figura 4.

Figura 4 — 3ª, 7ª e 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde



Fonte: Departamento de Medicina Social da UFPel (não publicado).

7.1 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal quantitativo com profissionais da APS. O delineamento transversal possibilita a realização de avaliações de serviços de saúde com qualidade, sendo suficiente para a realização da avaliação do cuidado de pessoas com hipertensão (Victora; Habicht; Bryce, 2011).

7.2 População-alvo

Médicos e enfermeiros em exercício nos serviços de Atenção Primária do RS.

7.3 Critérios de Inclusão

São elegíveis médicos e enfermeiros nos serviços de APS nos municípios da 3ª, 7ª e 10ª CRS do RS.

7.4 Critérios de Exclusão

Não há.

7.5 Definição operacional dos desfechos

Os desfechos considerados neste trabalho dizem respeito aos cinco blocos da linha de cuidado das pessoas com HAS: Promoção da saúde; Rastreamento; Prevenção de doenças; Rede; Prática Clínica. O Quadro 4 apresenta as variáveis que serão utilizadas na construção de cada um.

Primeiramente, todas as variáveis ordinais “Sempre; quase sempre; às vezes; raramente; nunca” serão dicotomizadas: as opções “nunca”, “raramente” e “às vezes” serão codificadas com o valor 0 (zero) e as opções “quase sempre” e “sempre” serão codificadas com o valor 1 (um).

Após, cada desfecho será avaliado em formato de escore, em que serão somados os valores das opções. O desfecho Promoção da Saúde formará um escore variando de zero a oito pontos; Rastreamento formará um escore de zero a sete pontos, assim como Prevenção de Doenças; Rede formará um escore de zero a dezessete pontos; Prática Clínica resultará em um escore de zero a quinze pontos.

As variáveis utilizadas para a construção dos desfechos referem-se aos cuidados ofertados nos últimos 12 meses.

Quadro 4 — Definição operacional das variáveis dos desfechos.

Desfecho	Variáveis que compõem o desfecho	Operacionalização		
Promoção da Saúde	Ações individuais de estímulo à atividade física	(4) Sempre; (3) quase sempre; (2)	(1) Sempre, quase sempre; (0)	Escore de zero a oito.

Desfecho	Variáveis que compõem o desfecho	Operacionalização		
	Ações coletivas de estímulo à atividade física	às vezes; (1) raramente; (0) nunca	Às vezes, raramente, nunca.	
	Ações individuais de estímulo à alimentação saudável			
	Ações coletivas de estímulo à alimentação saudável			
	Ações individuais de diminuição do uso de tabaco			
	Ações coletivas de diminuição do uso de tabaco			
	Ações individuais de diminuição do uso abusivo de bebida alcoólica .			
	Ações coletivas de diminuição do uso abusivo de bebida alcoólica .			
Rastreamento	Realização da estratificação de risco	(4) Sempre (3) quase sempre; (2) às vezes; (1) raramente; (0) nunca	(1) Sempre, quase sempre; (0) Às vezes, raramente, nunca.	Escore de zero a seis.
	Triagem de aferição da PA em todos os usuários maiores de 18 anos, que chegam à unidade.			
	Realização de repouso para a aferição da PA.			
	Realização da repetição da aferição da PA			
	Realização de rastreamento de HAS extramuros.			
	Uso de protocolo para diagnóstico e no manejo	(1) Sim; (0) Não		
Prevenção de Doenças	Estímulo ao autocuidado — Individualmente na consulta clínica.	(1) Sim; (0) Não		Escore de zero a sete
	Orientações de hábitos alimentares saudáveis —individualmente na consulta clínica.			
	Orientações para o controle do peso corporal — individualmente na consulta clínica.			
	Orientações sobre os malefícios do uso excessivo do sal para pessoas com HAS — individualmente na consulta clínica.			

Desfecho	Variáveis que compõem o desfecho	Operacionalização		
	Orientações de estímulo à prática regular da atividade física — individualmente na consulta clínica. Orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool — individualmente na consulta clínica. Orientações sobre os malefícios do tabagismo — individualmente na consulta clínica.			
Rede	Encaminhamentos para Especialidades	(2) Sim, com base em protocolo; (1) Sim, sem uso de protocolo; (0) Não		Escore de zero a dezessete.
	Encaminhamentos para Internação hospitalar			
	Encaminhamentos para Pronto Atendimento (UPA)			
	Encaminhamentos para Pronto Socorro			
	Retorno do usuário à UBS após o encaminhamento	(4) Sempre; (3) quase sempre; (2) às vezes; (1) raramente; (0) nunca	(1) Sempre, quase sempre; (0) Às vezes, raramente, nunca.	
	Suporte e discussão de casos			
	Suporte e discussão de casos com o Telessaúde			
	Especialistas – Nefrologista	(1) Sim; (0) Não		
	Especialistas – Cardiologista			
	Especialistas – Oftalmologista			
	Especialistas – Endocrinologista			
	Especialistas – Angiologista			
	Troca de informações entre os serviços.			
Prática Clínica	Alterações do Plano Terapêutico do paciente com HAS	4) Sempre; (3) quase sempre; (2) às vezes; (1) raramente; (0) nunca	(1) Sempre, quase sempre; (0) Às vezes, raramente, nunca.	Escore de zero a quinze.
	Agendamento da consulta seguinte			
	Avaliação de presença de lesões em órgãos-alvo			
	Identificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares			

Desfecho	Variáveis que compõem o desfecho	Operacionalização			
	Investigação de causa secundária da HAS			(1) Sim; (0) Não	
	Tomada de decisão compartilhada no cuidado.				
	Oferecer opções de medicamento.				
	Monitoramento da PA - Pela equipe na unidade				
	Monitoramento da PA - Pela equipe em visitas domiciliares				
	Monitoramento da PA - Pelo ACS em visitas domiciliares				
	Monitoramento da PA - Feita pelo usuário (MRPA)				
	Monitoramento da PA - Aferição da PA em 24 horas				
	Realização de práticas integrativas e complementares no cuidado da HAS.				
	Preparo para realizar atendimento inicial de urgência				
	Realização da dispensação de medicamento				

Fonte: Autor.

7.6 Definição operacional das exposições

As variáveis da exposição são referentes à situação do contexto do serviço no momento da aplicação do questionário.

As variáveis do grupo “Equipamentos disponíveis na US” serão transformadas em um escore, em que cada equipamento contará como um ponto.

Quadro 5 — Definição operacional das variáveis de exposição.

Variável	Tipo
Município	Aberta
US	Aberta
População adscrita na US.	Aberta em nº de pessoas
Modelo de atenção.	(2) ESF; (1) EAB.

Variável	Tipo	
Cobertura de ACS	(1) Sim; (0) Não	
Formação	(1) Graduação; (2) Especialização; (3) Mestrado; (4) Doutorado	
Função no serviço	(1) Médico(a); (2) Enfermeiro(a)	
Tempo de atuação no serviço	Aberta em anos	
Tempo de atuação na APS	Aberta em anos	
Equipamentos disponíveis – Aparelho de pressão adulto	(1) Sim; (0) Não	Escore de zero a doze.
Equipamentos disponíveis – Aparelho de Pressão infantil		
Equipamentos disponíveis – Aparelho de Pressão para obesos		
Equipamentos disponíveis – Aparelho de Pressão 24h		
Equipamentos disponíveis – Suporte de braço para aferição da PA		
Equipamentos disponíveis – Balanças antropométricas de 150 kg		
Equipamentos disponíveis – Balanças antropométricas de 200 kg		
Equipamentos disponíveis – Balanças infantis		
Equipamentos disponíveis – Réguas antropométricas adulto		
Equipamentos disponíveis – Réguas antropométricas infantil		
Equipamentos disponíveis – Aparelho de eletrocardiograma		
Equipamentos disponíveis – Trens/fitas antropométricas maleáveis		
Porte da cidade (dado secundário obtido junto ao IBGE referentes a 2022)	Numérica contínua (nº habitantes)	
Cobertura da ESF no Município (dado secundário obtido junto ao sistema e-GESTOR)	Numérica contínua (%)	

Fonte: Autor.

7.6.1 Definição operacional das covariáveis

Serão também avaliadas outras variáveis preditoras, apresentadas no Quadro 6. Como nos desfechos, todas as variáveis ordinais “Sempre; quase sempre; às vezes; raramente; nunca” serão dicotomizadas: as opções “nunca”, “raramente” e “às vezes” serão codificadas com o valor 0 (zero) e as opções “quase sempre” e “sempre” serão codificadas com o valor 1 (um).

“Medicamentos disponibilizados” e “Participação no cuidado” serão transformados em escores formados pela soma das opções selecionadas, em que “Sim” contará um (1) ponto e “Não” contará zero (0) pontos.

Quadro 6 – Definição operacional das covariáveis.

Variável	Operacionalização
----------	-------------------

Realização do registro das ações de promoção à saúde.	(4) Sempre; (3) quase sempre; (2) às vezes; (1) raramente; (0) nunca	(1) Sempre, quase sempre; (0) Às vezes, raramente, nunca.
Disponibilização de tempo para ações de promoção de saúde.	(1) Sim; (0) Não	
Disponibilização de recursos para ações de promoção de saúde.		
Apoio pelo gestor para ações de promoção de saúde.		
Motivação da equipe para ações de promoção de saúde.		
Adesão dos usuários nas ações de promoção de saúde.		
Diferenças culturais no planejamento de ações.		
Estímulo ao autocuidado — Individualmente na visita domiciliar.	(1) Sim; (0) Não	
Estímulo ao autocuidado — com uso de telefone e/ou internet.		
Estímulo ao autocuidado — Em grupos.		
Estímulo ao autocuidado — Em consultas coletivas.		
Orientações de hábitos alimentares saudáveis —individualmente na visita domiciliar.		
Orientações de hábitos alimentares saudáveis — com uso de telefone e/ou internet.		
Orientações de hábitos alimentares saudáveis — em grupos.		
Orientações de hábitos alimentares saudáveis — em consultas coletivas.		
Orientações para o controle do peso corporal —individualmente na visita domiciliar.		
Orientações para o controle do peso corporal — com uso de telefone e/ou internet.		
Orientações para o controle do peso corporal — em grupos.		
Orientações para o controle do peso corporal — em consultas coletivas.		

Orientações sobre os malefícios do uso excessivo do sal para pessoas com HAS — individualmente na visita domiciliar.	
Orientações sobre os malefícios do uso excessivo do sal para pessoas com HAS — com uso de telefone e/ou internet.	
Orientações sobre os malefícios do uso excessivo do sal para pessoas com HAS — em grupos.	
Orientações sobre os malefícios do uso excessivo do sal para pessoas com HAS — em consultas coletivas.	
Orientações de estímulo à prática regular da atividade física — individualmente na visita domiciliar.	
Orientações de estímulo à prática regular da atividade física — com uso de telefone e/ou internet.	
Orientações de estímulo à prática regular da atividade física — em grupos.	
Orientações de estímulo à prática regular da atividade física — em consultas coletivas.	
Orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool — individualmente na visita domiciliar.	
Orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool — com uso de telefone e/ou internet.	
Orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool — em grupos.	
Orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool — em consultas coletivas.	
Orientações sobre os malefícios do tabagismo — frequência individualmente na visita domiciliar.	
Orientações sobre os malefícios do tabagismo — com uso de telefone e/ou internet.	
Orientações sobre os malefícios do tabagismo — em grupos.	
Orientações sobre os malefícios do tabagismo — em consultas coletivas.	
Uso do guia alimentar do Ministério da Saúde.	
Espaços adequados para a prática de atividade física na área de abrangência da UBS.	

Espaços - Praças/parques		
Espaços – Ciclovias		
Espaços - Academias ao ar livre		
Espaços - Quadras públicas		
Espaços - Pistas para caminhadas		
Tipos de atendimento - Consulta médica individual		
Tipos de atendimento - consulta de enfermagem individual		
Tipos de atendimento - consulta coletiva		
Tipos de atendimento - grupos de saúde da mulher		
Tipos de atendimento - grupos de saúde do idoso		
Tipos de atendimento - grupos de saúde para homens		
Tipos de atendimento - grupos de atividades físicas		
Tipos de atendimento - feiras de saúde		
Espaço adequado para atividades em grupo		
Participação no cuidado - Assistente Social	(1) Sim; (0) Não	Escore de zero a dez.
Participação no cuidado - Educador físico		
Participação no cuidado – Enfermeiro		
Participação no cuidado - Técnico ou auxiliar de enfermagem		
Participação no cuidado – Médico		
Participação no cuidado – Nutricionista		
Participação no cuidado – Dentista		
Participação no cuidado - Técnico ou auxiliar de saúde bucal		
Participação no cuidado – Psicólogo		
Participação no cuidado – ACS		
Excesso de demanda de usuários com HAS.	(1) Sim; (0) Não	
Manejo do excesso de demanda.	(1) Atende mesmo tendo excedido a sua capacidade; (2) agenda atendimento para	

	outra data; (3) orienta que o paciente procure outro serviço de saúde
PICS – Homeopatia	(1) Sim; (0) Não
PICS – Medicina tradicional chinesa	
PICS – Acupuntura	
PICS – Plantas medicinais e fitoterapia	
PICS – Meditação	
PICS – Musicoterapia	
PICS – Reiki	
PICS – Terapia comunitária integrativa	
PICS – Yoga	
PICS – Auriculoterapia	
PICS – Ayurveda	
PICS – Terapia de florais	
PICS – Do in/Shiatsu	
PICS – Automassagem	
PICS – Reflexologia	
PICS – Shantala	
PICS – Quiropraxia	
PICS – Termalismo Social/Crenoterapia	
PICS – Biodança/Osteopatia	
PICS – Aromaterapia	
PICS – Constelação familiar	
PICS – Medicina Antropofosófica	
PICS – Bioenergética	
PICS – Dança Circular	
PICS – Naturologia	
PICS – Arteterapia	
Registro - e-SUS	

Registro - outro sistema eletrônico		
Registro - prontuário físico (papel)		
Monitoramento do território		
Diagnóstico do território		
Gestão estimula educação continuada.		
Área de dispensação de medicamento		
Medicamentos - Atenolol 25mg	(1) Sim; (0) Não	Escore de zero a 10.
Medicamentos - Besilato de Aniodipino 5mg		
Medicamentos - Captopril 25mg		
Medicamentos - Cloridrato de Propranolol 40mg		
Medicamentos - Hidroclorotiazida 25mg		
Medicamentos - Losartana Potássica 50mg		
Medicamentos - Maleato de Enalapril 10mg		
Medicamentos - Espironolactona 25mg		
Medicamentos - Furosemida 40mg		
Medicamentos - Succinato de Metoprolol 25mg		

Fonte: Autor.

7.7 Instrumento

A avaliação será realizada por meio de questionário impresso, aplicado presencialmente. O questionário conterà no total 71 questões divididas em 7 blocos: 1) IDENTIFICAÇÃO; 2) ESTRUTURA; 3) PROMOÇÃO DA SAÚDE; 4) RASTREAMENTO; 5) PREVENÇÃO DE DOENÇA; 6) REDE; 7) PRÁTICA CLÍNICA. O questionário pode ser visualizado junto ao Manual de Instruções de Coleta de Dados (APÊNDICE A).

7.8 Tamanho amostral

Serão sorteadas 50% das UBS de cada município para ser entrevistadas, com o mínimo de uma UBS por cidade. Ao total serão 177 sorteadas, como pode ser

verificado no Quadro 7. Estima-se a adesão de pelo menos 300 profissionais entre médicos e enfermeiros (cerca de 10% da dos profissionais de ensino superior atuantes da APS).

Tabela 2 – Unidades de saúde a serem sorteadas.

3ª CRS	UBS em funcionamento (n=179)	UBS a serem entrevistadas (n=96)
Amaral Ferrador	2	1
Arroio do Padre	1	1
Arroio Grande	5	3
Canguçu	17	9
Capão do Leão	5	3
Cerrito	3	2
Chuí	1	1
Herval	3	2
Jaguarão	8	4
Morro Redondo	3	2
Pedras Altas	1	1
Pedro Osório	3	2
Pelotas	51	26
Pinheiro Machado	5	3
Piratini	5	3
Rio Grande	33	17
Santa Vitória do Palmar	9	5
Santana da Boa Vista	2	1
São José do Norte	6	3
São Lourenço do Sul	11	6
Turuçu	2	1
7ª CRS	UBS em funcionamento (n=39)	UBS a serem entrevistadas (n=20)
Aceguá	2	1
Bagé	20	10
Candiota	6	3
Dom Pedrito	8	4
Hulha Negra	1	1
Lavras do Sul	2	1
10ª CRS	UBS em funcionamento (n=117)	UBS a serem entrevistadas (n=61)
Alegrete	21	11
Barra do Quaraí	3	2
Itaqui	12	6
Maçambará	7	4
Manoel Viana	4	2
Quaraí	7	4
Rosário do Sul	12	6
Santa Margarida do Sul	2	1
Santana do Livramento	13	7
São Gabriel	14	7
Uruguaiana	22	11
TOTAL	335	177

Fonte: Autor.

7.9 Logística de campo

Será realizado um piloto com 10 profissionais médicos ou enfermeiros em serviço na APS, selecionadas aleatoriamente, que não foram selecionados para a amostra final. Questionário terá a inclusão de uma pergunta final, aberta, para comentar sobre dificuldades encontradas para responder o questionário. Caso apresentem alguma dificuldade na aplicação serão feitos os devidos ajustes.

A seguir, as gestões responsáveis por cada UBS serão contatadas para receber autorização e verificar a disponibilidade com para a realização das entrevistas. Se houver recusa ou perda total de uma UBS realizamos um novo sorteio para substituição da UBS. Em caso de alguma das equipes ou profissional não aceite participar, mas houver outros respondentes na UBS, será considerada perda.

As visitas às unidades serão realizadas ao longo de três semanas com três duplas de entrevistadores. O itinerário foi organizado com um total de oito rotas divididos entre as duplas, com quatro a cinco cidades em cada rota para ser realizada ao longo de uma semana.

A meta mínima será entrevistar pelo menos um profissional médico ou enfermeiro de cada equipe dentro do serviço de saúde sorteado. Todos médicos e enfermeiros das unidades sorteadas terão oportunidade de participar.

7.10 Processamento e análises de dados

As respostas obtidas serão digitadas em um arquivo CSV, quando poderão ser feitas as primeiras checagens de completude e consistência dos dados. Posteriormente, o arquivo será convertido para o pacote estatístico Stata 13.0.

Primeiramente, serão descritas as variáveis de desfecho e exposição apresentando as proporções e intervalos de confiança de 95% das categóricas e, para as variáveis numéricas, média, mediana e desvio-padrão.

Após, os cinco escores dos desfechos serão analisados separadamente. As variáveis serão divididas em tercís em que o tercil com de maior pontuação será a

categoria “Maior qualidade do cuidado” que será comparada as demais categorias unificadas em “Menor qualidade do cuidado”. Serão realizadas análise da associação das variáveis de desfecho com as exposições (modelo de atenção, escore de estrutura, porte das cidades, cobertura do ACS, cobertura do município, tempo de serviço e tempo na APS) por regressão de Poisson. Serão descritas as Razões de Prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. As associações com a variável de “Equipamentos disponíveis” serão ajustadas para “Porte da cidade” e “Formação profissional” será ajustada para “Tempo de serviço”.

Também será realizada uma avaliação global do cuidado, com a construção de um desfecho com a soma dos cinco desfechos dicotomizados, em que “Maior qualidade do cuidado” em cada desfecho valerá um (1) ponto e “Menor qualidade do cuidado” valerá zero (0) pontos. Esse escore global será transformado igualmente em tercils e posteriormente dicotomizado em que o tercil de maior pontuação será “Maior qualidade do cuidado” e os dois menores serão “Menor qualidade do cuidado”. Serão realizadas as mesmas análises de associação com as exposições por regressão de Poisson. Serão descritas as Razões de Prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Também se repetirá o ajuste com as variáveis “Equipamentos disponíveis” e “Formação profissional”.

As demais covariáveis serão descritas separadamente em análises exploratórias para verificar as melhores variáveis preditoras do melhor cuidado no desfecho global, ajustadas para porte de cidade, tipo de equipe e formação profissional.

7.11 Controle de Qualidade

Primeiramente, o questionário será avaliado por cinco profissionais de ensino superior em serviço na APS de diferentes unidades de saúde no município de Pelotas. A avaliação se cada questão será feita por perguntas abertas: “A pergunta está adequada ao contexto da APS?”; “Você sugere alguma melhoria?” e, ao final de todas as perguntas, “Você considera que faltou alguma pergunta essencial para o questionário?”. As respostas serão avaliadas pelo grupo de pesquisa e serão feitas as modificações pertinentes.

Após será aplicado o questionário com a pergunta final aberta “Você encontrou dificuldades ao responder o questionário?” a uma amostra de 10 profissionais cujas respostas serão avaliadas.

Os entrevistadores serão capacitados para aplicar o questionário evitando possíveis vieses de informação. Durante a aplicação dos questionários serão avaliadas as respostas diariamente para verificar possíveis erros de resposta e reorientação dos entrevistadores.

8 DIVULGAÇÃO DOS DADOS E PRODUTOS ESPERADOS

O produto será um Diagnóstico Situacional da linha de cuidado da hipertensão do conjunto dos municípios da 3ª, 7ª e 10ª CRS. Os resultados serão divulgados diretamente para os profissionais respondentes e gestores envolvidos no projeto, além de compartilhamento via redes sociais do projeto “APSCroniSul”. Também será confeccionado um artigo científico a ser submetido em periódico da área de saúde coletiva de circulação nacional.

Os resultados poderão ser utilizados para o desenvolvimento de ações e melhorias no processo de trabalho na APS por parte dos profissionais e gestores.

9 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo apresenta riscos mínimos visto que se trata de um estudo transversal por meio de um questionário simples. O projeto de pesquisa de análise diagnóstica situacional é previsto pelo “Projeto integrado de pesquisa, ensino e extensão para a formação de gestores e profissionais da APS e a qualificação do cuidado de pessoas com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade na Região Sul do Rio Grande do Sul” que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. O parecer “aprovado” se encontra no Anexo A.

10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A avaliação de serviços de saúde é uma área complexa, que exige um esforço para caracterizar o serviço a partir de parâmetros de qualidade. Apesar de se basear em instrumentos desenvolvidos para avaliações anteriores, o estabelecimento desses parâmetros ainda é um desafio na condução de estudos epidemiológicos.

Também estão previstas possíveis dificuldades decorrentes da interpretação do questionário. Apesar de serem realizados pré-testes com profissionais e haver material de apoio explicativo com os entrevistadores, não se descarta a possibilidade de surgirem dúvidas de interpretação, levando a equívocos nas respostas.

Além disso, profissionais da saúde sabendo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde no cuidado de pessoas com HAS poderão responder o que se espera, gerando um viés de informação. Para minimizar esse viés será reforçada a confidencialidade das respostas.

11 ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO

O projeto que deu origem a esse estudo foi contemplado pela Chamada CNPq/MS/SAPS/DEPROS No 28/2020 — Formação em doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados — com o valor total de R\$150.295,00, realizada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Todas as eventuais despesas serão custeadas pelo projeto.

Além disso, o presente trabalho será realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, por meio de bolsa de mestrado.

As despesas foram calculadas considerando a ida às 177 unidades nos 38 municípios considerando oito rotas a serem realizadas uma por semana por uma dupla de coletadores em cada cidade.

Tabela 3 — Despesas previstas

	Valor unidade (R\$)	Quantidade	Total (R\$)
Diárias (alimentação e estadia)	300,00	112	33.600,00

Transporte intermunicipal (passagens de ônibus)	22,00 – 186,00 (104,00 em média)	82	8.528,00
Transporte municipal (táxis, ônibus e outros serviços de transporte)	40,00 em média	192	7.680,00
Questionários e dois TCLEs impressos (12 páginas)	2,40 (0,20/página)	400	960,00
TOTAL			50.768,00

Fonte: Autor.

12 CRONOGRAMA

Quadro 7 — Cronograma das atividades do projeto

ETAPAS	MAR/ OUT (2023)	NOV/ DEZ (2023)	JAN/ FEV (2024)	MAR/ ABR (2024)	MAI/ JUN (2024)	JUL/ AGO (2024)	SET/ OUT (2024)	NOV/ DEZ (2024)	JAN/ FEV (2025)
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X			
Elaboração do projeto	X								
Defesa do projeto		X							
Coleta de dados			X	X					
Análise dos dados			X	X	X	X			
Redação do trabalho			X	X	X	X	X		
Revisão e redação final								X	
Entrega da Dissertação								X	
Defesa da Dissertação									X
Divulgação dos resultados							X	X	X

Fonte: Autor.

REFERÊNCIAS

AEKPLAKORN, W. *et al.* **Effectiveness of Self-Monitoring Blood Pressure in Primary Care: A Randomized Controlled Trial.** J Prim Care Community Health, v. 7, n. 2, p. 58–64, 2016.

AIRA, M. *et al.* **Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study.** PREVENTIVE MEDICINE, v. 38, n. 4, p. 473–478, 2004.

ALONSO MORENO, F. J. *et al.* **Conducta del médico de atención primaria ante el mal control de la hipertensión arterial.** Estudio PRESCAP 2010. SEMERGEN, Soc. Esp. Med. Rural Gen. (Ed. impr.), v. 39, n. 1, p. 3–11, 2013.

ANDRADE, M.V. *et al.* **Challenges and lessons from a primary care intervention in a Brazilian municipality.** Revista de saude publica, v. 53, p. 45, 2019.

DE RIVAS, B. *et al.* **Effectiveness of an Interventional Program to Improve Blood Pressure Control in Hypertensive Patients at High Risk for Developing Heart Failure: HEROIC study.** Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.), v. 12, n. 5, p. 335–44, 2010.

BARROSO, W. K. S. *et al.* **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.** Arq Bras Cardiol. 2021; v. 116, n. 3, p.516-658. 2020. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>

BEUNE, E. J. A. J. *et al.* **Culturally Adapted Hypertension Education (CAHE) to Improve Blood Pressure Control and Treatment Adherence in Patients of African Origin with Uncontrolled Hypertension: Cluster-Randomized Trial.** PLOS ONE, v. 9, n. 3, 2014.

BOCK, C. *et al.* **Behavioral Counseling for Cardiovascular Disease Prevention in Primary Care Settings: A Systematic Review of Practice and Associated Factors.** MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW, v. 69, n. 5, p. 495–518, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).** 2012. ISBN: 978-85-334-1939-1. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/313>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel_brasil_2011_final.pdf/@download/file

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Processo Completo da Linha de Cuidado do adulto com HAS.** 2020. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistematica-\(HAS\)-no-adulto/processo-completo#:~:text=O%20Processo%20Completo%20retrata%20o,cuidado%2C%20descrito%20como%20Macro%20atividades](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistematica-(HAS)-no-adulto/processo-completo#:~:text=O%20Processo%20Completo%20retrata%20o,cuidado%2C%20descrito%20como%20Macro%20atividades).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_arterial.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. **Promoção da Saúde:** aproximações ao tema: caderno 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. ISBN 978-65-5993-008-1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_aproximacoes_tema.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2021:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito

Federal em 2021 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021c.

BUAWANGPONG, N. *et al.* **Incorporating the patient-centered approach into clinical practice helps improve quality of care in cases of hypertension: a retrospective cohort study.** BMC family practice, v. 21, n. 1, p. 108, 2020.

CHI, F. W. *et al.* **Associations between alcohol brief intervention in primary care and drinking and health outcomes in adults with hypertension and type 2 diabetes: a population-based observational study.** BMJ Open, v. 13, n. 1, p. e064088–e064088, 2023.

CHI, F. W. *et al.* **Alcohol brief intervention in primary care: Blood pressure outcomes in hypertensive patients.** J Subst Abuse Treat, v. 77, p. 45–51, 2017.

CHIMBERENGWA, P. T.; NAIDOO, M. **Using community-based participatory research in improving the management of hypertension in communities: A scoping review.** South African family practice : official journal of the South African Academy of Family Practice/Primary Care, v. 62, n. 1, p. e1–e14, 2020.

DI, M. *et al.* **Lack of effects of evidence-based, individualised counselling on medication use in insured patients with mild hypertension in China: a randomised controlled trial.** BMJ evidence-based medicine, v. 25, n. 3, p. 102–108, 2020.

EDWARD, A. *et al.* **An exploratory study on the quality of patient screening and counseling for hypertension management in Tanzania.** PLoS One, v. 15, n. 1, p. e0227439–e0227439, 2020.

ENGELA, M. H. T. *et al.* **Use of health technology in primary health care in approach to hypertension.** J. res.: fundam. care. online v. 10, n. 1, p. 75-84. 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.75-84. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5979/pdf>

ETTEHAD D. *et al.* **Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis.** Lancet. 2016;387(10022):957-967. doi:10.1016/S0140-6736(15)01225-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26724178/>

GALLEGOS-CARRILLO, K. *et al.* **Brief Counseling and Exercise Referral Scheme: A Pragmatic Trial in Mexico.** American journal of preventive medicine, v. 52, n. 2, p. 249–259, 2017.

GREEN, B. B. *et al.* **e-Care for heart wellness: a feasibility trial to decrease blood pressure and cardiovascular risk.** Am J Prev Med, v. 46, n. 4, p. 368–77, 2014.

GREEN, B. B. *et al.* **Blood Pressure Checks for Diagnosing Hypertension: Health Professionals' Knowledge, Beliefs, and Practices.** J Am Board Fam Med, v. 35, n. 2, p. 310–319, 2022.

HICKEY, M.D. *et al.* **Effect of a patient-centered hypertension delivery strategy on all-cause mortality:** Secondary analysis of SEARCH, a community-randomized trial in rural Kenya and Uganda. PLoS medicine, v. 18, n. 9, p. e1003803, 2021.

JACKSON, S. *et al.* **Clinical Implementation of Self-Measured Blood Pressure Monitoring, 2015-2016.** AMERICAN JOURNAL OF PREVENTIVE MEDICINE, v. 56, n. 1, p. E13–E21, 2019.

JACKSON, J.L. *et al.* **Direct-Observation Cohort Study of Shared Decision Making in a Primary Care Clinic.** Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making, v. 40, n. 6, p. 756–765, 2020.

JOSHI, R. *et al.* **Cardiovascular risk factor reduction by community health workers in rural India:** A cluster randomized trial. Am Heart J, v. 216, p. 9–19, 2019.

KAO, C. *et al.* **A Web-Based Self-Titration Program to Control Blood Pressure in Patients with Primary Hypertension:** Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res, v. 21, n. 12, p. e15836–e15836, 2019.

KAWABE, H. *et al.* **Features of and preventive measures against hypertension in the young.** Hypertension research: official journal of the Japanese Society of Hypertension v. 42, n. 7, p. 935-948. 2019. DOI:10.1038/s41440-019-0229-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30894695/>

KHETAN, A. *et al.* **Effect of a Community Health Worker-Based Approach to Integrated Cardiovascular Risk Factor Control in India:** A Cluster Randomized Controlled Trial. Glob Heart, v. 14, n. 4, p. 355–365, 2019.

LOPES, A. C. S. *et al.* **Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na atenção primária à saúde de Belo Horizonte-MG.** Epidemiol. serv. saúde, v. 23, n. 3, p. 305–316, 2014.

MALTA, D. C. *et al.* **Hipertensão arterial e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.** Rev Saúde Pública; v.56, n.122. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2022.v56/122/pt>

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

MIQUEL, L. *et al.* **Barriers to implement screening for alcohol consumption in Spanish hypertensive patients.** *Fam Pract*, v. 35, n. 3, p. 295–301, 2018.

MOREIRA, T. R. *et al.* **Evaluation of Cardiovascular Risk in Hypertensive Individuals Attending a Primary Health Care Center.** *Int. j. cardiovasc. sci. (Impr.)*, v. 33, n. 3, p. 217–224, 2020.

MOSCA, L. *et al.* **National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines.** *Circulation*, v. 111, n. 4, p. 499–510, 2005.

NILSON, E. A. F. *et al.* **Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018.** *Rev Panam Salud Publica*, v. 44, n. 8. 2020. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>

NOVELLO, M.F., *et al.* **Compliance with the Prescription of Antihypertensive Medications and Blood Pressure Control in Primary Care.** *Arquivos brasileiros de cardiologia*, v. 108, n. 2, p. 135–142, 2017.

OROZCO-BELTRAN, D. *et al.* **Cardiovascular preventive recommendations. PAPPS 2020 update.** *ATENCION PRIMARIA*, v. 52, n. 2, p. 5–31, 2020.

PEARSON, T. **Cardiovascular Update: Risk, Guidelines, and Recommendations.** *WORKPLACE HEALTH & SAFETY*, v. 63, n. 9, p. 376–380, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual da Atenção Básica. **BOLETIM INFORMATIVO Nº 08/outubro de 2020.** Programa Previne Brasil: monitoramento do indicador de desempenho 6: Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre. 8ª edição, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202011/06133850-08-boletim-hipertensao-outubro-2020.pdf>

ROSSI, G. P. *et al.* **Practice Recommendations for Diagnosis and Treatment of the Most Common Forms of Secondary Hypertension.** *High blood pressure & cardiovascular prevention: the official journal of the Italian Society of Hypertension* v. 27, n. 6, p. 547-560. 2020. DOI:10.1007/s40292-020-00415-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33159664/>

RUBINSTEIN, A. *et al.* **Effectiveness of an mHealth intervention to improve the cardiometabolic profile of people with prehypertension in low-resource urban settings in Latin America: a randomised controlled trial.** *Lancet Diabetes Endocrinol*, v. 4, n. 1, p. 52–63, 2016.

SAGARRA-TIÓ, M. *et al.* **Assessment of primary healthcare professionals' management of hypertensive patients with riser pattern.** *Eur J Cardiovasc Nurs*, v. 14, n. 1, p. 73–8, 2015.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. **Conceitos de acesso à saúde**. Rev. Panam Salud Publica; v. 31, n. 3., p. 260-268, 2012.

SHIMA, A. *et al.* **Cluster-randomized controlled trial for the early promotion of clinic visits for untreated hypertension**. HYPERTENSION RESEARCH, v. 44, n. 3, p. 355–362, 2021.

SISAB. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica**. Acesso em maio de 2023. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STOUT, K. K. *et al.* **2018 AHA/ACC Guideline for the Management of Adults With Congenital Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines**. J Am Coll Cardiol. v. 139, p. 698–800, 2019. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000603>

TIRABASSI, J.; FANG, J.; AYALA, C. **Attitudes of primary care providers and recommendations of home blood pressure monitoring–DocStyles, 2010**. Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.), v. 15, n. 4, p. 224–9, 2013.

TOMASI, E. *et al.* **Adequação do cuidado a pessoas com hipertensão arterial no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 31(2):e2021916, 2022. DOI: 10.1590/S2237-96222022000200005

TONSTAD, S.; ALM, C. S.; SANDVIK, E. **Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: a randomised controlled trial**. European journal of cardiovascular nursing, v. 6, n. 2, p. 160–4, 2007.

ULM, K. *et al.* **Effect of an intensive nurse-managed medical care programme on ambulatory blood pressure in hypertensive patients**. Archives of cardiovascular diseases, v. 103, n. 3, p. 142–9, 2010.

VICTORA, C. G.; HABICHT, J. P.; BRYCE, J. **Evidence-Based Public Health: Moving Beyond Randomized Trials**. Am J Public Health, v. 94, n. 3, p. 400–405. 2004. DOI: 10.2105/ajph.94.3.400.

WEILER, S.; *et al.* **Clinically relevant quality measures for risk factor control in primary care: a retrospective cohort study**. BMC Health Serv Res, v. 14, p. 306–306, 2014.

WÓJCIK, C.; SHAPIRO, M. D. **Bridging the Gap Between Cardiology and Family Medicine**. *Circulation*, v. 140, n. 9, p. 709–711, 2019.

WOOLSEY, Sarah; BROWN, Brittany; RALLS, Brenda; *et al.* **Diagnosing Hypertension in Primary Care Clinics According to Current Guidelines**. *J Am Board Fam Med*, v. 30, n. 2, p. 170–177, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro, World Conference on Social Determinants of Health. 2011. Disponível em: https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults**. Geneva: World Health Organization, 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344424/9789240033986-eng.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Key Facts: Hypertension**. Website. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter for Health Promotion**. [Geneva]: WHO, 1986.

ZECHMANN, S. *et al.* **The impact of an individualized risk-adjusted approach on hypertension treatment in primary care**. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, v. 19, n. 5, p. 510–518, 2017.

II. MODIFICAÇÕES NO PROJETO

Foram priorizadas as análises dos escores de cada componente da linha de cuidado (desfechos) separadamente, a fim de garantir a clareza das fortalezas e fraquezas do processo de atenção à saúde. Devido à falta de tempo hábil e os atrasos provocados pelas enchentes, não foram realizadas análises sobre os desfechos de Prática Clínica e Rede, que serão feitos em artigo separado, e o Escore Geral previstos no projeto.

Foi também realizada uma modificação do desfecho Prevenção, visto que o presente estudo só abordaria uma parte da prevenção (no caso, prevenção terciária). Assim, especificamos o desfecho como Prevenção de Fatores de Risco para pessoas com hipertensão.

Para as futuras análises, o desfecho Rede foi modificado para Relação com a Rede e focado somente nas ações que a UBS realizava, removendo as variáveis de presença das especialidades (oftalmologista, cardiologista, nefrologista, angiologista e endocrinologista).

Para melhor adequar a análise, o ponto de corte de melhor qualidade dos desfechos, foi modificado de tercil para mediana.

III. RELATÓRIO DE ATIVIDADES

1 Introdução

O Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), conceito máximo da avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) — nota “7”, é considerado de excelência no padrão internacional. O PPGE possibilita através das disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, o planejamento do estudo a ser realizado. Neste caso, elaborou-se um estudo que avalia a linha de cuidado da hipertensão, orientado pela Dra. Elaine Tomasi, em parceria com o projeto APSCroniSul, coordenado pela Dra. Elaine Thumé.

Foi elaborado pela mestranda, em conjunto ao grupo de pesquisa da APSCroniSul: o questionário; a logística; o trabalho de campo; o estudo piloto; a previsão de gastos; a capacitação dos entrevistadores; e o manual de instruções. Ao longo da pesquisa a mestranda foi responsável pelo controle da coleta, pela limpeza dos dados e por acompanhar a logística da pesquisa.

2 Projeto APSCroniSul

O “Projeto integrado de pesquisa, ensino e extensão para qualificar a organização da Atenção Primária à Saúde e o cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade, na região Sul do Rio Grande do Sul (RS) - APSCroniSul”, teve início no ano de 2021 com financiamento do Departamento de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e aprovado na Plataforma Brasil sob número 5.171.702 em 16 de dezembro de 2021.

O projeto objetivou qualificar a organização dos serviços da APS e o cuidado dispensado às pessoas com HAS, DM e obesidade. A proposta do curso APSCroniSul teve como público-alvo os gestores municipais e profissionais das 364 Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos 38 municípios pertencentes às 3ª, 7ª e 10ª Coordenadorias de Regionais de Saúde. Atuou como tutora, no período de junho de 2023 à dezembro de 2023, realizando aulas sobre as linhas de cuidado da diabetes, da obesidade e da hipertensão. Também, apoiou os participantes da cidade de Santana do

Livramento e de Morro Redondo ao longo da realização dos planos de enfrentamento a essas doenças, com a elaboração de objetivos, metas, indicadores e ações, a partir de um diagnóstico situacional dos territórios.

Uma análise situacional prévia ao curso foi realizada através da aplicação do *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) e de um Painel de Indicadores alimentados pelos dados dos municípios. Essas informações e os documentos das linhas de cuidado pelo Ministério da saúde apoiaram o Plano de Ação Pedagógico (PAP) integrado para gestores e profissionais, com os conteúdos semanais, as tarefas, as atividades e os recursos a serem disponibilizados. Para os gestores houve uma programação de conteúdo com duração de dois meses, com carga horária de 40 horas em atividades presenciais e remotas. As atividades presenciais foram realizadas em dois encontros, um no início das atividades e outro previsto para ocorrer dois meses após estas. Para os profissionais de nível superior o conteúdo programado direcionadas ao território de abrangência da UBS teve duração de quatro meses com três atividades presenciais e remotas. A carga horária foi de 180 horas. Foram realizados encontros após com objetivo de troca de experiência e de avaliação dos impactos do planejamento nos territórios.

3 Campo de Pesquisa

Iniciou-se a pesquisa com um estudo piloto com seis profissionais de UBS não selecionados no sorteio para participar do campo. Outros quatro profissionais da APS avaliaram os questionários e fizeram sugestões. Avaliaram-se dificuldades na interpretação, adequação das perguntas ao contexto da APS e possíveis sugestões de inclusão de temas não abordados.

Em março de 2024, foi realizada a seleção dos entrevistadores. Os pré-requisitos para estes foram: ser estudante de Graduação da UFPel; ser maior de 18 anos; e possuir habilidade de comunicação. A capacitação teve carga horária de 10h e abordou: apresentação da equipe e do projeto APSCroniSul, apresentação dos projetos de pesquisa de mestrado/doutorado (objetivos, blocos/dimensões, conceituar linha de cuidado), noções gerais de trabalho de campo de um estudo transversal e coleta de

dados, logística da coleta de dados e de viagens, leitura minuciosa do questionário e simulação de aplicação do questionário entre os entrevistadores. Após essas etapas, 15 entrevistadores foram selecionados.

Foram sorteadas 60% das UBS de cada município para ser entrevistadas, com o mínimo de uma UBS por cidade, conforme Tabela 1. O objetivo foi entrevistar ao menos um profissional médico ou enfermeiro de cada equipe dentro do serviço de saúde sorteado, totalizando no mínimo em 214 UBS, considerando que as unidades possuíam de uma a quatro equipes. Se houve recusa ou perda total de uma UBS realizou-se um novo sorteio para substituição da UBS.

Tabela 4 — Relação das UBS sorteadas por cidade

3ª CRS	UBS em funcionamento	UBS a serem entrevistadas
Amaral Ferrador	2	2
Arroio do Padre	1	1
Arroio Grande	6	4
Canguçu	23	14
Capão do Leão	6	4
Cerrito	3	2
Chuí	2	2
Herval	3	2
Jaguarão	8	5
Morro Redondo	3	2
Pedras Altas	1	1
Pedro Osório	3	2
Pelotas	50	30
Pinheiro Machado	5	3
Piratini	7	5
Rio Grande	33	20
Santa Vitória do Palmar	10	6
Santana da Boa Vista	2	2

São José do Norte	9	6
São Lourenço do Sul	14	9
Turuçu	2	2
TOTAL	193	124
7ª CRS	UBS em funcionamento	UBS a serem entrevistadas
Aceguá	2	2
Bagé	22	14
Candiota	6	4
Dom Pedrito	7	5
Hulha Negra	1	1
Lavras do Sul	4	3
TOTAL	42	29
10ª CRS	UBS em funcionamento	UBS a serem entrevistadas
Alegrete	16	10
Barra do Quaraí	3	2
Itaqui	10	6
Maçambará	2	2
Manoel Viana	3	2
Quaraí	9	6
Rosário do Sul	10	6
Santa Margarida do Sul	2	2
Santana do Livramento	10	6
São Gabriel	9	6
Uruguaiana	21	13
TOTAL	95	61
TOTAL GERAL	330	214

Fonte: autor.

Após, foram contatados os gestores estaduais, regionais e municipais, nesta ordem, a fim de agendar as idas às unidades. As visitas iniciaram em 1º abril de 2024. O deslocamento dos entrevistadores e dos coordenadores foi feito por van, carro ou ônibus intermunicipal — a depender da proximidade e disponibilidade de horários. A coleta foi interrompida durante as enchentes no Rio Grande do Sul, com recomendação da Polícia Rodoviária para não acessar as rodovias federais e estaduais, de 4 de maio até o mês de junho. A última cidade visitada foi Canguçu, no dia 18 de julho. Ao todo foram realizadas 247 entrevistas durante a pesquisa.

Por fim, foi realizada dupla digitação dos dados através da plataforma *Google Forms*, seguido de limpeza do banco e análise de dados.

4 Participação em Congressos

Por ocasião do 12º Congresso Brasileiro de Epidemiologia de 24 a 27 de novembro, apresentou-se o trabalho intitulado “APSCRONISUL: PLANEJAMENTO PARA ENFRENTAMENTO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”, na modalidade de pôster dialogado, relatando as experiências e dados dos planos de enfrentamento elaborados no curso.

5 Publicações

A mestrandia colaborou na elaboração do capítulo do livro “APSCroniSul: contribuições da educação a distância para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde da região sul do Rio Grande do Sul”³, como co-autora.

³ In “Inovações tecnológicas na educação em saúde: transpondo barreiras para integralidade do cuidado em vazios assistenciais” / Organização: Cássia Rozária da Silva Souza... [et al.]. 1. ed. – Manaus (AM): Editora UEA, 2024. 423 p.: il., color; [E-book] Formato PDF ISBN 978-85-7883-691-7. Disponível em: <https://ri.uea.edu.br/items/0c8d79eb-3150-42bf-b56d-fefe78683f7b>

IV. ARTIGO ORIGINAL

Artigo formatado para submissão no Cadernos de Saúde Pública

Promoção da saúde, rastreamento e prevenção de fatores de risco para pessoas com Hipertensão na Atenção Primária à Saúde do Rio Grande do Sul.

Vitória de Oliveira Ximendes; Universidade Federal de Pelotas - Pelotas, RS - Brasil - vitximendes@gmail.com

Michele Rohde Krolow; Universidade Federal de Pelotas - Pelotas, RS - Brasil - micheleerokr@gmail.com

Geneva Souza Costa; Universidade Federal de Pelotas - Pelotas, RS - Brasil - acad.genevacosta@gmail.com

Elaine Thumé; Universidade Federal de Pelotas - Pelotas, RS - Brasil - elainethume@gmail.com

Elaine Tomasi; Universidade Federal de Pelotas - Pelotas, RS - Brasil - tomasiet@gmail.com

Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar as características da oferta do cuidado de promoção da saúde (PS), rastreamento da hipertensão (RHAS) e prevenção de fatores de risco para pessoas com diagnóstico de hipertensão (PFR) em UBS do Sul do RS. Para isso, foi realizado um inquérito com delineamento transversal, aninhado ao Curso de Formação APSCroniSul. A amostra foi de 247 médicos e enfermeiros em exercício em serviços de Atenção Primária de 38 municípios da 3ª, 7ª e 10ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS. Uma combinação de respostas a diferentes perguntas sobre PS, RHAS e PFR foi utilizada para a construção dos desfechos. A PS esteve associada à presença de educador físico (60% maior probabilidade de melhor qualidade do cuidado) e às equipes de Estratégia de Saúde da Família, em comparação às de Atenção Primária (92% maior probabilidade de melhor qualidade do cuidado). Estiveram associadas ao RHAS o porte de cidade (30% menor probabilidade de melhor qualidade do cuidado em cidades com 100 mil habitantes ou mais em comparação àquelas com até 10 mil habitantes), o modelo de atenção (ESF com 60% maior

probabilidade de ter melhor qualidade). A PFR demonstrou o melhor desempenho, com aproximadamente 90% da amostra realizando todas as ações previstas no questionário, o que é reflexo do foco em indivíduos já acometidos por doenças. No RHAS, foi destacada a relevância da Estratégia de Saúde da Família. No geral, evidenciou-se a fragilidade do cuidado nas ações coletivas de PS, ressaltando a importância das equipes de apoio no fortalecimento dessas práticas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Promoção à Saúde; Prevenção de Fatores de Risco; Rastreamento da hipertensão.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível caracterizada por diversas complicações em órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e sistema cardiovascular), sendo o principal fator de risco para outras doenças cardiovasculares, doença renal crônica e morte prematura¹. Além de ser afetada por alguns fatores imutáveis como genética, idade, sexo, é também influenciada por fatores ambientais e comportamentais como socioeconômicos, padrões alimentares, consumo de álcool, sedentarismo, sobrepeso e/ou obesidade, e outras doenças, como a apneia obstrutiva do sono¹.

No Brasil, o diagnóstico médico de HAS vem aumentando nos últimos anos e, conforme a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 21,4% dos adultos entrevistados referiram ter a doença em 2013² e 23,9% em 2019³. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) já demonstrava essa tendência temporal nos anos de 1998, 2003 e 2008, que apresentaram, respectivamente, as prevalências de 18,0%, 19,2% e 20,9%⁴. Além da alta prevalência, a doença também gera uma carga significativa para o Sistema Único de Saúde. Nilson et al.⁵ apontaram um custo de R\$ 2,03 bilhões de reais em 2018 atribuível à HAS, incluindo hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos em adultos, superando os custos atribuíveis à diabetes e à obesidade juntos (1,42 bilhão).

É importante que as ações de saúde tenham foco no cuidado anterior ao surgimento da doença e na prevenção das complicações geradas por uma pressão arterial (PA) não controlada. A linha de cuidado da HAS, definida pelo Ministério da Saúde (MS), envolve um conjunto de ações visando a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento contínuo, controle dos fatores de risco associados e prevenção de complicações, vigilância e promoção da saúde⁶. Já o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021–2030) possui a Promoção da Saúde como uma de suas três diretrizes, junto ao cuidado integral e à vigilância, informação, avaliação e monitoramento, objetivando a prevenção da doença. As ações estratégicas do Eixo Promoção da Saúde são voltadas a quatro pontos principais: uso de bebida alcoólica; hábito de fumar; alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física⁷.

Na sequência da linha de cuidado, temos o rastreamento à hipertensão (RHAS), definido como ideal quando: todo adulto com 18 anos ou mais que chega à unidade básica de saúde (UBS) tem a PA verificada em ambos os braços por um profissional médico⁶. Ao ponto que adentramos o cuidado de pessoas com hipertensão, temos um olhar mais focalizado ao promover a saúde. Nessa etapa realizam-se ações que levam em consideração a doença e a estratificação de risco do usuário. O caderno do MS “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica” demonstra que os principais fatores de risco considerados para isso é tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e consumo excessivo de álcool. A estratégia se apoia na educação para o autocuidado, incentivando a percepção das necessidades de cuidado da pessoa em relação à sua condição crônica⁸. Neste estudo consideramos como o desfecho prevenção dos fatores de risco (PFR) as ações voltadas à prevenção e controle desses fatores de risco no cuidado do usuário com hipertensão.

Apesar da importância desses três componentes na linha de cuidado, parece haver ainda pouca preocupação com o tema entre profissionais da saúde⁹⁻¹³, mesmo que intervenções levem à melhora no quadro da hipertensão ou em fatores de risco associados¹⁴⁻¹⁶.

A Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada da população no sistema de saúde, é o principal ambiente desse cuidado, através de seus atributos de integralidade

e longitudinalidade essenciais para a realização de ações voltadas para os hábitos de saúde e para o diagnóstico das pessoas adoecidas. A UBS foi indicada pela maior parcela de pessoas com hipertensão (45,8%) como o estabelecimento que procuravam quando precisavam de atendimento à saúde¹⁷.

Assim, o objetivo desse estudo foi avaliar as características da oferta do cuidado de promoção da saúde, rastreamento da HAS e prevenção de fatores de risco de pessoas com hipertensão na APS. Também foram analisados os fatores associados à melhor oferta do cuidado.

Metodologia

Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, aninhado ao Projeto integrado de pesquisa, ensino e extensão para a formação de gestores e profissionais da APS e a qualificação do cuidado de pessoas com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade na região sul do Rio Grande do Sul, da Universidade Federal de Pelotas — APSCroniSul.

Amostra

A amostra foi composta por médicos e enfermeiros em exercício em serviços de Atenção Primária de 38 municípios da 3ª, 7ª e 10ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do RS. A 3ª CRS tem sede em Pelotas e é composta por 21 municípios: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu. A 7ª CRS é sediada em Bagé e é composta por seis municípios: Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra e Lavras do Sul. Já a 10ª CRS tem sede em Alegrete e possui 11 municípios: Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Borja, São Gabriel e Uruguaiana.

Cálculo e processo amostral

Partiu-se de uma estimativa de 1200 profissionais da saúde em exercício nos 38 municípios em um total de 335 UBS cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme verificado na análise situacional prévia do projeto APSCroniSul. Para prevalência de 60% nos desfechos, com nível de confiança a 95%, a amostra necessária era de 283 profissionais.

Para alcançar essa amostra foram sorteadas no mínimo 60% das UBS em cada município separadamente, totalizando 216 unidades. Uma vez que o número de equipes por UBS variou entre um a quatro, a amostra elegível ficou em 297 profissionais.

Trabalho de campo

Foram capacitados 15 entrevistadores em março de 2024. Os municípios foram visitados a partir de abril, com os deslocamentos de entrevistadores e coordenadores de van, carro ou ônibus intermunicipal, a depender da proximidade e disponibilidade de horários. As coletas foram interrompidas durante as enchentes de maio no Rio Grande do Sul, com recomendação da Polícia Rodoviária para não acessar as rodovias, retomando em junho, com o último município, Canguçu, realizado no dia 18 de julho.

Para as entrevistas presenciais, foram realizadas visitas em cada uma das UBS, com agendamento anterior. Ao chegar ao local, o entrevistador se identificava e aguardava o primeiro profissional disponível para aplicar o questionário. Inicialmente era aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, se assinado e confirmada a intenção em participar, era aplicado o questionário.

Se não houvesse sucesso na primeira tentativa, era realizada uma segunda visita presencial, sendo nem todas possíveis devido à logística e disponibilidade do entrevistado e do entrevistador, seguido de no mínimo duas tentativas de forma *online*, em que o entrevistador aplicava o questionário através da plataforma *Google Meet*.

Foram consideradas recusas quando houve contato com o profissional, mas não houve confirmação da anuência para participar ou assinatura do TCLE.

Instrumento

O questionário utilizado era físico (de papel), contendo 106 perguntas, e sua aplicação durava entre 25 a 50 minutos. Era composto por um bloco de identificação do participante e da unidade, um bloco sobre a estrutura da unidade e blocos referentes às linhas de cuidado das pessoas com HAS e diabetes, dentre eles Promoção da saúde; Rastreamento; Prevenção de doenças e agravos.

Desfechos e exposições

O desfecho **Promoção da Saúde** foi composto por ações individuais e coletivas, a primeira coletada através do enunciado “No último ano em sua unidade foram realizadas ações INDIVIDUAIS (por exemplo, aconselhamento em visita domiciliares ou em consulta) de promoção da saúde para:” seguido das ações 1) “estímulo à atividade física”, 2) “estímulo à alimentação saudável”, 3) “diminuição do uso de tabaco”, 4) “diminuição do uso abusivo de bebida alcoólica”, com respostas em formato de frequência (Sempre; quase sempre; às vezes; raramente; nunca). As informações das ações coletivas foram através do enunciado “No último ano em sua unidade foram realizadas ações COLETIVAS (por exemplo, grupos ou consulta coletiva) de promoção da saúde para: 5) “estímulo à atividade física”, 6) “estímulo à alimentação saudável”, 7) “diminuição do uso de tabaco”, 8) “diminuição do uso abusivo de bebida alcoólica” com as respostas também em frequência.

O desfecho **Rastreamento** foi composto: 1) triagem de aferição da PA verificada pela pergunta “Na triagem a todos os usuários maiores de 18 anos que chegam à unidade, é aferida a pressão arterial?”; 2) realização de repouso para a aferição da PA verificada pela pergunta “Para a aferição da pressão arterial, são aguardados pelos menos 5 minutos de repouso após a chegada da pessoa na unidade?”; 3) realização de repetição da aferição da PA verificada pela pergunta “Com que frequência a aferição pressão arterial é realizada duas vezes durante o atendimento?”; 4) realização de rastreamento de HAS extramuros verificada pela pergunta “você e sua equipe de saúde realizam rastreamento de hipertensão extramuros (por exemplo, feiras de saúde na comunidade ou nas visitas domiciliares)?”; todas com respostas em frequência. Além dessas, foram incluídas: 5) utilização de protocolo para diagnóstico e no manejo verificada pela pergunta “Você e sua equipe de saúde utilizam protocolos (por exemplo,

Ministério da saúde e município) para auxiliar no diagnóstico e no manejo de hipertensão?” com respostas “sim” e “não”; 6) realização da estratificação de risco verificada pela pergunta “É realizada estratificação de risco cardiovascular para pessoas com hipertensão e/ou diabetes” com as respostas “sim, só para hipertensão”; “sim, só para diabetes”; “sim, para ambos”; “não realiza”, dicotomizada em “sim” e “não” posteriormente.

Já a **Prevenção de Fatores de Risco**, em um bloco de Prevenção de doenças e agravos, voltado para o cuidado de pessoas que já tinham o diagnóstico de hipertensão, foi composta por uma lista de ações que os profissionais deveriam referir realizar ou não: 1) estímulo ao autocuidado na consulta clínica; 2) orientações de hábitos alimentares saudáveis na consulta clínica; 3) orientações para o controle do peso corporal na consulta clínica; 4) orientações sobre os malefícios do uso excessivo do sal para pessoas com HAS na consulta clínica; 5) orientações de estímulo à prática regular da atividade física na consulta clínica; 6) orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool na consulta clínica; 7) orientações sobre os malefícios do tabagismo na consulta clínica. Todas com respostas no formato “sim” e “não”.

Primeiramente, todas as variáveis ordinais foram dicotomizadas: as opções “nunca”, “raramente” e “às vezes” foram codificadas com o valor 0 (zero), e as opções “quase sempre” e “sempre” foram codificadas com o valor 1 (um). Foram formados escores de 0 a 8 para PS, 0 a 7 para PFR e 0 a 6 para RHAS.

Após, cada desfecho foi avaliado em formato de escore separadamente, no qual foram somados os valores das opções. As variáveis de escore foram divididas pela mediana (para PS a pontuação 6, para RHAS a pontuação 5 e para PFR a pontuação 7, configurando como “Melhor qualidade do cuidado” maior ou igual a mediana).

As exposições utilizadas foram porte do município (até 10 mil; 10 a 99,9 mil; mais de 100 mil), tipo de UBS — urbana; rural; mista (referente a população atendida pela unidade) —, modelo de atenção — Equipe de Atenção Primária (EAP) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) —, população adscrita à equipe (“menor que 3500”; “maior ou igual a 3500”) e equipamentos — incluindo aparelho de pressão adulto; aparelho de pressão infantil, aparelho de pressão para obesos, aparelho de pressão 24h, suporte de braço para aferição da PA, balanças antropométricas de 150 kg, balanças

antropométricas de 200 kg, réguas antropométricas adulto, e aparelho de eletrocardiograma — (dividido pela mediana, “Menos adequada”; “Mais adequada”) e equipe completa (“sim” e “não”), ACS em todas as microáreas (“sim” e “não”). As variáveis com informação sobre educador físico disponível (“sim” e “não”) e nutricionista disponível (“sim” e “não”) foram analisadas apenas na Promoção da Saúde. São covariáveis para descrição da amostra gênero (mulher cisgênero e homem cisgênero); formação (medicina e enfermagem); nível de ensino (especialização, graduação, mestrado e doutorado); tempo na APS (em anos, dividido pela mediana, “menor que 7”; “maior ou igual a 7”); tempo no serviço (em anos, dividido pela mediana, “menor que 2”; “maior ou igual a 2”); cor da pele (branca, parda, preta, amarelo e indígena); idade (em anos, categorizada de 20 a 29; 30 a 44; 45 a 54; 55 a 70).

Processamento e análise de dados

As respostas obtidas foram digitadas em um arquivo CSV, através do *Google Forms*, onde foram feitas as primeiras checagens de completude e consistência dos dados. Posteriormente, o arquivo foi convertido para o pacote estatístico Stata 13.0.

Foram descritas as variáveis de desfecho e exposições em números absolutos, proporções ponderadas para o número de profissionais respondentes por UBS e intervalos de confiança de 95%. Seguindo modelo hierarquizado, foram realizadas análise da associação entre variáveis de desfecho e exposições por regressão de Poisson ponderado, por meio do comando *svy*. Foram realizados ajustes na sequência: 1º porte do município, 2º tipo de UBS e 3º tipo de equipe. O primeiro foi aplicado para as exposições tipo de equipe e tipo de UBS, população adscrita, equipamentos, equipe completa, ACS presente em todas microáreas, educador físico e nutricionista; o segundo para população adscrita, equipamentos, equipe completa, ACS em todas microáreas, educador físico e nutricionista; e o terceiro para população adscrita; equipamentos; equipe completa; ACS em todas microáreas; educador físico e nutricionista. O ponto de corte de entrada e saída do modelo de ajuste foi um valor *p* menor que 0,2.

Aspectos éticos

Este estudo possui aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel sob parecer número 5.171.702.

Resultados

Foram realizadas 247 entrevistas e registradas 13 recusas, 23 profissionais não encontrados e 14 inconsistências das equipes em exercício em relação ao cadastro no CNES.

A amostra em sua maioria tinha cor de pele branca (76,0%), era mulher (88,5%), enfermeira (84,5%), possuía entre 30 e 44 anos de idade (51,3%) e havia concluído uma especialização (62,9%). A variável idade apresentou uma média de 40,8 anos (IC95% de 39,6 até 42,1) e mediana 40,4 anos. O tempo de trabalho médio ponderado na respectiva UBS foi de 3,5 anos (IC95% de 3,0 até 4,1) e mediana 2 anos, e na APS como um todo foi de 8,8 anos (IC95% de 7,8 até 9,8) e mediana 7 anos (Tabela 1). Os participantes eram provenientes em maior parcela de cidades com mais de 100 mil habitantes (47,3%,) da 3ª CRS (57,2%), de UBS urbanas (64,0%), com Estratégia de Saúde da Família (82,7%) e população adscrita abaixo de 3500 habitantes (60,8%) (Tabela 2). A população adscrita apresentou média ponderada 3413,4 habitantes (IC95% de 2869,4 a 3957,4) e mediana 3000 habitantes.

Dentre as variáveis que compuseram o desfecho Promoção da Saúde, as ações mais referidas foram individuais de estímulo à alimentação saudável (88,5%) e de estímulo à atividade física (76,7%). As menos referidas foram ações coletivas de diminuição do uso abusivo de bebida alcoólica (45,3%) e de diminuição do uso de tabaco (46,6%) (Tabela 3).

Já no desfecho Rastreamento, a ação mais citada foi a realização de repouso para a aferição da PA (96,8%) e a menos citada foi a realização da repetição da aferição da PA (29,8%) (Tabela 3).

As ações mais referidas no desfecho Prevenção de Fatores de Risco foi a realização de orientações sobre os malefícios do uso excessivo do sal para pessoas com HAS (99,5%) e nenhuma ação ficou abaixo de 95,0% (sendo a menor a prevalência da realização de orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool) (Tabela 3).

Ao avaliar a proporção de melhor qualidade de oferta de cuidados da hipertensão na Tabela 4, municípios de até 10 mil habitantes apresentaram a maior parcela de melhor cuidado de rastreamento, 78,8% (IC 95% de 61,6-89,6), UBS do tipo mista (atende população rural e urbana) apresentaram a maior proporção para PS e RHAS, respectivamente, 52,8% (IC 95% de 36,7-68,3) e 77,8% (IC 95% de 61,4-88,5).

Na análise da associação por regressão de Poisson (Tabela 5), o desfecho Promoção da saúde esteve associado ao tipo de equipe, com a ESF apresentando 92% maior probabilidade de apresentar melhor cuidado do que EAP ($p=0,008$), e à presença de educador físico na UBS, com 50% maior probabilidade da equipe apresentar melhor qualidade do cuidado com a presença deste profissional, comparado às equipes sem sua presença ($p=0,005$ após ajuste). Equipes com população adscrita acima de 3500 tiveram 30% maior probabilidade de melhor cuidado de PS com significância após ajuste ($p=0,058$ na análise bruta; $p=0,045$ na análise ajustada). Entrou no modelo de ajuste tipo de equipe ($p=0,008$).

Foram associadas ao RHAS porte de cidade, 30% menor probabilidade de apresentar melhor qualidade do cuidado em cidades com 100 mil habitantes ou mais e 20% menor probabilidade de apresentar melhor qualidade do cuidado em cidades de 10 a 99,9 mil habitantes em comparação àquelas com até 10 mil habitantes ($p=0,005$ e $p=0,037$, respectivamente), tipo de equipe (ESF com 60% maior probabilidade de ter melhor qualidade, com $p=0,034$ após ajuste). Tipo de UBS é associada na análise bruta ($p=0,028$), mas não apresentou associação na análise ajustada ($p=0,110$), assim como a presença de agente comunitário de saúde ($p=0,036$ na análise bruta e $p=0,534$ após ajuste). Entraram no modelo de ajuste porte do município ($p=0,005$), tipo de UBS ($p=0,110$) e tipo de equipe ($p=0,034$) (Tabela 5).

Já prevenção de fatores de risco não obteve nenhuma variável de ajuste incluída no modelo (todas maiores que 0,2), e não apresentou associações (Tabela 5).

Discussão

O estudo possibilitou caracterizar as práticas de profissionais da APS de promoção da saúde, rastreamento e prevenção de fatores de risco para pessoas com

HAS. De modo geral, as atividades relacionadas à prevenção de fatores de risco tiveram maior prevalência, em comparação as de rastreamento e promoção da saúde.

Apresentaram maior parcela de melhor cuidado de PS as equipes de Estratégia de Saúde da Família da APS e equipes possuíam educador físico disponível. As ações menos referidas de PS foram ações coletivas de diminuição do uso abusivo de bebida alcoólica (45,3%) e de diminuição do uso de tabaco (46,6%). O modelo de ESF demonstrou influenciar nas ações de RHAS, com 60% maior probabilidade de ter melhor qualidade em comparação às EAP. Profissionais de municípios com 100 mil habitantes ou mais apresentaram pior desempenho, com 30% menor probabilidade de apresentar melhor qualidade do cuidado em comparação aos de municípios de até 10 mil habitantes. A ação mais referida de RHAS foi a realização de repouso para aferição da PA (96,8%) e a menos citada foi a realização da repetição da medida (29,8%).

Para todas as exposições não houve associação com PFR, possivelmente devido à alta prevalência de melhor qualidade do cuidado ofertada. Mais de 90% dos profissionais referiram realizar as sete ações da PFR, o que aumentou o ponto de corte de melhor qualidade do desfecho. O alto desempenho da PFR condiz com o enfoque do aconselhamento sobre modos saudáveis de vida para pessoas com hipertensão, ou seja, ações de PFR em detrimento das ações de PS para toda a população^{18,19}.

Foi encontrado um resultado controverso em que a população adscrita maior ou igual a 3500 apresentou 30% maior probabilidade de melhor cuidado. É possível considerar que haja mecanismos mediadores de compensação por parte da gestão para a alta quantidade de usuários, como a contratação de mais profissionais por UBS ou melhor estrutura da UBS. Há também a possibilidade que outros confundidores não tenham sido considerados no modelo de ajuste possam influenciar essa relação, apesar do esforço para evitá-la.

As diferenças significativas observadas no perfil da amostra em relação às variáveis individuais — como maior presença de mulheres, enfermeiras, com especialização — condizem com o perfil de profissionais de outros estudos²⁰⁻²².

Muitos estudos avaliaram os determinantes do acesso e/ou satisfação do usuário ao utilizar o serviço²³⁻²⁵. Entretanto, quando avaliam fatores que influenciam a oferta do cuidado e, ainda mais, na percepção do cuidado do usuário, focam em características

individuais dos profissionais ou dos usuários^{20,22,26}. Outros autores avaliaram o cuidado da hipertensão com diferentes fatores²⁷ através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que teve seu último inquérito em 2018. O presente estudo também avaliou características dos municípios, dos serviços e das equipes relacionados com a qualidade da oferta, oferecendo um panorama mais amplo sobre a linha de cuidado da HAS.

Apesar da associação entre presença de educador físico e Promoção da saúde, este profissional é pouco inserido na APS durante sua formação, que possui foco na educação²⁸. Além disso, houve mudanças no financiamento das equipes de apoio à APS, com a extinção de equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) pelo governo federal por meio da Portaria 2.979/2019²⁹, substituindo-as pelas equipes e-Multi apenas em 2023. Variações nos incentivos financeiros dificultam o estabelecimento dos profissionais nos municípios e seu vínculo com as equipes, tendo-se observado uma redução de equipes NASF da ordem de 17,2% entre 2018 e 2022³⁰.

Aira et al.⁹ demonstraram que apenas 9% dos prontuários mencionaram o tabagismo e 7% o uso de álcool, e os médicos relataram maior conforto em abordagens preventivas para o tabagismo, mas não para o uso de álcool. As principais barreiras foram a falta de tempo (50,0%), considerar o álcool sem importância para a HAS (28,4%) e o estigma (16,5%), apesar de não ser atual, pode indicar as possíveis razões para as dificuldades da abordagem desse tema na PS. O estudo de Edward et al.¹² demonstrou que apenas 14% dos usuários foram orientados no diagnóstico da HAS sobre redução de sal durante o cozimento, 29% sobre redução do consumo de sal, 21% sobre redução do consumo de alimentos ricos em sódio, 21% sobre redução da ingestão calórica, 21% sobre aumento atividade física e 43% foram informados sobre consultas de acompanhamento, contrapondo as altas prevalências encontradas neste estudo.

No PMAQ, o cuidado à pessoas com HAS apresentava altas prevalências de aferição da pressão (em torno de 97%), que vai ao encontro da prevalência verificada na aferição da PA na triagem a todos os usuários observada (90,7%)³¹. Woolsey et al.³², avaliando os protocolos e práticas de 123 clínicas, verificaram que apenas 58,5% das

clínicas referiram o uso da média de duas aferições, apesar de preconizada. O estudo demonstrou que apenas 57,7% relataram permitir o repouso de pelo menos cinco minutos, diferentemente das altas prevalências apontadas nesse estudo.

O melhor desempenho no rastreamento e na promoção da saúde obtido por equipes de ESF é condizente ao modelo ideal para aplicar os atributos essenciais da APS: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado³³. Utilizando o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, ferramenta para avaliar a qualidade do cuidado da APS³⁴, os autores demonstraram que as equipes de ESF em Porto Alegre, RS tiveram desempenho significativamente melhor quando comparadas às equipes de UBS tradicionais em acesso, integralidade (serviços prestados), orientação familiar, escore essencial da APS³⁵.

Com o mesmo instrumento *PCATool*, Rosa et al.²⁴ avaliaram a integralidade do cuidado, e revelaram maiores prevalências de integralidade relatadas por usuários que residiam em municípios com população entre 3 e 10 mil habitantes, em comparação a municípios com população superior a 50 mil habitantes (após ajuste). Isso corrobora o resultado observado da associação entre rastreamento e porte (profissionais de municípios com 100 mil habitantes tiveram 30% menos probabilidade de apresentar melhor qualidade em comparação aqueles de até 10 mil habitantes).

A avaliação de serviços de saúde é uma tarefa árdua, principalmente quando se propõe debater a qualidade do cuidado. Donabedian³⁷ define a garantia de qualidade como todas as ações tomadas para estabelecer, proteger, promover e melhorar a qualidade. O autor entende o caráter subjetivo da “garantia de qualidade”, contentando-se em avaliar a probabilidade do cuidado ser “bom” ou “melhor”, visando manter a ideia que a qualidade pode ser sempre melhorada. Assim, neste estudo fazemos um esforço para analisar a melhor oferta do cuidado nos respectivos desfechos a partir da sua distribuição, utilizando a mediana como limitante do melhor ou pior cumprimento das ações. Desse modo, a estrutura, os recursos humanos e o cumprimento dos protocolos e normas foram definidos como indicadores em uma tentativa de caracterizar pontos fragilizados na atenção e/ou norteadores da melhoria do cuidado.

No Brasil, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica desempenhou um importante papel de avaliação de diversos serviços da APS. Instituído pela Portaria n.º 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011³⁶, objetivou a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do cuidado ofertado. Sua extinção em 2019, deixou uma lacuna que o PREVINE, programa que o substituiu, não supria avaliando somente sete indicadores de desempenho (um deles, dedicado à hipertensão), aumentando a necessidade de inquéritos que avaliem os diversos pontos do cuidado do SUS.

O estudo apresentou limitações relacionadas ao tamanho da amostra, decorrentes das diferenças da realidade da equipe em relação ao CNES, apresentando mais perdas do que o esperado. Ademais, não é descartada a possibilidade dos profissionais da saúde, sabendo as normas e protocolos do cuidado de pessoas com HAS, responderem o que se espera, gerando um viés de informação. Importante destacar que os profissionais de APS destes municípios foram incluídos em um curso de formação, cujos materiais de apoio e protocolos foram amplamente disseminados.

Conclusão

Em síntese, o estudo ressalta a fragilidade do cuidado em relação às ações mais coletivas de PS, em relação às ações individuais e a importância das equipes de apoio para seu fortalecimento. As ações de PFR foram as mais relatadas, o que vai ao encontro de uma das principais atribuições da APS que é o cuidado assistencial, voltando os esforços principalmente às pessoas com problemas de saúde crônicos. Também aponta-se a importância da ESF no rastreamento da HAS, e a sua piora em municípios de maior porte. São necessários estudos frequentes de avaliação dos serviços de saúde e de implementação de novas políticas a fim de monitorar e direcionar o cuidado, sanando suas vulnerabilidades.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver quaisquer conflitos de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros.

Agradecimentos

Os autores agradecem os incentivos financeiros que contribuíram para a realização do presente estudo, incluindo o financiamento pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), através do edital de chamada CNPQ/MS/SAPS/DEPROS Nº 28/2020 “Formação em doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados”, e pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através de bolsa de mestrado.

Referências

- 1 Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brando AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>
- 2 Malta DC, Gonçalves RPF, Machado ÍE, Freitas MIF, Azeredo C, Szwarcwald CL. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde; Revista Brasileira de Epidemiologia. 2018; 21(sup 1): E180021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2018.v21suppl1/e180021/pt/#>
- 3 Ministério da Saúde (BR). Percepção do estado de saúde, estilo de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Pesquisa Nacional de Saúde – 2019. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2020.
- 4 Lobo LAC, Canuto R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2017; 33(6):e00035316 doi: 10.1590/0102-311x00035316
- 5 Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e32. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_arterial.pdf
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf

8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). ISBN 978-85-334-2114-1. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

9 Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study. *Prev Med.* 2004;38(4):473-478. doi:10.1016/j.ypmed.2003.11.023

10 Bock C, Diehl K, Schneider S, Diehm C, Litaker D. Behavioral counseling for cardiovascular disease prevention in primary care settings: a systematic review of practice and associated factors. *Med Care Res Rev.* 2012;69(5):495-518. doi:10.1177/107755871244108411

12 Edward A, Hoffmann L, Manase F, et al. An exploratory study on the quality of patient screening and counseling for hypertension management in Tanzania. *PLoS One.* 2020;15(1):e0227439. Published 2020 Jan 16. doi:10.1371/journal.pone.0227439

13 Shima A, Arima H, Miura K, et al. Cluster-randomized controlled trial for the early promotion of clinic visits for untreated hypertension. *Hypertens Res.* 2021;44(3):355-362. doi:10.1038/s41440-020-00559-0

14 Tonstad S, Alm CS, Sandvik E. Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: a randomised controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;6(2):160-164. doi:10.1016/j.ejcnurse.2006.07.003

15 Rubinstein A, Miranda JJ, Beratarrechea A, et al. Effectiveness of an mHealth intervention to improve the cardiometabolic profile of people with prehypertension in low-resource urban settings in Latin America: a randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016;4(1):52-63. doi:10.1016/S2213-8587(15)00381-2

16 Beune EJ, Moll van Charante EP, Beem L, et al. Culturally adapted hypertension education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of African origin with uncontrolled hypertension: cluster-randomized trial. *PLoS One.* 2014;9(3):e90103. Published 2014 Mar 5. doi:10.1371/journal.pone.0090103

17 Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Prates, E. J. S., Vasconcelos, N. M. d., Gomes, C. S., Stopa, S. R., ... & Pereira, C. A. (2022). Hipertensão arterial autorreferida, uso de serviços de saúde e orientações para o cuidado na população brasileira: pesquisa nacional de saúde, 2019. *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, 31(spe1).

<https://doi.org/10.1590/ss2237-9622202200012.especial>

18 Toledo, M, Mendonça, R, Abreu, M, Lopes, A. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária à Saúde. *O Mundo da Saúde.* 2017, 41(1): 87-97. Doi: 10.15343/0104-7809.201741018697.

19 Lindemann, I. L., & Mendoza-Sassi, R. A. (2016). Orientação para alimentação saudável e fatores associados entre usuários da atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 29(1), 34–42.

<https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p34>

20 Marinho, MR. Neto, PKS, Mata, LRF, Cunha, IP. Perfil dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e proteção de riscos ocupacionais na pandemia da Covid-19 no Brasil. Rio de Janeiro, Trab. educ. saúde. 2022, 20, e00375195.

DOI:<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs375>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/LrHJ7CCqm7YStDnt6KLPb4P/#>

21 Sturmer, G., Pinto, M. E. B., Oliveira, M. M. C. de, Dahmer, A., Stein, A. T., & Plentz, R. D. M. (2020). Perfil dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, vinculados ao curso de especialização em saúde da família una-sus no Rio Grande do Sul. Revista Conhecimento Online, 1, 04–26. <https://doi.org/10.25112/rco.v1i0.1639>

22 Alvarenga, J, Sousa, M. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. Saúde em Debate. 2022, 46 (125), 1077-1092. 10.1590/0103-1104202213509.

23 Moraes VD, Campos CEA, Brandão AL. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. Physis. 2014. Vol. 24(1):127-146. DOI: 10.1590/S0103-73312014000100008

24 Rosa, F. M. et al. Integralidade do cuidado na oferta e utilização de serviços da Atenção Primária à Saúde. Rev. APS. 2023; 26: e262338780. DOI: 10.34019/1809-8363.2023.v26.29404. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/e262338780>

25 Barbosa, M. A. G., de Souza, N. P., de Arruda, S. G. B., Melo, S. P. da S. de C. Participação de usuários da atenção primária em práticas de promoção da saúde. Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde, 2017, 30(4).

<https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6693>

26 Medeiros ER; Soares MFS; Rebouças G; Matos Neta MN; Silva SYB; Pinto ESG. Ações executadas no Programa Saúde na Escola e seus fatores associados. Av. Enferm. 2021;39(2):167-177. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n2.86271>. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1290935/86271-texto-del-articulo-539220-1-10-20210728.pdf>

27 Saes, M. de O., Facchini, L. A., Tomasi, E. Avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica portadores de hipertensão e diabetes. APS EM REVISTA. 2019, 1(3), 206–221. <https://doi.org/10.14295/aps.v1i3.49>

28 Silva JCA, Silva KS da, Neto CM, Silva TCA, Campos AS de. Inclusão do educador físico na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. SANARE, Sobral - v.17, n.01,p.74-83, Jan./Jun. - 2018. Disponível em:

<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1225/656>

29 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, Diário Oficial da União. 2019, 220(1), 97. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>

30 Nobre V, Pereira J, Faria M. Como Evoluiu o Número de Vínculos Profissionais NASF Após o Fim do Incentivo Financeiro ao Programa? Nota Técnica n. 31. UMANE. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). 2023. Disponível em:

<https://ieps.org.br/nota-tecnica-31/#:~:text=O%20estudo%20indentificou%20uma%20redu%C3%A7%C3%A3o,NASF%20reduziram%2017%2C2%25>.

31 Facchini, Luiz Augusto ; Tomasi, Elaine ; Thumé, Elaine . Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. 1. ed. São Leopoldo: Editora Oikos Ltda., 2021. v. 1. 224p. Disponível em: <https://oikoseditora.com.br/new/obra/index/id/1193>

32 Woolsey S, Brown B, Ralls B, Friedrichs M, Stults B. Diagnosing Hypertension in Primary Care Clinics According to Current Guidelines. J Am Board Fam Med. 2017;30(2):170-177. doi:10.3122/jabfm.2017.02.160111

33 de Campos Oliveira, MA, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. Revista Brasileira de Enfermagem [en linea]. 2013, 66, 158-164[fecha de Consulta 10 de Febrero de 2025]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028669020>

34 Shi L, Starfield B, Jiahong X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001; 50:161-75

35 Castro RCL de, Knauth DR, Harzheim E; Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços / Quality assessment of primary care by health professionals: a comparison of different types of services. Cad. Saúde Pública (Online);28(9): 1772-1784, set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mBWvG8FFRZdQQWnZkBg4MDc/?lang=pt>

36 Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011. (Revogada pela PRT GM/MS nº 1.645 de 01.10.2015). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, Diário Oficial da União. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html

37 Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: Oxford University Press. 2003, 1, 240. ISBN 0-19-515809-1.

APÊNDICE — TABELAS

Tabela 1 - Perfil da amostra de profissionais da Atenção Primária à Saúde das 3ª, 7ª e 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul, segundo características demográficas e de trabalho, 2024.

	n (%) ¹	Intervalo de Confiança 95%
Gênero ²		
Mulher cisgênero	216 (88,5)	83,7 - 92,0
Homem cisgênero	30 (11,5)	8,0 - 16,2
Formação		
Medicina	45 (15,5)	11,3 - 20,7
Enfermagem	202 (84,5)	79,3 - 88,7
Nível de ensino		
Especialização	156 (62,9)	56,0 - 69,3
Graduação	74 (29,8)	24,0 - 36,4
Mestrado	13 (5,5)	3,1 - 9,7
Doutorado	4 (1,7)	0,6 - 4,7
Cor da pele		
Branca	188 (76,0)	70,0 - 81,1
Parda	40 (16,7)	12,4 - 22,2
Preta	16 (6,1)	3,6 - 10,2
Amarelo e Indígena	3 (1,2)	0,4 - 4,0
Idade (anos)		
20 a 29	42 (16,1)	11,8 - 21,5
30 a 44	126 (51,3)	44,9 - 57,8
45 a 54	56 (23,2)	17,8 - 29,6
55 a 70	23 (9,4)	6,2 - 14,0
Tempo de trabalho na APS		

	n (%) ¹	Intervalo de Confiança 95%
7 anos ou mais (mediana)	131 (53,8)	56,7 - 60,7
Tempo de trabalho na UBS		
2 anos ou mais (mediana)	139 (57,9)	51,3 - 64,3

¹ Proporção ponderada para respondentes da mesma UBS. ² Possui um (1) missing.

Tabela 2 - Perfil da amostra de profissionais da Atenção Primária à Saúde das 3^a, 7^a e 10^a Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, segundo características dos municípios e dos serviços, 2024.

	n (%) ¹	Intervalo de Confiança 95%
Porte do município (habitantes)		
até 10 mil	33 (15,9)	11,3 - 21,9
10 a 99,9 mil	111 (47,3)	40,5 - 54,1
mais de 100 mil	103 (36,8)	30,5 - 43,6
Coordenadoria Regional		
3 ^a CRS	146 (57,2)	49,3 - 64,8
7 ^a CRS	33 (14,4)	10,2 - 20,1
10 ^a CRS	68 (28,4)	22,3 - 33,3
Tipo de equipe		
Equipe de Atenção Primária	39 (17,3)	12,1 - 24,0
Estratégia Saúde da Família	206 (82,7)	76,0 - 87,9
Tipo de UBS		
Urbana	167 (64,0)	57,2 - 70,3
Rural	43 (20,6)	15,5 - 27,0
Mista	36 (15,4)	10,9 - 21,2
População adscrita		
3500 ou mais	85 (39,2)	32,1 - 46,8
Abaixo de 3500	127 (60,8)	53,2 - 67,9

	n (%) ¹	Intervalo de Confiança 95%
Equipe Completa		
Sim	174 (71,9)	65,7 - 77,4
Não	72 (28,1)	22,6 - 34,3
ACS em todas as microáreas da UBS		
Sim	127 (51,8)	45,2 - 58,4
Não	95 (48,2)	41,6 - 54,8

¹ Proporção ponderada para respondentes da mesma UBS. Nota: Possuem missing as variáveis tipo de equipe (2); tipo de UBS (1); equipe completa (1); população adscrita (21)

Tabela 3 - Distribuição das variáveis que compuseram os desfechos Promoção da Saúde, Rastreamento e Prevenção de Doenças no cuidado às pessoas com HAS.

Promoção da Saúde	% (IC)
Ações individuais de estímulo à atividade física	76,7 (70,0 - 82,2)
Ações coletivas de estímulo à atividade física	61,7 (54,9 - 68,0)
Ações individuais de estímulo à alimentação saudável	88,5 (83,4 - 92,1)
Ações coletivas de estímulo à alimentação saudável	69,5 (63,2 - 75,1)
Ações individuais de diminuição do uso de tabaco	69,0 (62,3 - 75,1)
Ações coletivas de diminuição do uso de tabaco	46,6 (39,9 - 53,4)
Ações individuais de diminuição do uso abusivo de bebida alcoólica.	65,5 (58,7 - 71,8)
Ações coletivas de diminuição do uso abusivo de bebida alcoólica	45,3 (38,4 - 52,4)
Rastreamento	% (IC)
Realização da estratificação de risco	81,3 (75,2 - 86,3)
Aferição da PA na triagem a todos os usuários	92,4 (88,2 - 95,1)
Realização de repouso para a aferição da PA	96,8 (93,4 - 98,4)
Realização da repetição da aferição da PA	29,8 (24,1 - 36,2)
Realização de rastreamento de HAS extramuros	74,8 (68,7 - 80,0)
Utilização de protocolo para diagnóstico e no manejo	92,8 (88,2 - 95,7)
Prevenção de fatores de risco	% (IC)

Estímulo ao autocuidado	98,3 (95,3 - 99,4)
Orientações de hábitos alimentares saudáveis	98,5 (94,4 - 99,5)
Orientações para o controle do peso corporal	95,9 (92,46 - 97,8)
Orientações sobre os malefícios do uso excessivo do sal para pessoas com HAS	99,5 (96,5 - 99,9)
Orientações de estímulo à prática regular da atividade física	97,3 (93,8 - 98,8)
Orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool	95,0 (91,0 - 97,3)
Orientações sobre os malefícios do tabagismo	99,0 (96,1 - 99,8)

Nota: Proporções ponderadas por número de respondentes das UBS.

Tabela 4 - Proporção de Melhor Qualidade de oferta de cuidados da hipertensão conforme características dos municípios e do serviço de saúde.

	Promoção da Saúde	Rastreamento	Prevenção de fatores de risco
	% Melhor qualidade (IC)	% Melhor qualidade (IC)	% Melhor qualidade (IC)
Geral	50,0 (43,3 - 56,7)	62,4 (55,8 - 68,7)	89,4 (84,6 - 92,8)
Porte do município			
Até 10 mil	43,8 (27,8 - 61,1)	79,7 (62,7 - 90,2)	90,6 (74,4 - 97,0)
10 a 99,9 mil	53,7 (42,9 - 64,2)	62,3 (53,3 - 71,3)	90,0 (82,9 - 94,4)
Mais de 100 mil	48,0 (37,6 - 58,6)	55,2 (44,6 - 65,3)	88,1 (78,6 - 93,7)
Tipo de UBS			
Urbana	50,8 (42,4 - 59,2)	59,8 (51,5 - 67,5)	88,8 (82,6 - 93,0)
Rural	44,2 (30,7 - 58,7)	61,2 (46,1 - 74,4)	92,7 (79,4 - 97,7)
Mista	56,1 (38,8 - 72,1)	77,2 (60,0 - 88,5)	90,2 (73,6 - 96,8)
Tipo de equipe			
Equipe de Atenção Primária	28,6 (17,2 - 43,7)	42,2 (26,1 - 60,2)	91,3 (75,4 - 97,3)
Estratégia Saúde da Família	55,1 (47,4 - 62,5)	67,4 (60,2 - 73,9)	88,9 (83,4 - 92,7)
População adscrita			

	Promoção da Saúde	Rastreamento	Prevenção de fatores de risco
Menor que 3500	47,4 (38,4 - 56,6)	67,2 (58,1 - 75,2)	89,8 (82,5 - 94,3)
3500 ou mais	61,3 (49,6 - 71,9)	60,7 (49,0 - 71,3)	91,2 (82,1 - 95,9)
Estrutura			
Menos adequada	46,3 (36,2 - 56,8)	62,1 (51,4 - 71,8)	87,1 (77,0 - 93,2)
Mais adequada	52,1 (43,6 - 60,5)	62,6 (54,2 - 70,3)	90,7 (84,6 - 94,5)
Equipe completa MS			
Não	57,5 (45,4 - 68,9)	68,9 (57,2 - 78,6)	94,7 (84,6 - 98,3)
Sim	46,9 (39,0 - 54,9)	59,8 (51,7 - 67,3)	87,3 (81,2 - 91,6)
ACS em todas as microáreas da UBS			
Não	47,2 (38,0 - 56,5)	55,2 (45,8 - 64,4)	92,8 (85,9 - 96,4)
Sim	52,6 (43,2 - 61,)	69,1 (60,0 - 77,0)	86,2 (78,7 - 91,4)

Tabela 5 — Razões de Prevalência brutas e ajustadas para Promoção da Saúde, Rastreamento e Prevenção de fatores de risco conforme características dos municípios e do serviço de saúde.

	Promoção da Saúde		Rastreamento		Prevenção de fatores de risco	
	RP bruta (IC)	RP ajustada	RP bruta	RP ajustada	RP bruta	RP ajustada
Porte do município						
Até 10 mil	Referência	-	Referência	-	Referência	-
10 a 99,9 mil	1,2 (0,8 - 1,9)	-	0,8 (0,6 - 1,0)	-	1,0 (0,9 - 1,1)	-
100 mil ou mais	1,1 (0,7 - 1,7)	-	0,7 (0,5 - 0,9)	-	1,0 (0,8 - 1,1)	-
Tipo de UBS						
Urbana	Referência	-	Referência	Referência	Referência	-
Rural	0,9 (0,6 - 1,3)	-	1,0 (0,8 - 1,3)	1,0 (0,8 - 1,3)	1,0 (0,9 - 1,2)	-
Mista	1,1 (0,8 - 1,6)	-	1,3 (1,0 - 1,6)	1,2 (1,0 - 1,5)	1,0 (0,9 - 1,1)	-

Tipo de equipe						
EAP	Referência	-	Referência	Referência	Referência	-
ESF	1,9 (1,2 - 3,1)	-	1,6 (1,0 - 2,5)	1,6 (1,0 - 2,5)	1,0 (0,9 - 1,1)	
População adscrita						
Menor que 3500	Referência		Referência		Referência	-
3500 ou mais	1,3 (1,0 - 1,7)	1,3 (1,0 - 1,7)	0,9 (0,7 - 1,1)	1,0 (0,8 - 1,2)	1,0 (0,9 - 1,1)	
Equipamentos						
Menor quantidade	Referência		Referência		Referência	-
Maior quantidade	1,1 (0,9 - 1,5)	1,1 (0,8 - 1,4)	1,0 (0,8 - 1,2)	0,9 (0,8 - 1,1)	1,0 (0,9 - 1,2)	
Equipe completa						
Não	Referência		Referência		Referência	-
Sim	0,8 (0,6 - 1,1)	0,8 (0,6 - 1,1)	0,9 (0,7 - 1,1)	0,9 (0,7 - 1,1)	0,9 (0,8 - 1,0)	
ACS em todas as microáreas						
Não	Referência		Referência		Referência	-
Sim	1,1 (0,9 - 1,5)	0,9 (0,7 - 1,2)	1,3 (1,0 - 1,5)	1,1 (0,9 - 1,3)	0,9 (0,8 - 1,0)	
Educador físico disponível						
Não	Referência		-	-		
Sim	1,6 (1,2 - 2,0)	1,5 (1,1 - 1,9)				
Nutricionista disponível						
Não	Referência		-	-		
Sim	1,3 (0,9 - 1,7)	1,2 (0,9 - 1,6)				

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança.

V. COMUNICADO À IMPRENSA

Como é o cuidado às pessoas com hipertensão? Estudo avalia as práticas dos profissionais da Atenção Primária no RS.

Pesquisa realizada em 38 municípios do Rio Grande do Sul demonstra que equipes com presença de educador físico apresentam melhor qualidade em ações de Promoção da Saúde (ações voltadas à população em geral). É demonstrado também que equipes de Estratégia de Saúde da Família apresentam melhor qualidade em ações de Promoção e de Rastreamento da hipertensão no cuidado de Unidades Básicas de Saúde (UBS), reforçando a importância desse modelo na Atenção Primária. As ações de Prevenção de fatores de risco para pessoas com diagnóstico de hipertensão, como inatividade física e sobrepeso, foram as mais relatadas, com cerca de 90% das equipes realizando todas as ações do cuidado.

Também, equipes de cidades de até 10 mil habitantes apresentaram melhor cuidado em ações de Rastreamento.

As ações menos relatadas pelas equipes na APS foram a repetição da aferição da pressão arterial no Rastreamento (29,8%) e ações coletivas como a diminuição do uso abusivo de bebida alcoólica (45,3%) e a diminuição do uso de tabaco (46,6%) na Promoção da Saúde.

Entende-se que a hipertensão exige uma extensa linha de cuidados para o seu enfrentamento, desde a suspeita do diagnóstico, até tratamentos mais específicos, passando por acesso e utilização de serviços de atenção primária e especializados. Um estudo de Nilson *et al.* a partir dos Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares, apontou um custo de R\$ 2,03 bilhões em 2018 atribuível à HAS, superando os custos da diabetes e obesidade juntos (1,42 bilhão). Assim, ações de promoção da saúde direcionadas a toda a população se tornam centrais, com o papel de prevenir o surgimento da doença e de agravos ao longo do tratamento.

O estudo expõe as fragilidades das ações coletivas de promoção da saúde e o foco nos cuidados pós-diagnóstico de doenças. Logo, é necessário maior investimento em estrutura e em profissionais de apoio para atender à população na manutenção da sua saúde, evitando possíveis agravos e surgimento de doenças, em especial as crônicas como a hipertensão.

ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Projeto integrado de pesquisa, ensino e extensão para a formação de gestores e profissionais da APS e a qualificação do cuidado de pessoas com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade na Região Sul do Rio Grande do Sul

Pesquisador: Elaine Thumé

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51914721.7.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.171.702

Apresentação do Projeto:

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um problema global de saúde pública, sendo causa de morte de 41 milhões de pessoas anualmente, o equivalente a 71% de todas as mortes no mundo (WHO, 2018, BRASIL, 2013a; 2013b; 2014a; 2014b; 2015). Os principais grupos de DCNT são as doenças cardiovasculares (17,9 milhões de mortes), câncer (9,0 milhões de mortes), doenças respiratórias (3,9 milhões de mortes) e diabetes (1,6 milhões de mortes), juntas causam mais de 80% das mortes prematuras, com mais de 85% ocorrendo em países de baixa e média renda (WHO, 2018). As DCNT são frequentemente associadas a mortes em idades mais avançadas, com uma maior prevalência entre a população idosa (60 anos ou mais), mas as evidências mostram que uma porcentagem considerável das mortes são prematuras, ocorrendo antes dos 70 anos de idade (WHO, 2018; BRASIL, 2013a; 2013b; 2014a; 2014b; 2015). Além do envelhecimento populacional, estilos de vida pouco saudáveis, que incluem dieta, atividade física e tabagismo, impulsionam o desenvolvimento de DCNT. O estilo de vida não saudável aparece no indivíduo como pressão arterial elevada, glicose sanguínea elevada, lipídios sanguíneos elevados e obesidade, que são os fatores de risco das doenças cardiovasculares, a principal DCNT em mortes prematuras (WHO, 2018).

Metodologia: Estudo de intervenção educacional com base em análise diagnóstica situacional da

Endereço: Av Duque de Caxias 250, prédio da Direção - Térreo, sala 03

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3310-1801

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cepfamed@ufpel.edu.br

**UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS**



Continuação do Parecer: 5.171.702

organização dos serviços de saúde para o cuidado de pessoas com hipertensão, diabetes, obesidade e fatores associados. O estudo será realizado em 39 municípios da zona sul do RS e pretende entrevistar gestores e profissionais da saúde com curso superior completo que atuam na Atenção Primária à Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme pesquisador responsável:

Realizar Projeto Integrado de Pesquisa, Ensino e Extensão dirigido a gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde para qualificar a organização dos serviços e o cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade e fatores de risco associados na região Sul do Rio Grande do Sul.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme pesquisador responsável:

Riscos: tempo do profissional e/ou gestor ao responder o questionário possível desconforto ao responder algum aspecto social-demográfico e de organização do serviço.

Benefícios: Propiciar diagnóstico situacional do município e colaborar com a qualificação profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa proveniente do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem/UFPEL

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências:

1. Não está claro se a população estudada será de 300 indivíduos ou de 1287. Está descrito no projeto que não haverá restrição ao número de participantes, no entanto, seria adequado informar uma estimativa próxima à realidade.
2. Descrever no TCLE o tempo aproximado que o profissional irá dispensar para a participação na pesquisa.
3. Acrescentar o termo de recusa ao uso da imagem no projeto E acrescentar no TCLE que

Endereço: Av Duque de Caxias 250, prédio da Direção - Térreo, sala 03

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3310-1801

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cepfamed@ufpel.edu.br

**UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS**



Continuação do Parecer: 5.171.702

eventualmente os encontros poderão ser registrado por imagens ou videos.

4. Anexar no projeto todos os instrumentos que serão utilizados na coleta de dados primários (questionário de análise situacional, PCATool, questionário sociodemográfico, etc)

5. Acrescentar no TCLE o endereço e contato do CEP da FAMED.

RESPOSTA DO CEP: Todas as pendências foram atendidas

Considerações Finais a critério do CEP:

OBSERVAÇÃO: Estudos envolvendo seres humanos devem considerar o contexto da pandemia pelo Novo Coronavírus e observar as determinações locais e/ou regionais das autoridades de saúde para avaliar a viabilidade de execução da pesquisa, independente do parecer favorável do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1692840.pdf	16/12/2021 16:02:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TECLE.pdf	16/12/2021 15:50:47	Elaine Thumé	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BrochuraPesquisa.pdf	16/12/2021 15:50:10	Elaine Thumé	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	16/12/2021 15:47:12	Elaine Thumé	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 16 de Dezembro de 2021

**Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador(a))**

Endereço: Av Duque de Caxias 250, prédio da Direção - Térreo, sala 03
Bairro: Fragata **CEP:** 96.030-001
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3310-1801 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** cepfamed@ufpel.edu.br

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 5.171.702

Endereço: Av Duque de Caxias 250, prédio da Direção - Térreo, sala 03
Bairro: Fragata **CEP:** 96.030-001
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3310-1801 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** cepfamed@ufpel.edu.br

APÊNDICE — TCLE
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) profissional atuante na Atenção Primária à Saúde (APS),

Nós, do Projeto **APSCroniSul**, vinculado a **Universidade Federal de Pelotas**, através do “*Projeto Integrado de Pesquisa, Ensino e Extensão dirigido a gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde para qualificar a organização dos serviços e o cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade e fatores de risco associados na região Sul do Rio Grande do Sul*” estamos realizando uma pesquisa para conhecer como é a atenção as condições crônicas, em especial a **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)** e a **Diabetes Mellitus (DM)** em seu município.

A sua participação neste projeto não é remunerada, visto ser de caráter voluntário, também não ocorrerá despesas pessoais, nem compensação financeira relacionada à participação. Caso decida desistir da participação você poderá interromper o questionário e sair do estudo a qualquer momento, sem nenhuma restrição ou punição.

Todas as informações serão coletadas em um questionário respondido individualmente de forma online através desse formulário. O questionário possui **8 blocos** de perguntas sobre o contexto do serviço na sua Unidade de Saúde e leva cerca de 40 minutos para preenchimento. As respostas terão caráter sigiloso, sem riscos para a saúde, físico, moral ou social.

Em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos, estamos à disposição através do email: apscronisul@gmail.com

Sua participação é muito importante!

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

_____, __ de _____ de 2024.

APÊNDICE — MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação Em Enfermagem
Programa de Pós-Graduação Em Epidemiologia
Grupo de Pesquisa Aquareas



Manual de instruções

Entrevistadores



Apresentação

Este é o manual de instruções gerais para a coleta de dados do **Projeto integrado de pesquisa, ensino e extensão para a formação de gestores e profissionais da APS e a qualificação do cuidado de pessoas com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade na região sul do Rio Grande do Sul** (APSCronisul), a ser conduzido por alunos de pós-graduação e professores da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) com a finalidade de investigar as linhas de cuidado no atendimento ao Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde dos municípios da região sul do Rio Grande do Sul.

O projeto é contemplado pelo edital - **CNPq/MS/SAPS/DEPROS Nº 28/2020** e possui aprovação no comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel sob parecer número **5.171.702**.

Esta coleta de dados faz parte da tese de doutorado da enfermeira Michele Rohde Krolow, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel, orientada pela professora Elaine Thumé, coordenadora do projeto APSCroniSul; da dissertação de mestrado da enfermeira Caroline Bitencourt, também do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel, orientada pela professora Alitéia Santiago Dilélio e da dissertação de mestrado da biomédica Vitória Ximendes, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel, orientada pela professora Elaine Tomasi.

Sempre que houver dúvidas, contate as responsáveis pela coleta de dados e coordenadoras de campo:

Michele – (53) 991614231 ou micheleerokr@gmail.com

Vitória – (51) 981155376 ou viximendes@gmail.com

Caroline - (55) 996509795 ou carolinebitencourt.s@gmail.com

Instruções gerais para as entrevistas

- Use sempre a camiseta e o crachá identificador.
- Use roupas apropriadas e calçados confortáveis. Você não deve usar *short*, bermuda, *cropped*, saia, óculos escuros, bonés, etc.
- Carregue os materiais disponibilizados.
- Sempre identifique-se e apresente-se como entrevistador do projeto APSCroniSul, mostre a carta de apresentação e sua identificação.
- Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com o entrevistado, tratando-o com respeito e atenção.
- Nunca demonstre pressa e impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta. Lembre-se que você está no local de trabalho dele!
- Seja educado! Se você perceber que a unidade está cheia, não ocupe lugar sentado ou na sala de espera.
- A primeira coisa a ser preenchida é o termo de consentimento (TCLE). Não esqueça de entregar duas vias ao participante, uma que fica com ele e uma que você guarda na pasta junto com o questionário.
- Caso o convidado a participar não assine o TCLE será excluído da pesquisa e não realizará o questionário.
- Para o preenchimento do questionário é importante que VOCÊ leia todas as perguntas de forma clara e sem manifestar opiniões próprias.
- Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas. A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas.
- Assinale exatamente a resposta informada pelo entrevistado de forma legível.
- Caso perceba que uma resposta não tenha coerência com uma resposta anterior, não induza a troca de resposta e aceite o que o profissional respondeu.
- Não esqueça de fazer todas as perguntas, ler TODAS as opções de resposta e marcar a resposta correta.

- Não pule questões a não ser que seja o indicado.
- Recorra ao manual de instruções sempre que surgir alguma dúvida. Não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista.
- O celular deve permanecer no modo silencioso durante toda a entrevista e com a função “Vibrar” desligada.
- Caso os profissionais demonstrem interesse em participar, mas a rotina da unidade não permitir, aplique o TCLE e realize o agendamento da entrevista de forma remota. Colete os dados (nome, telefone e email) e repasse para o coordenador responsável. Lembre-se, isso só deve ser realizado em casos extremamente necessários. A prioridade são as entrevistas presenciais.

Instruções de preenchimento:

- Ao preencher as opções de resposta no questionário, utilize o espaço indicado para isso. Nas perguntas para assinalar, faça o **X** de forma legível, grande e que não ultrapasse o espaço demarcado conforme exemplo abaixo:

Com qual cor de pele você se identifica?		Branca
		Preta
	X	Parda
		Amarela
		Indígena

- Se você marcar alguma alternativa errada ou a pessoa solicitar a troca da resposta, pinte todo o quadradinho correspondente à resposta anulada e sinalize novamente a resposta correta. Siga o exemplo abaixo:

Com qual cor de pele você se identifica?		Branca
		Preta
		Parda
	X	Amarela
		Indígena

Neste exemplo a pessoa solicitou a troca da resposta de “parda” para “amarela”, ou seja, a resposta correta é “amarela”.

- Caso o profissional se recuse a responder alguma pergunta, ou insista na resposta “não sei” quando não houver essa opção, escreva o código “999” para indicar que não houve resposta, como no exemplo abaixo:

4.5 Você ou sua equipe realizam a documentação / registro sobre as ações coletivas para a promoção da saúde na sua unidade?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
	999	nunca

Orientações para os entrevistadores

- As viagens iniciarão no município de Pelotas com saída e retorno programados conforme as rotas estabelecidas.
- A van irá deslocar-se pelos municípios deixando os entrevistadores nos locais, sempre acompanhado de algum coordenador.
- As rotas e os locais de entrevistas de cada entrevistador serão informados posteriormente.
- Cada entrevistador deve direcionar-se para a/as unidades básicas de saúde correspondentes a sua rota conforme os horários pré-definidos.
- O transporte nas cidades deve ser feito preferencialmente por aplicativo de transporte ou táxi, devendo sempre pedir a assinatura do recibo que deve constar identificação do prestador de serviço.
- Será disponibilizado previamente um valor em dinheiro para realização desses deslocamentos e o entrevistador deve comprovar o seu uso ou devolver ao final do dia.
- O entrevistador assinará um termo de responsabilização no cuidado dos materiais que foram recebidos e um termo de recebimento da quantia informada, se responsabilizando em entregar as devidas comprovações, caso contrário arcando com a devolução do dinheiro.
- **Todos os entrevistadores receberão no momento da partida:**
Todos os materiais devem ser devolvidos ao final das viagens!
 - 1 bolsa
 - Pasta contendo questionários impressos em quantidade suficiente para realização das entrevistas e termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que serão recolhidos e repostos diariamente.
 - 1 carta de apresentação plastificada;
 - 3 canetas para preenchimento dos questionários;
 - 1 prancheta;
 - 1 caderno pequeno para registros e anotações de campo;
 - 1 manual do entrevistador;

- 1 crachá identificador;
- 2 camisetas;
- Pasta contendo 1 folha com planilha de registro para gastos e notas fiscais, de acordo com o modelo apresentado abaixo:

Registros de deslocamentos						
Cidade:	Data:	Local de partida (incluir nome do local e endereço):	Destino (incluir nome do local e endereço):	Valor gasto:	Meio de transporte:	Nota fiscal: (digital ou papel)
	20/03/2024	Exemplo: Faculdade de Medicina da UFPel, Avenida Duque de Caxias, 250	Exemplo: UFPel Campus Anglo, Rua Gomes Carneiro, 1	R\$17,50	Taxi	(Se digital, enviar todas as notas em um único email ao final da viagem. Se online deixar na pastinha)
Registros com alimentação						
	Data:	Refeição:	Local:	Endereço:	Valor gasto:	Nota fiscal: (digital ou papel)
	20/03/2024	Exemplo: almoço, janta, lanche...	Restaurant e Sabor	Rua José Maria, 1	R\$42,00	Nota fiscal em papel.

- Essa planilha deve ser entregue ao final do campo para a pessoa responsável e os comprovantes (notas fiscais) também.
- As despesas de alimentação precisam estarem registradas separadamente por entrevistador, portanto sempre peça nota fiscal individual.
- O deslocamento quando realizado por mais de um entrevistador só deve ser realizado na planilha por um deles que deve ficar com o recibo de pagamento.

Alimentação:

- Será enviada a quantia de R\$100,00 por entrevistador por dia de viagem para cobrir gastos com refeições.
- É de responsabilidade do entrevistador organizar seus gastos com alimentação.
- Todos os hotéis reservados fornecem café da manhã, porém nem sempre será possível tomar o café nos hotéis por conta dos horários de saída.
- Não esqueça de identificar na tabela e de guardar todas as comprovações correspondentes.
- Lembrando que se o entrevistador usar além do valor fornecido é de responsabilidade própria esse custo.
- Com relação ao troco do valor destinado a alimentação, não é necessária a devolução.
- Não é permitido a inclusão de bebidas alcoólicas nos gastos e notas fiscais!

Estadia:

- Os hotéis já estão agendados previamente, todos os entrevistadores e coordenadores ficarão nos mesmos hotéis, portanto o pagamento dessa parte será feito pelos coordenadores.
- Os quartos serão duplos.

Certificação:

- Será concedido um certificado com carga horária de 20h para aqueles que participarem dos dois dias completos da capacitação.
 - Essa certificação será enviada para todos os alunos.
- As viagens correspondem a um certificado de 40h por semana.

- As coletas de dados extras contabilizam carga horária de 8h por dia ou 4h por turno.
 - Toda a carga horária correspondente a coleta dos dados será somada e somente ao final será fornecido o certificado com as horas totais de cada entrevistador.

ATENÇÃO!

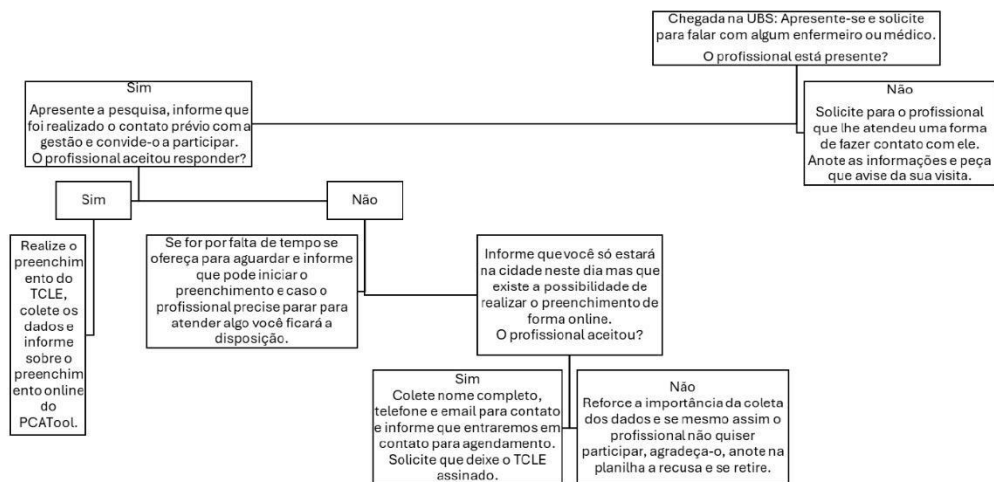
Se o entrevistador não tiver nota comprovando algum gasto, terá que devolver o dinheiro. As comprovações de gastos deverão conter os dados das Coordenadoras do Projeto APSCroniSul:

1. Elaine Thumé
 - CPF: 440.733.480.00
 - CNPJ do estabelecimento.
2. Elaine Tomasi
 - CPF: 302.035.200-25
 - CNPJ do estabelecimento ou CPF do prestador de serviço.

Sempre informe a necessidade da nota antes de utilizar o serviço. **Nos casos de uso de Táxi**, utilize os dados da Coordenadora Elaine Tomasi, que aceita prestação de serviço com CPF.

- Cada entrevistador é responsável por guardar TODAS as notas fiscais correspondentes aos valores gastos, contendo CNPJ do estabelecimento. O entrevistador deve comprovar o uso desse dinheiro!

Fluxograma de conduta para entrevistadores:



O instrumento de coleta de dados

O que está entre parênteses “()” sempre deve ser lido ao profissional.

O que está entre colchetes “[]” é apenas para você entrevistador.

Ao chegar na unidade identifique-se:

“Bom dia (ou boa tarde)! Meu nome é XXXXX, sou aluno(a) da Universidade Federal de Pelotas e faço parte do projeto APSCroniSul. Alguns dias atrás fizemos contato com os gestores realizando o agendamento para realização de entrevistas com os profissionais médicos e enfermeiros dessa unidade. Posso falar com algum deles?”

Ao ser direcionado para o profissional (médico ou enfermeiro), apresente-se novamente com a carta de apresentação em mãos. Se o profissional não souber do que você está falando diga:

“Nós estamos fazendo uma pesquisa em Unidades Básicas de Saúde de 37 cidades da região sul do estado com o objetivo de investigar as linhas de cuidado para hipertensão e diabetes. Nós contatamos previamente os gestores municipais para obter autorização e eles ficaram de informar vocês profissionais sobre a nossa vinda. O questionário leva cerca de 30 minutos para preenchimento e nós estamos entrevistando médicos ou enfermeiros de cada uma das equipes das unidades. Você pode participar?”

Independente da participação do profissional, lembre-se de questionar sobre outras equipes pois é necessária a participação de um profissional de cada uma das equipes!

Inicie a entrevista explicando sobre o TCLE.

Apresente ao entrevistado o TCLE em duas vias e colete a assinatura dele antes de iniciar a entrevista. Deixe uma das vias para o entrevistado e guarde a outra na pasta.

A primeira etapa é realizar o preenchimento das informações correspondentes à identificação. Inicie realizando o preenchimento do cabeçalho com seu nome, a data da entrevista e o horário de início.

Nome do(a) entrevistador(a):
Data da entrevista: ____/____/____
Hora de início da entrevista: ____:____

No **bloco 1** preencha a identificação geral do estabelecimento conforme lhe foi passado pelos responsáveis pelo campo.

Leia para o profissional o que diz na caixa de texto, exceto o que está entre colchetes ([]):

Bloco 1: Identificação geral do estabelecimento
Nesse momento vamos lhe fazer algumas perguntas relacionadas à unidade de saúde em que você trabalha. Para as primeiras perguntas apenas confirme se estão corretas.
[Para o entrevistador: preencha as perguntas de 1.1 a 1.4 conforme a planilha recebida e confirme as informações com o profissional]

1.1 Município:
1.2 Unidade Básica de Saúde:
1.3 Endereço:
1.4 CNES:

Iremos dar início ao preenchimento das respostas que devem ser questionadas ao entrevistado.

 Leia a informação escrita na caixa em negrito e em seguida a primeira pergunta.

Agora vou lhe fazer perguntas específicas sobre sua unidade de saúde:	
1.5 A unidade é considerada:	rural
	urbana
	mista

 Quando ler a próxima pergunta, o profissional pode ficar em dúvida por não ter os usuários cadastrados (geralmente em equipes de eAP), se esse for o caso, diga para o profissional estimar um número aproximado. Se ainda assim o profissional não souber dizer escreva dentro do espaço “99999”

1.6 Qual a população total residente no território desta unidade? [em nº de habitantes]	_____
---	-------

 Na próxima pergunta, se o profissional não souber ou ficar confuso na hora de responder você pode ler a definição das equipes que constam abaixo:

O Ministério da Saúde define: A eAP é composta minimamente por médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família, podendo cumprir cada um carga horária de 20h ou 30h. Já a eSF é minimamente composta por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem, cumprindo cada um 40 horas.

1.7 Qual o tipo de equipe que você faz parte?	eSF - Equipe de Saúde da Família
	eAP - Equipe de Atenção Primária

Quando se questiona o número de equipes considere apenas equipes de eAP e eSF, outras como Núcleo de Apoio à Saúde da Família e equipe de Saúde Bucal não são consideradas.

Devem ser consideradas as equipes mesmo que não estejam completas.

1.8 Quantas equipes possui nessa unidade? (considerar apenas equipes de eAP e eSF)	__ __
---	-------

Na próxima pergunta o profissional pode ficar em dúvida sobre a composição mínima das equipes, você pode ler o que diz abaixo para ele:

A eAP é composta minimamente por médico e enfermeiro.

A eSF é minimamente composta por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem.

1.9 A sua equipe está completa?	sim
	não

Quando houver informações que digam “para o entrevistador”, ou colchetes, você NÃO deve ler para o profissional, apenas utilizar como seu guia para a próxima pergunta.

Conforme a orientação da pergunta abaixo, se o profissional referir atuar em eSF você deve questioná-lo sobre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), caso contrário, pule a pergunta e inicie o bloco de identificação pessoal.

[Para o entrevistador: só fazer essa pergunta se o profissional referir atuar em equipe de ESF]

1.10 Existe agente comunitário de saúde em todas as microáreas da unidade?		sim
		não

Leia o nome do bloco e o que consta dentro da caixa de texto:

Bloco 2: Identificação pessoal
Agora vamos fazer algumas perguntas relacionadas a você:

Ao escrever as primeiras quatro informações: nome, cpf, email e telefone, mostre para a pessoa entrevistada que deve confirmar se a escrita está correta.

Caso o profissional pergunte o porquê da coleta desses dados, assegure que é somente para identificação para não ocorrer duplicação dos dados nos bancos ou correremos o risco do mesmo profissional responder em duas unidades diferentes. Os dados são sigilosos e não serão relacionados as respostas do participante. Os dados para contato são para caso tenha necessidade de conferir alguma informação com o entrevistado.

2.1 Qual o seu nome?	
2.2 Qual o seu CPF?	
2.3 Qual o seu e-mail?	
2.4 Qual o seu telefone?	

Para a pergunta sobre o gênero, podem surgir dúvidas quanto ao conceito das palavras. Se o entrevistado hesitar ou não souber o que é, você deve pegar o manual e ler as opções de resposta abaixo com os conceitos:

- Mulher cisgênera (que se identifica com o sexo que lhe foi designado ao nascer)
- Homem cisgênero (que se identifica com o sexo que lhe foi designado ao nascer)
- Mulher transexual/transgênera (possui outra identidade de gênero, diferente da que lhe foi designada ao nascer)
- Homem transexual/transgênero (possui outra identidade de gênero, diferente da que lhe foi designada ao nascer)

- Não binário (não define sua identidade dentro do sistema binário homem mulher)

2.5 Com qual gênero você se identifica?		mulher cisgênera
		homem cisgênero
		mulher transexual/transgênera
		homem transexual/transgênero
		não binário
		outro
		prefiro não me classificar

Com relação a cor da pele, em hipótese alguma marque antes de o entrevistado responder. Pergunte e aguarde a resposta dele e sinalize a que ele indicar. Você não deve manifestar opinião sobre isso!

2.6 Com qual cor de pele você se identifica?		branca
		preta
		parda
		amarela
		indígena

Pergunte a data de nascimento do entrevistado e anote no espaço indicado.

2.7 Qual a sua data de nascimento?	____/____/____
------------------------------------	----------------

Na próxima pergunta, leia todas as opções para o entrevistado, mesmo que ele já responda antes de você iniciar a leitura das opções.

Se o entrevistado estiver cursando algum outro nível de ensino mas não tiver concluído, este não deve ser considerado. Aqui só deve levar em conta o que já foi concluído.

2.8 Qual o maior nível de ensino que você <u>concluiu</u> ?		graduação
		especialização/Residência
		mestrado
		doutorado

Essa pergunta você provavelmente já saberá a resposta antes de iniciar a entrevista, mas da mesma forma confirme que o profissional é médico ou enfermeiro.

2.9 Qual a sua formação?	enfermeiro(a)
	médico(a)

Para as perguntas relacionadas ao tempo de atuação na APS e na unidade você deve preencher o número de anos completos.

Por exemplo, se a pessoa referir “2 anos e meio” a resposta será “02”.

Para os casos em que o profissional atua a menos de um ano na unidade a resposta será “00”

Entretanto, caso o profissional responda em outra unidade (por exemplo, meses) anote ao lado e preencha o espaço de resposta após conversão (pode ser no mesmo momento ou posteriormente)

2.10 Há quanto tempo você atua na atenção primária? [em anos completos]	__ __ [00 se menos de um ano]
2.11 Há quanto tempo você atua neste serviço? [em anos completos]	__ __ [00 se menos de um ano]

Leia o nome do próximo bloco e o que consta dentro da caixa sobre a definição do que será questionado.

No bloco da estrutura, o profissional deve levar em conta apenas os materiais disponíveis pelo serviço de saúde. Itens particulares, mesmo que usados nos atendimentos, não devem ser considerados.

Bloco 3: Estrutura
Agora vamos fazer algumas perguntas relacionadas à estrutura física e disponibilidade de materiais e equipamentos da sua unidade <u>em condições de uso</u> (não considerar equipamentos particulares):

Lembre-se que as respostas sempre devem levar em conta a percepção do profissional. Se você achar que o equipamento não tem condições de uso mas o profissional está referindo que sim, marque o que ele referir.

Quanto aos equipamentos que você irá perguntar sobre a disponibilidade ou não, abaixo tem um quadro explicativo com a definição sobre o que é cada aparelho e uma foto ao lado para ilustrar. Se o profissional tiver dúvidas, abra o manual, leia a descrição e mostre a figura.

Aparelho de Pressão adulto, infantil e para pessoas com obesidade	Pode ser chamado de esfigmomanômetro, serve para verificar a pressão arterial.	
Suporte de braço para aferição da pressão arterial	Suporte de apoio para o braço durante a verificação da pressão arterial na unidade.	
Balança antropométrica de 150 kg e de 200kg	São as balanças para verificar o peso de crianças e adultos. Geralmente são usadas na triagem.	
Balança infantil	Essas balanças são para bebês serem pesados deitados.	
Régua antropométrica adulto	Serve para verificar a estatura do usuário. As réguas para medição de adultos geralmente vem junto com as balanças.	

Régua antropométrica infantil	Serve para verificar a estatura de crianças pequenas deitadas. É chamado de estadiômetro.	
Aparelho de eletrocardiograma	Usado para fazer exame cardiológico de forma não invasiva.	
Trena/fita antropométrica (maleável)	É uma fita maleável que permite medir, por exemplo, a circunferência abdominal.	
Kit de monofilamento (para teste de sensibilidade dos pés)	O nome correto é teste de semmes-weinstein. Serve para avaliar a sensibilidade tátil da pele e o estado dos nervos periféricos.	
Diapasão (para teste de vibração/sensibilidade)	O diapasão é um instrumento de metal utilizado para verificar a sensibilidade do usuário ao toque quando posto em vibração.	
Martelo para verificar os reflexos	É um instrumento usado para testar os reflexos dos tendões. Faz parte do exame físico neurológico.	

Kit para teste de Snellen (triagem oftalmológica)	É uma tabela que faz a triagem oftalmológica. É um diagrama utilizado para avaliar a acuidade visual do usuário.	
Glicosímetro	Aparelho que verifica a glicemia capilar.	

Devem ser lidas todas as opções para o profissional, que deve responder sim ou não.

3.1 Vou falar alguns equipamentos e você pode responder sim ou não.		
3.1.1 Aparelho de Pressão adulto		sim
		não
3.1.2 Aparelho de Pressão infantil		sim
		não
3.1.3 Aparelho de Pressão para pessoas com obesidade		sim
		não
3.1.4 Suporte de braço para aferição da pressão arterial		sim
		não
3.1.5 Balança antropométrica de 150 kg		sim
		não
3.1.6 Balança antropométrica de 200 kg		sim
		não
3.1.7 Balança infantil		sim
		não
3.1.8 Régua antropométrica adulto		sim
		não
3.1.9 Régua antropométrica infantil		sim
		não
3.1.10 Aparelho de eletrocardiograma		sim
		não
3.1.11 Trena/fita antropométrica (maleável)		sim
		não
3.1.12 Kit de monofilamento (para teste de		sim

sensibilidade dos pés)		não
3.1.13 Diapaseão (para teste de vibração/sensibilidade)		sim
		não
3.1.14 Kit para teste de Snellen (triagem oftalmológica)		sim
		não
3.1.15 Glicosímetro		sim
		não (pule para o bloco 4)

As tiras glicêmicas são as fitas utilizadas para realização do teste de glicemia capilar no glicosímetro. Se o profissional referiu não possuir glicosímetro, essa pergunta não deve ser realizada.

3.2 Com que frequência estão disponíveis fitas ou tiras glicêmicas para uso?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

No Bloco 4 “Promoção de Saúde”, as perguntas são sobre as atividades direcionadas à toda a população (independente de diagnósticos de doenças).

Bloco 4: Promoção da saúde	
Agora vamos perguntar sobre as ações realizadas para a promoção da saúde direcionadas para toda população. Para cada questão você poderá responder sempre, quase sempre, às vezes, raramente e nunca.	

A primeira pergunta refere-se a ações de promoção da saúde realizadas no atendimento **INDIVIDUAL** ao usuário.

Todas as respostas serão em uma escala de “sempre”, “quase sempre”, “às vezes”, “raramente” e “nunca”, de acordo com a percepção do profissional entrevistado. Sempre que ler a “ação”, lembre as opções de resposta.

Caso o profissional acuse “não saber” se é realizado, deve ser colocado o “999” conforme orientado anteriormente”.

4.1 No último ano em sua UBS foram realizadas ações INDIVIDUAIS (por exemplo, aconselhamento em visita domiciliares ou em consulta) de promoção da saúde para:		
4.1.1 estímulo à atividade física?	☐	sempre
	☐	quase sempre

		às vezes
		raramente
		nunca
4.1.2 estímulo à alimentação saudável?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca
4.1.3 diminuição do uso de tabaco?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca
4.1.4 diminuição do uso abusivo de bebida alcoólica?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

Em caso de resposta diferente de “nunca” para qualquer uma das opções acima, faça a pergunta abaixo.

Nessa pergunta o local em que os registros são feitos não tem importância. O que é relevante é saber se tem algum registro dessas ações.

[Para o entrevistador: Se todas as respostas na 4.1 foram “nunca”, pule a pergunta 4.2.]		
4.2 Você ou sua equipe realizam a documentação / registro sobre as ações individuais para a promoção da saúde na sua unidade?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

A partir daqui são as mesmas ações, porém no âmbito **COLETIVO**. Repita todas as “ações” e as opções de resposta para o entrevistado.

4.2 No último ano em sua unidade foram realizadas ações COLETIVAS (por exemplo, grupos ou consulta coletiva) de promoção da saúde para:		
4.2.1 estímulo à atividade física?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

4.2.2 estímulo à alimentação saudável?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca
4.2.3 diminuição do uso de tabaco?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca
4.2.4 diminuição do uso abusivo de bebida alcoólica?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

Em caso de resposta diferente de “nunca” para qualquer uma das opções acima, faça a pergunta abaixo.

Nessa pergunta o local em que os registros são feitos não tem importância. O que é relevante é saber se tem algum registro dessas ações.

[Para o entrevistador: Se todas as respostas na 4.3 foram “nunca”, pule a pergunta 4.4]		
4.4 Você ou sua equipe realizam a documentação / registro sobre as ações coletivas para a promoção da saúde na sua unidade?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

Na próxima pergunta são listados problemas que podem ser encontrados nas unidades para realização das atividades. As opções de resposta são “sim” e “não”.

Ao final, quando se questiona se existe algum outro problema que a pessoa queira referir, anote a resposta no espaço indicado, caso a resposta seja negativa o espaço deve ficar em branco.

4.5 A seguir, mencionarei desafios que você e sua equipe podem enfrentar ao realizar ações de promoção da saúde, e você pode responder com “sim” e “não” se vocês enfrentam essas situações.		
4.5.1 Falta de tempo na rotina		sim

		não
4.5.2 Falta de recursos		sim
		não
4.5.3 Falta de apoio por parte da gestão		sim
		não
4.5.4 Falta de motivação por parte da equipe		sim
		não
4.5.5 Falta de adesão dos usuários		sim
		não
4.5.6 Falta de espaço físico		sim
		não
4.5.7 Outra, qual?		

Na questão seguinte leia e marque de acordo com a resposta do entrevistado. Aqui estaremos perguntando se as diferenças culturais dos usuáries são consideradas ao planejar de ações de promoção da saúde, pensando formas de superar essas dificuldades geradas, por exemplo, por diferenças de crenças e culturas.

4.6 Para o planejamento e realização das ações de promoção da saúde são consideradas as diferenças culturais? Por exemplo, diferentes línguas em regiões de fronteiras.	sim
	não

Agora iremos dar início ao bloco 5, rastreamento.

Leia o nome do bloco e as informações que constam dentro da caixa de texto.

Bloco 5: Rastreamento
Agora vamos fazer algumas perguntas relacionadas ao rastreamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

Não esqueça de ler as opções de resposta para o entrevistado, aqui as opções são diferentes das anteriores. Devem ser lidas todas as opções na íntegra.

Se o entrevistado ficar com dúvidas sobre o que é a estratificação de risco cardiovascular, você pode pegar o manual e ler o conceito abaixo para ele:

A definição é do Caderno de Atenção Básica nº 14 do Ministério da Saúde (2006): Costuma-se classificar os indivíduos em três níveis de risco - baixo, moderado e alto - para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares maiores. Os eventos tradicionalmente incluem morte por causa vascular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. A Estratificação de Risco baseia-se na classificação inicial levando-se em conta o exame clínico e exames complementares quando necessário.

5.1 É realizada estratificação de risco cardiovascular para pessoas com hipertensão e/ou diabetes	sim, para ambos
	sim, só para pessoas com hipertensão
	sim, só para pessoas com diabetes
	não realiza

Realize a orientação que as opções de resposta para as próximas perguntas variam entre sempre, quase sempre, às vezes, raramente e nunca.

Para as próximas questões você pode responder sempre, quase sempre, às vezes, raramente ou nunca.		
5.2 Com que frequência a aferição de pressão arterial é realizada duas vezes durante o atendimento?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca
5.3 Para a aferição da pressão arterial, são aguardados pelos menos 5 minutos de repouso após a chegada da pessoa na unidade?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca
5.4 Na triagem a todos os usuários maiores de 18 anos que chegam à unidade, é aferida a pressão arterial?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

Para a próxima pergunta, o entrevistado pode ter dúvida com relação aos protocolos. Informe a ele que aqui vale qualquer protocolo que eles usem: Ministério da Saúde, protocolo estadual ou municipal e até protocolos da própria instituição. Se necessário leia o trecho abaixo para ele(a):

De acordo com o Ministério da Saúde: “Os Protocolos Clínicos são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos.”

5.5 Você e sua equipe de saúde utilizam protocolos (por exemplo, do Ministério da saúde e município) para auxiliar no diagnóstico e no manejo de hipertensão?		sim
		não

Na próxima pergunta podem surgir dúvidas quanto ao conceito de rastreamento. Se o entrevistado não souber, você pode ler o conceito abaixo para ele:

De acordo com o Ministério da Saúde (2010): “Rastreamento é a realização de testes ou exames diagnósticos em populações ou pessoas assintomáticas, com a finalidade de diagnóstico precoce (prevenção secundária) ou de identificação e controle de riscos, tendo como objetivo final reduzir a morbidade e mortalidade da doença, agravo ou risco rastreado. O rastreamento viabiliza a identificação de indivíduos que têm a doença, mas que ainda não apresentam sintomas.”

5.6 Você e sua equipe de saúde realizam rastreamento de hipertensão extramuros (por exemplo, feiras de saúde na comunidade ou nas visitas domiciliares)?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

Da mesma forma que na pergunta sobre a hipertensão, aqui o uso de protocolos é direcionado para o diabetes. Se o entrevistado tiver dúvidas, informe a ele que aqui vale qualquer protocolo que eles usem: Ministério da Saúde, protocolo estadual ou municipal e até protocolos da própria instituição. Se necessário leia o trecho abaixo para ele(a):

De acordo com o Ministério da Saúde: “Os Protocolos Clínicos são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos.”

5.7 Você e sua equipe de saúde utilizam protocolos (por exemplo, do Ministério da Saúde e município) para auxiliar no diagnóstico e no manejo de diabetes?		sim
		não

Hemoglicoteste é a aferição do nível de glicose no sangue. Através do uso do glicosímetro pode-se determinar o valor de glicemia capilar.

5.8 Em relação à realização do Hemoglicoteste (HGT) quando é feito? Você pode responder sim ou não às opções.		
5.8.1 Em todas as triagens/ consultas		sim
		não
5.8.2 Quando o usuário solicita		sim
		não

5.8.3 Quando o usuário apresenta algum fator de risco		sim
		não
5.8.4 Quando o usuário apresenta algum sintoma sugestivo de diabetes		sim
		não
5.8.5 Quando são realizadas atividades específicas para detecção de casos		sim
		não

Agora você dará início ao bloco 6. Leia a orientação especificada dentro do quadro abaixo para começar.

Bloco 6: Prevenção de doenças e agravos
Agora vamos fazer algumas perguntas relacionadas a prevenção de doenças e agravos, ou seja, relacionadas ao cuidado de pessoas que já têm diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes .

Orienta que você irá ler a pergunta e que para cada ação ou estratégia o entrevistado deve responder “sim” e “não” para cada uma das alternativas.

6.1 Me responda com “sim” ou “não” quais das seguintes ações/estratégias de estímulo ao autocuidado você adota durante os seus atendimentos, nos seus contatos com os usuários:		
6.1.1 individualmente na consulta clínica		sim
		não
6.1.2 individualmente na visita domiciliar		sim
		não
6.1.3 individualmente com o uso do telefone e/ou da internet		sim
		não
6.1.4 em grupos		sim
		não
6.1.5 consultas coletivas		sim
		não

6.2 Me responda com “sim” ou “não” quais das seguintes ações/estratégias de orientações de hábitos alimentares saudáveis você adota durante os seus atendimentos, nos seus contatos com os usuários:		
6.2.1 individualmente na consulta clínica		sim
		não
6.2.2 individualmente na visita domiciliar		sim
		não
6.2.3 individualmente com o uso do telefone e/ou da internet		sim
		não

6.2.4 em grupos	sim
	não
6.2.5 consultas coletivas	sim
	não

6.3 Me responda com “sim” ou “não” quais das seguintes situações você realiza orientações para o controle do peso corporal durante os seus atendimentos, nos seus contatos com os usuários:	
6.3.1 individualmente na consulta clínica	sim
	não
6.3.2 individualmente na visita domiciliar	sim
	não
6.3.3 individualmente com o uso do telefone e/ou da internet	sim
	não
6.3.4 em grupos	sim
	não
6.3.5 consultas coletivas	sim
	não

6.4 Me responda com “sim” ou “não” quais das seguintes situações você realiza orientações sobre os malefícios do uso excessivo do sal para pessoas com hipertensão durante os seus atendimentos, nos seus contatos com os usuários:	
6.4.1 individualmente na consulta clínica	sim
	não
6.4.2 individualmente na visita domiciliar	sim
	não
6.4.3 individualmente com o uso do telefone e/ou da internet	sim
	não
6.4.4 em grupos	sim
	não
6.4.5 consultas coletivas	sim
	não

6.5 Me responda com “sim” ou “não” quais das seguintes situações você realiza orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de doces, açúcares e carboidratos para pessoas com diabetes durante os seus atendimentos, nos seus contatos com os usuários:	
6.5.1 individualmente na consulta clínica	sim
	não
6.5.2 individualmente na visita domiciliar	sim
	não
6.5.3 individualmente com o uso do telefone e/ou da internet	sim
	não
6.5.4 em grupos	sim

	não
6.5.5 consultas coletivas	sim
	não

6.6 Me responda com “sim” ou “não” quais das seguintes situações você realiza orientações de estímulo à prática regular da atividade física durante os seus atendimentos, nos seus contatos com os usuários:	
6.6.1 individualmente na consulta clínica	sim
	não
6.6.2 individualmente na visita domiciliar	sim
	não
6.6.3 individualmente com o uso do telefone e/ou da internet	sim
	não
6.6.4 em grupos	sim
	não
6.6.5 consultas coletivas	sim
	não

6.7 Me responda com “sim” ou “não” quais das seguintes situações você realiza orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool durante os seus atendimentos, nos seus contatos com os usuários:	
6.7.1 individualmente na consulta clínica	sim
	não
6.7.2 individualmente na visita domiciliar	sim
	não
6.7.3 individualmente com o uso do telefone e/ou da internet	sim
	não
6.7.4 em grupos	sim
	não
6.7.5 consultas coletivas	sim
	não

6.8 Me responda com “sim” ou “não” quais das seguintes situações você realiza orientações sobre os malefícios do tabagismo durante os seus atendimentos, nos seus contatos com os usuários:	
6.8.1 individualmente na consulta clínica	sim
	não
6.8.2 individualmente na visita domiciliar	sim
	não
6.8.3 individualmente com o uso do telefone e/ou da internet	sim
	não
6.8.4 em grupos	sim
	não
6.8.5 consultas coletivas	sim

	não
--	-----

6.9 Me responda com “sim” ou “não” quais das seguintes situações você realiza orientações de cuidados com os pés para usuários com diabetes durante os seus atendimentos, nos seus contatos com os usuários:	
6.9.1 individualmente na consulta clínica	sim
	não
6.9.2 individualmente na visita domiciliar	sim
	não
6.9.3 individualmente com o uso do telefone e/ou da internet	sim
	não
6.9.4 em grupos	sim
	não
6.9.5 consultas coletivas	sim
	não

O guia alimentar do Ministério da Saúde de 2014 é amplamente utilizado pelos profissionais da saúde na APS. Se o entrevistado tiver dúvidas sobre o guia, leia para ele o trecho abaixo e mostre a foto ao lado.

“O Guia Alimentar para a População Brasileira apresenta um conjunto de informações e recomendações sobre alimentação que objetivam promover a saúde de pessoas, famílias e comunidades e da sociedade brasileira como um todo, hoje e no futuro. O guia tem como base priorizar os alimentos com o menor processamento no preparo além de não trazer mais aquela orientação do uso da pirâmide alimentar.”



6.10 É utilizado o novo guia alimentar do Ministério da Saúde (2014) para embasar as orientações?	sim
	não

Para a pergunta a seguir destaque que as áreas citadas precisam fazer parte da área de abrangência da unidade, não é em toda cidade.

6.11 Com relação aos espaços adequados existentes na sua área de abrangência para a prática de atividade física, estão disponíveis:	
6.11.1 Praças	sim
	não

6.11.2 ciclovias		sim
		não
6.11.3 academias ao ar livre		sim
		não
6.11.4 quadras públicas		sim
		não
6.11.5 pistas para caminhadas		sim
		não
6.11.6 outros, quais?		

Leia as instruções contidas na caixa de texto para dar início ao bloco 7.

Bloco 7: Rede
Agora vamos fazer algumas perguntas relacionadas a rede de atenção à saúde que inclui a sua unidade e a relação com os outros serviços de referência e contrarreferência (serviços especializados, pronto atendimento, etc.)

Para a próxima pergunta você deve ler as opções de encaminhamentos e se o profissional responder “sim” sempre questione se esse encaminhamento é feito com base em algum protocolo ou não. Independente se o protocolo é institucional, municipal, estadual ou nacional.

7.1 Vou listar alguns locais para encaminhamentos de usuários com hipertensão e diabetes e você deve indicar para cada um deles, se existe encaminhamento da sua UBS para este serviço e se usa protocolo para isso.		
7.1.1 especialidades		sim, com base em protocolo
		sim, sem uso de protocolo
		não
7.1.2 internação hospitalar		sim, com base em protocolo
		sim, sem uso de protocolo
		não
7.1.3 pronto atendimento (UPA)		sim, com base em protocolo
		sim, sem uso de protocolo
		não
7.1.4 pronto-socorro		sim, com base em protocolo
		sim, sem uso de protocolo
		não
7.1.5 outros, quais? _____		

Com relação aos especialistas disponíveis na rede, destaque que não precisa ser apenas no município, se existe encaminhamento para especialista, mesmo que seja em outra cidade, é considerado.

Sempre após questionar cada uma das especialidades pergunte sobre o tempo de espera para cada uma delas e preencha a informação em meses.

Se for menos de 1 mês coloque 00

Se o profissional não souber informar coloque 999

7.2 Agora vou citar algumas especialidades e você responda com “sim” e “não” se esses especialistas estão disponíveis na rede (neste município ou região):		
7.2.1 Nefrologista		sim
		não (pular para 7.2.2)
7.2.1.1 Em média, qual o tempo de espera para uma consulta com nefrologista? (em meses)		— —
7.2.2 Cardiologista		sim
		não (pular para 7.2.3)
7.2.2.1 Em média, qual o tempo de espera para uma consulta com cardiologista? (em meses)		— —
7.2.3 Oftalmologista		sim
		não (pular para 7.2.4)
7.2.3.1 Em média, qual o tempo de espera para uma consulta com oftalmologista? (em meses)		— —
7.2.4 Endocrinologista		sim
		não (pular para 7.2.5)
7.2.4.1 Em média, qual o tempo de espera para uma consulta com endocrinologista? (em meses)		— —
7.2.5 Angiologista		sim
		não (pular para 7.3)
7.2.5.1 Em média, qual o tempo de espera para uma consulta com angiologista? (em meses)		— —

Não esqueça de ler a informação a seguir!

Nem todos enunciados trazem a hipertensão, então é importante que o entrevistado saiba que aqui se refere apenas a essa condição crônica.

Agora vou fazer algumas perguntas direcionadas ao cuidado específico das pessoas com hipertensão, quando entrar nas questões específicas para diabetes eu lhe aviso.

Se necessário leia o conceito abaixo de referência e contrarreferência para o entrevistado:

De acordo com Andrade; Francischetti (2019)

“A Referência e a Contrarreferência em Saúde são mecanismos do Sistema Único de Saúde (SUS), que favorecem a troca de informações na rede de atenção, o trânsito do usuário no sistema e a continuidade do cuidado, portanto é considerada uma potente ferramenta que promove a prática integral na saúde.”

7.3 Existe troca de informações (referência e contrarreferência) entre os serviços para evitar sobreposição ou conflito de ações no atendimento a usuários com hipertensão?		sim
		não

Para as perguntas abaixo, novamente as opções de resposta são: sempre, quase sempre, às vezes, raramente e nunca.

Não aceite “sim” e “não” como resposta e reforce as opções de resposta para o entrevistado.

A questão a seguir é para informar se há uma manutenção do usuário após ele ser encaminhado para outros serviços ou se esse usuário é “perdido” e não há um seguimento do caso na unidade.

7.4 Após o encaminhamento de casos a outros estabelecimentos, o usuário retorna ao cuidado da UBS?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

Se necessário para a pergunta 7.6 conceitue o telessaúde:

De acordo com Secretaria de Saúde do Estado do RS:

“O Telessaúde oferece Teleconsultorias, Telediagnóstico, Teleducação, Suporte a Núcleos e Suporte de Sistemas de Informação e Prontuários Eletrônicos, contribui na qualificação e agilidade do atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). As teleconsultorias podem ser feitas através de plataforma online

ou telefone. A plataforma de Telessaúde do Ministério da Saúde é uma ferramenta disponível para todos os profissionais de saúde da APS/AB do Rio Grande do Sul e todos os profissionais dos núcleos de telessaúde do Brasil vinculados à plataforma nacional.”

7.5 Para suporte e discussão de casos e intervenções terapêuticas de pacientes com hipertensão, a equipe contata outros serviços, como outros estabelecimentos e/ou profissionais especialistas, quando necessário?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca
7.6 Para suporte e discussão de casos e intervenções terapêuticas de pacientes com hipertensão, a equipe entra em contato com o Telessaúde, quando necessário?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

Oriente que a partir de agora as perguntas serão exclusivas para diabetes conforme consta na caixa de texto.

A partir de agora as próximas perguntas são direcionadas ao cuidado específico as pessoas com diabetes.

Coordenar a fila de espera é realizar o acompanhamento do andamento de consultas e exames que o usuário está aguardando para realizar em outros serviços. Caso a resposta seja “não” para a pergunta 7.7, não leia a 7.8.

7.7 Existe um sistema de coordenação para as listas de espera de especialidades e exames?		sim
		não (pular para 7.8)
7.8 A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?		sim
		não

Destaque que a pergunta abaixo se refere exclusivamente a estratificação de risco para diabetes e não como questionado anteriormente que era de risco cardiovascular.

Quanto ao uso de protocolo, citamos de exemplo o Caderno de Atenção Básica 36 que tem orientações para estratificação de risco de Diabetes, mas se existe

algum protocolo municipal ou em outro âmbito utilizado, também deve ser considerado. Caso a resposta seja “não” para a pergunta 7.9, não leia a 7.10.

7.9 É realizada a estratificação dos casos de diabetes?		sim
		não (pular para 7.10)
7.10 A equipe utiliza protocolos para estratificação dos usuários com diabetes? (Exemplo: Caderno de Atenção Básica número 36)		sim
		não

Na pergunta a seguir busca-se saber se existe a programação de consultas e exames dos usuários de acordo com critérios estabelecidos pela equipe como prioritários ou não

7.11 A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?		sim
		não

A próxima pergunta é referente a possibilidade de acompanhamento dos encaminhamentos que foram mencionados anteriormente, como outros serviços e especialistas.

7.12 Após o encaminhamento, existe uma forma de os profissionais acompanharem o andamento dos casos?		sim
		não

Serviços de coordenação do cuidado englobam outros serviços assistenciais, os encaminhamentos para especialistas, serviços farmacêuticos, ambulatorios...

7.13 Você conhece os serviços da rede de atenção primária ofertados para coordenação do cuidado aos usuários com diabetes?		sim
		não

Para referência e contrarreferência segue as mesmas orientações da Hipertensão, se necessário repita o conceito:

De acordo com Andrade; Francischetti (2019)

“A Referência e a Contrarreferência em Saúde são mecanismos do Sistema Único de Saúde (SUS), que favorecem a troca de informações na rede de

atenção, o trânsito do usuário no sistema e a continuidade do cuidado, portanto é considerada uma potente ferramenta que promove a prática integral na saúde.”

7.14 Existem critérios ou fluxogramas que definam o encaminhamento para consulta com especialistas na atenção primária à saúde?		sim
		não
7.15 Existe troca de informações (referência e contrarreferência) entre os serviços para evitar sobreposição ou conflito de ações no atendimento a usuários com diabetes?		sim
		não

A próxima pergunta é referente aos encaminhamentos como outros serviços e especialistas.

7.16 Após o encaminhamento de casos a outros estabelecimentos, o usuário retorna ao cuidado da UBS?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

Inicie o bloco 8 lendo as orientações.
Novamente destaque que as primeiras perguntas são sobre o cuidado aos usuários com Hipertensão e oriente que quando for realizar as perguntas sobre Diabetes irá avisar.

Bloco 8: Continuidade do cuidado
Agora vamos fazer algumas perguntas relacionadas a continuidade do cuidado a longo prazo de pessoas com diagnóstico de hipertensão e diabetes

Essas primeiras perguntas são direcionadas ao cuidado específico as pessoas com hipertensão. Quando entrar nas questões específicas para diabetes eu aviso.
--

A pergunta a seguir é para informar quais atendimentos o usuário com hipertensão tem acesso nessa unidade.
Informe que as opções de resposta são SIM e NÃO e no final pergunte se tem algum outro atendimento, se o profissional referir que não deixe o espaço em branco.

8.1 Responda com “sim” e “não” para cada tipo de atendimento que a unidade realiza para pessoas com hipertensão:
--

8.1.1 Consulta médica individual		sim
		não
8.1.2 consulta de enfermagem individual		sim
		não
8.1.3 grupos de saúde da mulher		sim
		não
8.1.4 grupos de saúde do idoso		sim
		não
8.1.5 grupos de saúde para homens		sim
		não
8.1.6 grupos de atividades físicas		sim
		não
8.1.7 grupos para hipertensos (HIPERDIA)		sim
		não
8.1.8 consulta coletiva		sim
		não
8.1.9 feiras de saúde		sim
		não
8.1.10 ações em escolas		sim
		não
8.1.11 outros, quais?		

Com relação aos espaços para realização de atividades em grupo, caso a pessoa pergunte o que seriam outros locais você pode mencionar alguns exemplos: associações de bairro, espaços da prefeitura, salões de igrejas, praças ao ar livre...

“No âmbito da UBS” significa dentro da unidade básica, logo, deve referir se há um espaço adequado dentro da própria unidade.

8.2 Responda “sim” e “não” para informar se existe um espaço adequado para realizar ações em grupo nas seguintes opções:		
8.2.1 No âmbito da UBS		sim
		não
8.2.2 Outros locais		sim
		não

Para a próxima pergunta, novamente oriente que você vai ler as opções de profissionais e o entrevistado deve responder SIM ou NÃO para cada uma delas.

Ao final questione sobre a existência de algum outro profissional, e se for o caso anote no espaço indicado.

Se o profissional referir alguma outra profissão que participe do cuidado ao usuário com hipertensão, adicione na última opção, se não, deixe em branco.

8.3 Quais dos seguintes profissionais participam do cuidado de adultos com hipertensão em sua unidade (responda com "sim" e "não")?		
8.3.1 Assistente Social	☐	sim
	☐	não
8.3.2 Educador físico	☐	sim
	☐	não
8.3.3 Enfermeiro	☐	sim
	☐	não
8.3.4 Técnico ou auxiliar de enfermagem	☐	sim
	☐	não
8.3.5 Médico	☐	sim
	☐	não
8.3.6 Nutricionista	☐	sim
	☐	não
8.3.7 Odontólogo	☐	sim
	☐	não
8.3.8 Técnico ou auxiliar de saúde bucal	☐	sim
	☐	não
8.3.9 Psicólogo	☐	sim
	☐	não
8.3.10 Agente Comunitário de Saúde	☐	sim
	☐	não
8.3.11 outros, quais?		

 A seguinte questão informará sobre a realização do monitoramento da pressão arterial do usuário. Caso tenha dúvida sobre os tipos de monitoramento fora da unidade, leia a definição contida nas linhas de cuidado do Ministério da Saúde¹:

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_arterial.pdf

“Monitorização Ambulatorial da PA (Mapa-24h): Método que permite o registo indireto e intermitente da PA durante 24 horas ou mais, durante os períodos de vigília, sono e atividades diárias.”

A MAPA-24h necessita de equipamento específico para a sua realização, que fica com o usuário durante os sete dias, demonstrado na seguinte foto:



“Medição Residencial da PA (MRPA): O protocolo consiste na obtenção de três medições pela manhã, antes do desjejum e da tomada da medicação, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, ou duas medições em cada um desses momentos (manhã e noite), por sete dias.”

8.4 Em quais das seguintes situações é realizado o monitoramento da pressão arterial em pessoas hipertensas? Responda com “sim” e “não”.		
8.4.1 Pela equipe na unidade		sim
		não
8.4.2 Pela equipe em visitas domiciliares		sim
		não
8.4.3 Pelo agente comunitário de saúde em visitas domiciliares		sim
		não
8.4.4 Feita pelo usuário (Medição Residencial da Pressão Arterial - MRPA)		sim
		não
8.4.5 Aferição da pressão arterial em 24 horas (MAPA-24h)		sim
		não

Para as seguintes questões, o profissional deverá responder “sempre”, “quase sempre”, “às vezes”, “raramente” ou “nunca”.

Se o entrevistado tiver dúvidas, conceitue plano terapêutico:

De acordo com o Ministério da Saúde: O planejamento terapêutico deve considerar a necessidade da pessoa que busca por cuidado, levando em conta a gravidade dos sintomas. As abordagens devem ser centradas no paciente, considerando sua individualidade e a realidade do ambiente em que está inserido.

8.5 Se não há atingimento do controle da pressão arterial, é repensado o Plano Terapêutico do paciente com hipertensão?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

Na pergunta seguinte, “órgãos-alvo” se refere a possíveis locais de complicações. De acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: As principais complicações da hipertensão são derrame cerebral, também conhecido como AVC, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica. Além disso, a hipertensão pode levar a uma hipertrofia do músculo do coração, causando arritmia cardíaca.

8.6 É realizada a avaliação de presença de lesões em órgãos-alvo (por exemplo, rins, olhos)?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

Na pergunta 8.7 os fatores de risco são mencionados entre parênteses, não esqueça de ler para o entrevistado junto a pergunta.

8.7 É realizada a identificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares (sedentarismo, uso de tabaco e uso excessivo do álcool...)?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

O usuário pode apresentar diagnóstico de hipertensão devido alguma outra condição de saúde pré-existente que está afetando o coração e, portanto, causando a hipertensão. Nessa pergunta não esqueça de ler os exemplos entre parênteses para facilitar a compreensão do entrevistado.

8.8 É investigada a possibilidade de causa secundária da hipertensão na unidade (por exemplo, hipotireoidismo ou doença renal crônica)?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

As questões seguintes se referem ao estímulo à decisão compartilhada, onde o usuário tem autonomia nas decisões sobre seu tratamento.

8.9 Você inclui o usuário na decisão sobre o seu próprio cuidado (estimula a DECISÃO COMPARTILHADA)?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca
8.10 É oferecido opções de medicamentos para que o usuário possa pensar sobre as alternativas?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

A seguinte questão informará sobre a continuidade das consultas, no caso, sobre agendamento programado para manter o cuidado do usuário.

8.11 Após a consulta, o adulto com hipertensão sai da UBS com a próxima consulta agendada?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

Na pergunta 8.12 é questionado sobre atendimentos iniciais em casos de emergências hipertensivas. Na pergunta 8.13 é questionado sobre a existência de excesso desse tipo de demanda. Ao ler, destaque que são os problemas “agudos”.

8.12 A equipe está preparada para realizar atendimento inicial de urgência? Por exemplo: crise hipertensiva, queda da pressão arterial e outras emergências.		sim
		não
8.13 Existe excesso de demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido à hipertensão?		sim
		não (pule para a 8.14)

Não esqueça! Só faça a pergunta abaixo se o profissional referir que existe excesso de demanda no serviço.

8.14 Quais das seguintes ações a equipe realiza para lidar com o excesso de demanda (responda com “sim” ou “não”):		
8.14.1 Atende mesmo tendo excedido a sua capacidade		sim
		não
8.14.2 agenda atendimento para outra data		sim
		não
8.14.3 orienta que o paciente procure outro serviço de saúde		sim
		não
8.14.4 outro encaminhamento, qual?		

As próximas perguntas serão referentes às Práticas Integrativas e Complementares (PICS). As PICS são tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir diversas doenças ou para tratamentos paliativos em algumas doenças crônicas.

8.15 A equipe realiza serviços de práticas integrativas e complementares (PICS) no cuidado da hipertensão?		sim
		não (pule para 8.16)

Se a resposta da questão 8.15 foi SIM, pergunte sobre as práticas integrativas e complementares abaixo, se a resposta foi NÃO, pule para a 7.16.

Caso o profissional queira saber o significado de alguma das PICS, leia as definições indicadas abaixo, de acordo com o Ministério da Saúde².

8.15.1 Vou ler uma lista de várias PICS e você me diga (com “sim ou “não”) quais vocês usam aqui na UBS:		
8.15.1.1 Homeopatia		sim
		não
8.15.1.2 Medicina tradicional chinesa		sim
		não
8.15.1.3 Acupuntura		sim
		não
8.15.1.4 Plantas medicinais e fitoterapia		sim
		não
8.15.1.5 Meditação		sim
		não

² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Homeopatia: é uma abordagem terapêutica que envolve tratamentos com base em sintomas específicos de cada indivíduo e utiliza substâncias altamente diluídas que buscam desencadear o sistema de cura natural do corpo.

Medicina tradicional chinesa: é uma abordagem terapêutica milenar, baseada na teoria do yin-yang e a teoria dos cinco elementos para avaliar o estado energético e orgânico do indivíduo, na inter-relação harmônica entre as partes, visando tratar quaisquer desequilíbrios em sua integralidade.

Acupuntura: é um método que faz parte da medicina tradicional chinesa e estimula pontos espalhados por todo o corpo, ao longo dos meridianos, por meio da inserção de finas agulhas metálicas, visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de agravos e doenças.

Plantas medicinais e fitoterapia: As plantas medicinais contemplam espécies vegetais, cultivadas ou não, administradas por qualquer via ou forma, que exercem ação terapêutica. A fitoterapia é um tratamento terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal.

Meditação: Prática mental individual milenar, descrita por diferentes culturas tradicionais, que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior.

8.15.1.6 Musicoterapia		sim
		não
8.15.1.7 Reiki		sim
		não
8.15.1.8 Terapia comunitária integrativa		sim
		não
8.15.1.9 Yoga		sim
		não
8.15.1.10 Auriculoterapia		sim
		não

Musicoterapia: Prática expressiva integrativa conduzida em grupo ou de forma individualizada, que utiliza a música e/ou seus elementos – som, ritmo, melodia e harmonia – num processo facilitador e promotor da comunicação, da relação, da aprendizagem, da mobilização, da expressão, da organização, entre outros objetivos terapêuticos.

Reiki: Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico

e mental. Busca fortalecer os locais onde se encontram bloqueios – “nós energéticos” – eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, e restabelecendo o fluxo de energia vital – Qi.

Terapia comunitária integrativa: Prática terapêutica coletiva que atua em espaço aberto e envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades.

Yoga: Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação. Apresenta técnicas específicas, como hatha-yoga, mantra-yoga, laya-yoga, que se referem a tradições especializadas, e trabalha os aspectos físico, mental, emocional, energético e espiritual do praticante.

Auriculoterapia: é uma técnica terapêutica que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de estímulos nos pontos energéticos localizados na orelha por meio de agulhas, esferas de aço, ouro, prata, plástico, ou sementes de mostarda.

8.15.1.11 Ayurveda		sim
		não
8.15.1.12 Terapia de florais		sim
		não
8.15.1.13 Do in/Shiatsu		sim
		não
8.15.1.14 Automassagem		sim
		não
8.15.1.15 Reflexologia		sim
		não

Ayurveda: técnica indiana, baseada na observação, experiência e o uso de recursos naturais para desenvolver um sistema único de cuidado, este conhecimento agrega princípios relativos à saúde do corpo físico, e considerando os campos energético, mental e espiritual. No Ayurveda, o corpo humano é composto por cinco elementos – éter, ar, fogo, água e terra –, os quais compõem o organismo, os estados energéticos e emocionais e, em desequilíbrio, podem induzir o surgimento de doenças.

Terapia de florais: prática terapêutica que utiliza essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais.

Do in/Shiatsu: técnica terapêutica corporal de origem oriental que consiste em massagear o corpo fazendo pressão com os dedos e as palmas sobre os pontos de acupuntura.

Automassagem: técnica terapêutica que, mediante a manipulação dos tecidos corporais pelo próprio indivíduo, com suas mãos, favorece o sistema nervoso e

muscular, a circulação geral, bem como o equilíbrio mental, sendo utilizada em caráter complementar a outras terapias.

Reflexologia: prática terapêutica que utiliza os microssistemas e pontos reflexos do corpo, existentes nos pés, nas mãos e nas orelhas, para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento

8.15.1.16 Shantala	sim
	não
8.15.1.17 Quiropraxia	sim
	não
8.15.1.18 Termalismo Social/Crenoterapia	sim
	não
8.15.1.19 Biodança/Osteopatia	sim
	não
8.15.1.20 Aromaterapia	sim
	não

Shantala: Prática terapêutica que consiste na manipulação (massagem) do corpo do bebê pelos pais, favorecendo o vínculo entre estes e proporcionando uma série de benefícios em virtude do alongamento dos membros e da ativação da circulação.

Quiropraxia: Prática terapêutica que atua no diagnóstico, no tratamento e na prevenção das disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético e seus efeitos na função normal do sistema nervoso e na saúde geral.

Termalismo social/Crenoterapia: Prática terapêutica que utiliza águas minerais com propriedades medicinais, de modo preventivo ou curativo, em complemento a outros tratamentos de saúde. O Termalismo social utiliza das águas termominerais considerando seus aspectos ecológicos, históricos, sociais, e ter garantindo o acesso universal a estabelecimentos termais da Rede de Atenção à Saúde para fins preventivos, terapêuticos e de promoção.

Biodança/osteopatia: A biodança é a prática expressiva corporal que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, visando restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, necessários ao desenvolvimento humano. Já a osteopatia é a prática terapêutica que adota uma abordagem integral no cuidado em saúde e utiliza várias técnicas manuais – entre elas, a da manipulação do sistema musculoesquelético (ossos, músculos e articulações) – para auxiliar no tratamento de doenças.

Aromaterapia: Prática terapêutica que utiliza as propriedades dos óleos essenciais para recuperar o equilíbrio e a harmonia do organismo visando à promoção da saúde física e mental.

8.15.1.21 Constelação familiar		sim
		não
8.15.1.22 Medicina Antropofosófica		sim
		não
8.15.1.23 Bioenergética		sim
		não
8.15.1.24 Dança Circular		sim
		não
8.15.1.25 Naturologia		sim
		não
8.15.1.26 Arteterapia		sim
		não

Constelação familiar: Método psicoterapêutico de abordagem sistêmica, energética e fenomenológica, que busca reconhecer a origem dos problemas e/ou alterações trazidas pelo usuário, bem como o que está encoberto nas relações familiares para, por meio do conhecimento das forças que atuam no inconsciente familiar e das leis do relacionamento humano, encontrar a ordem, o pertencimento e o equilíbrio, criando condições para que a pessoa reorienta o seu movimento em direção à cura e ao crescimento.

Medicina Antropofosófica: Abordagem terapêutica integral com base na antroposofia, que avalia o ser humano a partir dos conceitos da trimembração, quadrimembração e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos.

Bioenergética: Visão diagnóstica que, aliada a uma compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, os movimentos sincronizados com a respiração.

Dança Circular: Prática expressiva corporal que utiliza a dança de roda, o canto e o ritmo para promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade, visando ao bem-estar físico, mental, emocional e social.

Naturologia: Conjunto de conhecimentos em saúde embasado na pluralidade de sistemas terapêuticos complexos vitalistas, que parte de uma visão multidimensional do processo vida-saúde-doença e utiliza da relação de interagência e de práticas naturais no cuidado e na atenção à saúde para promover, manter ou melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos.

Arteterapia: Prática expressiva artística, visual, que atua como elemento terapêutico na análise do consciente e do inconsciente, favorecendo a saúde física e mental do indivíduo.

As próximas perguntas se referem ao acompanhamento de usuários com hipertensão no território pela equipe de saúde.

8.16 Há profissionais que realizam o monitoramento dos adultos com hipertensão no território?		sim
		não
8.17 É realizado um diagnóstico do território para o planejamento de suas ações para adultos com hipertensão?		sim
		não

Na pergunta abaixo o objetivo é saber se a gestão (municipal, estadual ou nacional) oferece e/ou estimula programas de treinamento, cursos, capacitações para os profissionais, direcionados ao cuidado de usuários com hipertensão.

8.18 A gestão promove atividades de capacitação para profissionais sobre a hipertensão?		sim
		não

Destaque que as perguntas a seguir são exclusivamente sobre o cuidado ao usuário com diabetes. Leia a informação da caixa de texto.

A partir de agora as próximas perguntas são direcionadas ao cuidado específico as pessoas com diabetes:

Informe que as opções de resposta são SIM e Não e no final pergunte se tem algum outro atendimento, se o profissional referir que não deixe o espaço em branco.

8.19 Responda com "sim" e "não" para cada tipo de atendimento que a unidade realiza para pessoas com diabetes:		
8.19.1 Consulta médica individual		sim
		não
8.19.2 consulta de enfermagem individual		sim
		não
8.19.3 grupos de saúde da mulher		sim
		não
8.19.4 grupos de saúde do idoso		sim
		não
8.19.5 grupos de saúde para homens		sim
		não
8.19.6 grupos de atividades físicas		sim
		não
8.19.7 grupos para diabéticos		sim

		não
8.19.8 consulta coletiva		sim
		não
8.19.9 feiras de saúde		sim
		não
8.19.10 ações em escolas		sim
		não
8.19.11 outros, quais?		

Para a próxima pergunta, novamente oriente que você vai ler as opções de profissionais e o entrevistado deve responder SIM ou NÃO para cada uma delas.

Ao final questione sobre a existência de algum outro profissional, e se for o caso anote no espaço indicado.

8.20 Quais dos seguintes profissionais participam do cuidado de adultos com diabetes em sua unidade (responda com "sim" e "não")?		
8.20.1 Assistente Social		sim
		não
8.20.2 Educador físico		sim
		não
8.20.3 Enfermeiro		sim
		não
8.20.4 Técnico ou auxiliar de enfermagem		sim
		não
8.20.5 Médico		sim
		não
8.20.6 Nutricionista		sim
		não
8.20.7 Odontólogo		sim
		não
8.20.8 Técnico ou auxiliar de saúde bucal		sim
		não
8.20.9 Psicólogo		sim
		não
8.20.10 Agente comunitário de saúde		sim
		não
8.20.11 outros, quais?		

A pergunta seguinte é aberta, portanto você deve escrever o número de dias no espaço indicado. Ou seja, se o profissional referir 2 meses, anote 60 dias, se referir duas semanas, anote 14 dias, e assim por diante. Sempre em número de DIAS!

Não peça para o profissional realizar a conversão de sua resposta, se necessário, anote igual ao que foi dito e realize a conversão após.

8.21 Normalmente qual é o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com diabetes na unidade de saúde? _____ [em número de dias]

Pessoas com diabetes têm maior propensão a desenvolverem lesões nos pés difíceis de curar e que podem se tornar feridas crônicas ou levar inclusive a amputação.

De acordo com o Ministério da Saúde (2016):

“O objetivo dessa avaliação periódica, é a detecção precoce de alterações que confirmem um risco aumentado para o desenvolvimento de úlceras e outras complicações do Pé Diabético, levando, assim, ao cuidado/tratamento oportuno das alterações.”

Se o profissional responder que realiza exame do pé diabético questione sobre a frequência, lendo as opções de resposta. Caso prefira não realizar a avaliação dos pés, deixe em branco a pergunta sobre frequência.

8.22 A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?	sim
	não (pular para 8.23)
8.22.1 Qual a frequência:	mensal
	trimestral
	semestral
	anual
	quando necessário

De acordo com o Ministério da Saúde (2022): “O diabetes, quando não tratado corretamente, pode evoluir para formas mais graves e apresentar diversas complicações, em diferentes membros do corpo. Os olhos são uma das partes que sofrem as consequências quando não há o devido controle da doença. Entre os problemas decorrentes estão o glaucoma, a catarata e a retinopatia diabética, termo genérico que designa todos os problemas de retina causados pelo diabetes, entre eles o edema macular diabético.”

Se o profissional responder que realiza avaliação dos olhos/visão, questione sobre a frequência, lendo as opções de resposta. Caso prefira não realizar, deixe em branco a pergunta sobre frequência.

8.23 A equipe realiza avaliação dos olhos/visão periodicamente nos usuários com diabetes?		sim
		não (pular para 8.24)
8.23.1 Qual a frequência:		mensal
		trimestral
		semestral
		anual
		quando necessário

Na próxima pergunta leia todas as opções de resposta para o entrevistado escolher a que melhor se encaixa na sua rotina de serviço.

8.24 Após a consulta, com que frequência o adulto com diabetes sai da unidade com a próxima consulta agendada?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

Oriente o entrevistado que as perguntas a seguir são de “sim” e “não”.

A pergunta 8.25 se refere a atendimentos online ou teleconsultas.

8.25 Existe um sistema de consulta médica online ou de suporte clínico para usuários com diabetes?		sim
		não

Na pergunta abaixo o objetivo é saber se são ofertados programas de treinamento, cursos, capacitações para os profissionais, direcionados ao cuidado de usuários com Diabetes dentro do município.

8.26 Existem programas de treinamento para profissionais sobre a saúde dos usuários com diabetes no seu município?		sim
		não

As seguintes perguntas são direcionadas ao acompanhamento dos usuários com diabetes dentro do território.

8.27 Existe um sistema de monitoramento do cumprimento dos protocolos ou diretrizes clínicas no acompanhamento de usuários com diabetes?		sim
		não
8.28 A equipe realiza planejamento de suas ações para adultos com diabetes a partir de diagnóstico do território?		sim
		não
8.29 Para pacientes com lesões/feridas nos pés decorrentes da diabetes, a unidade realiza o acompanhamento desses casos?		sim
		não

Leia a orientação da caixa de texto:

Destaque que as opções de resposta para as próximas perguntas e repita sempre que necessário todas as alternativas.

Nas perguntas abaixo você terá as opções de resposta: sempre, quase sempre, às vezes, raramente ou nunca.

As perguntas a seguir estão direcionadas ao estímulo à decisão compartilhada do cuidado com o usuário.

8.30 Você pergunta a opinião do usuário quando define o plano de enfrentamento?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca
8.31 Você pergunta ao usuário se teve problemas no uso dos medicamentos e seus efeitos?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca
8.32 Você pergunta ao usuário o que ele pretende fazer para cuidar do seu problema de saúde?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca
8.33 Você incentiva a participação do usuário em grupos específicos, que possam ajudar a enfrentar a diabetes?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

8.34 Você procura os usuários com diabetes para saber como estão indo com o tratamento?		sempre
		quase sempre
		às vezes
		raramente
		nunca

Leia a informação contida na caixa de texto.

Agora vou fazer algumas perguntas para ambas as condições crônicas: hipertensão e diabetes

As próximas perguntas são referentes aos registros dos atendimentos.

8.35 Irei citar algumas opções sobre onde são registrados os atendimentos dos adultos com hipertensão e diabetes e você pode responder com "sim" ou "não":		
8.35.1 e-SUS		sim
		não
8.35.2 Outro sistema eletrônico		sim
		não
8.35.3 Prontuário físico (papel)		sim
		não

Para a pergunta seguinte são considerados relatórios que possam ser tirados do sistema para monitoramento das ações e acompanhamento dos usuários.

8.36 Os registros fornecem relatórios periódicos?		sim
		não (pule para o bloco 9)

Se a resposta da questão 8.36 foi SIM, faça a pergunta seguinte, se a resposta foi NÃO, pule para o bloco 9.

Se o entrevistado informar que existem relatórios, questione sobre o que é permitido avaliar nesses relatórios. Para cada uma das alternativas selecione de acordo com as respostas do entrevistado.

8.37 Quais das seguintes informações podem ser obtidas através dos seus relatórios (responda com "sim" ou "não"):		
8.37.1 Pacientes faltosos ao retorno programado		sim

		não
		não sabe
8.37.2 Completude de registros		sim
		não
		não sabe
8.37.3 Procedimentos em atraso		sim
		não
		não sabe
8.37.4 Risco de adultos com hipertensão		sim
		não
		não sabe
8.37.5 Risco de adultos com diabetes		sim
		não
		não sabe
8.37.6 Desempenho de indicadores (Ex: Previne Brasil)		sim
		não
		não sabe
8.37.7 outra, qual?		

Chegamos ao último bloco de perguntas.
 Leia a orientação contida na caixa de texto.

Bloco 9: Medicamentos	
Agora vamos fazer algumas perguntas relacionadas aos medicamentos disponíveis na unidade e o armazenamento deles.	

A próxima pergunta é fundamental para serem feitas as perguntas sobre os medicamentos.

9.1 É realizada a dispensação de medicamentos na Unidade?		sim (pule para a 9.3)
		não

A pergunta abaixo só deve ser feita se a resposta acima for negativa.

9.2 Em quais dos seguintes locais os usuários podem obter os medicamentos (responda com “sim” e “não”):		
9.2.1 Farmácia municipal		sim
		não
9.2.2 Farmácia popular		sim
		não

9.2.3 Aquisição própria		sim
		não

A seguir iremos perguntar sobre a disponibilidade de anti-hipertensivos, que são uma classe de fármacos utilizados no tratamento da hipertensão.

9.3 É realizada a dispensação de medicamentos anti-hipertensivos na unidade?		sim
		não (pule para a 9.4)

Só realize a pergunta a seguir se a anterior for afirmativa.

Cada uma das medicações listadas a seguir foram tiradas da lista de medicamentos disponibilizados pela Farmácia Popular.

Se o profissional não souber responder sobre as medicações disponíveis, escreva dentro do espaço “outros” o código “999”.

9.3.1 Vou listar medicamentos e você responda com “sim” ou “não” sobre quais estão disponíveis na unidade:		
9.3.1.1 Atenolol 25mg		sim
		não
9.3.1.2 Besilato de Anidipino 5mg		sim
		não
9.3.1.3 Captopril 25mg		sim
		não
9.3.1.4 Cloridrato de Propranolol 40mg		sim
		não
9.3.1.5 Hidroclorotiazida 25mg		sim
		não
9.3.1.6 Losartana Potássica 50mg		sim
		não
9.3.1.7 Maleato de Enalapril 10mg		sim
		não
9.3.1.8 Espironolactona 25mg		sim
		não
9.3.1.9 Furosemida 40mg		sim
		não
9.3.1.10 Succinato de Metoprolol 25mg		sim
		não

9.3.1.11 outros, quais?

Da mesma forma que na pergunta de medicamentos para Hipertensão, se houver dispensação de medicamentos na unidade, questione sobre os medicamentos hipoglicemiantes.

9.4 É realizada a dispensação de medicamentos hipoglicemiantes na Unidade?		sim
		não (pule para a 9.5)

Só realize a pergunta a seguir se a anterior for afirmativa.

Cada uma das medicações listadas a seguir foram tiradas da lista de medicamentos disponibilizados pela Farmácia Popular.

Se o profissional não souber responder sobre as medicações disponíveis, escreva dentro do espaço “outros” o código “999”.

9.4.1 Vou listar medicamentos e você responda com “sim” ou “não” sobre quais estão disponíveis na unidade:		
9.4.1.1 Cloridrato de Metformina 500mg		sim
		não
9.4.1.2 Cloridrato de Metformina 500mg (ação prolongada)		sim
		não
9.4.1.3 Cloridrato de Metformina 850mg		sim
		não
9.4.1.4 Glibenclamida 5mg		sim
		não
9.4.1.5 Insulina Humana Regular 100ui/ml		sim
		não
9.4.1.6 Insulina Humana 100ui/ml		sim
		não
9.4.1.7 outros, quais?		

A última pergunta é sobre a disponibilidade de uma geladeira exclusiva para armazenar medicamentos. Se o entrevistado referir que existe geladeira na farmácia da unidade, marque “sim”. Caso o profissional refira que as medicações são guardadas junto com as vacinas, marque “não”

9.5 A unidade possui geladeira exclusiva para medicamentos em condições de uso? Por exemplo, para guardar Insulina (não considerar geladeira de vacinas).		sim
		não

Informe ao profissional sobre a finalização do questionário e pergunte se ele ficou com alguma dúvida. Não esqueça de reforçar o preenchimento do PCATool que tem o link disponível no TCLE.

Comunique o encerramento do questionário.

Questione se ele(a) ficou com alguma dúvida.

Agradeça a participação do profissional de saúde.

Peça para que preencha o PCATool disponível no TCLE.

Anote o horário de encerramento da entrevista.

Hora de encerramento da entrevista: ____:____

Ao finalizar o questionário, agradeça a participação.

Após, questione sobre as equipes que trabalham na unidade. Se houver mais uma equipe de Atenção Básica ou de Estratégia de Saúde da Família cadastrada segundo o Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde (CNES), convide um enfermeiro ou médico da outra equipe para realizar o questionário. Caso o CNES não demonstre mais equipes cadastradas, mas os profissionais referirem existir mais de uma equipe, realize mais um questionário com essa equipe.

PCATool

Busque por todos os profissionais médicos, enfermeiros e odontologistas da unidade. Caso ele participe do preenchimento do questionário das linhas de cuidado, solicite que após o término do questionário ele preencha o PCATool que estará disponível no TCLE conforme a figura abaixo:

Gostaríamos de convidar você para participar e, caso concorde, solicitamos a gentileza de assinar este Termo de Consentimento. Ao aceitar colaborar com esta pesquisa, você poderá, a qualquer momento, desistir da sua participação.

Em caso de esclarecimentos ou dúvidas, estaremos à sua disposição através do email apschronisul@gmail.com ou do *Whatsapp* das coordenadoras do campo: Michele Rohde Krolow (53-991614231) ou Vitória Ximendes (51-981155376).

Atenciosamente,


 Elaine Thumé (coordenadora do projeto)

 Assinatura do participante da pesquisa

CPF: _____

Gostaríamos de solicitar também a sua participação no **PCATool** (instrumento que investiga os atributos básicos da atenção primária à saúde). Este instrumento é auto preenchido de forma online. Acesse através do link: <https://dms.ufpel.edu.br/sgp/pcatool.html> ou faça a leitura do QR Code ao lado.




Caso o profissional não faça parte do preenchimento do questionário das linhas de cuidado, solicite o preenchimento em conjunto com a entrega do card (Figura 2) onde ele poderá obter as informações de acesso ao instrumento PCATool.

Figura 2. Card de apresentação do PCATool.



Prezado Profissional Enfermeiro(a), Médico(a) e Odontólogo(a)

O projeto APS CroniSul é vinculado a Universidade Federal de Pelotas e busca investigar o cuidado de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Obesidade na região sul do Rio Grande do Sul.

Gostaríamos de convidá-los para o preenchimento do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) que investiga os atributos essenciais e derivados da APS.

Acesse e preencha o questionário através do link: <https://dms.ufpel.edu.br/sgp/pcatool.html> ou faça a leitura do QR Code ao lado.

Sua avaliação é importante para a qualificação da APS

PARTICIPE E PREENCHA O INSTRUMENTO.

Em caso de dúvidas, contate:
Caroline Bitencourt
Whats: (55) 996509795

Informações: apscronisul@gmail.com @apscronisul



PCATool



Instruções para preenchimento do PCATool.

É um instrumento online, autoaplicável. Na primeira página o profissional obterá informações sobre o instrumento, a assinatura digital do TCLE e as informações correspondentes ao profissional, seu e-mail, profissão e unidade básica de saúde a qual pertence.

Após isso será direcionado para o instrumento que corresponde a sua profissão.

Ressaltamos que se for necessário pausar o preenchimento do instrumento, em virtude de uma intercorrência, o sistema salva automaticamente a última página acessada para cada e-mail registrado até o seu retorno e continuação do preenchimento. Sendo assim, não haverá prejuízo de respostas.

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (**PCATool – Primary Care Assessment Tool**) possui manual instrutivo próprio (Figura 3) que pode ser acessado através do link: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Pcatool_2020.pdf.

Figura 3. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde, versão 2020.



Compreendendo o instrumento:

O PCATool-Brasil permite identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento como para a execução das ações de APS. O PCATool mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS conforme a Figura 3, atribuindo uma nota padronizada para cada atributo individual de 0 a 10 (chamada de “escore”) e para a média destes (“escore geral”).

Figura 3 - Atributos medidos pelo conjunto de Instrumentos do PCATool-Brasil nas unidades de saúde, equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Ministérios da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde, 2020.

As versões utilizadas nesta pesquisa serão autoaplicáveis para profissionais de saúde, enfermeiros, médicos e odontologistas. A versão para profissionais médicos e enfermeiros, corresponde ao instrumento formado por 111 itens distribuídos em 8 componentes relacionados aos atributos da APS (Figura 4).

Figura 4 - Atributos, componentes e itens do PCATool-Brasil para profissionais médicos e enfermeiros em versão extensa.

Atributo da APS	Componente da APS	Itens
Acesso primeiro contato	Acessibilidade	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9
Longitudinalidade	Longitudinalidade	B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12, B13
Coordenação	Integração de cuidados	C1, C2, C3, C4, C5, C6
Coordenação	Sistemas de Informações	D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8
Integralidade	Serviços disponíveis	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22
Integralidade	Serviços prestados	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F17, F18
Orientação Familiar	Orientação Familiar	G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14
Orientação Comunitária	Orientação Comunitária	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H17, H18, H19, H20, H21

Fonte: Ministérios da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde, 2020.

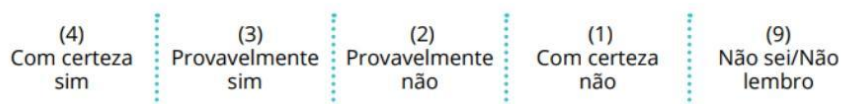
A versão para profissionais odontologistas, corresponde ao instrumento formado por 81 itens distribuídos em 9 componentes relacionados aos atributos da APS (Figura 5).

Figura 5 - Atributos, componentes e itens do PCATool-Brasil para profissionais odontologistas.

Atributo da APS	Componente da APS	Itens
Acesso primeiro contato	Acessibilidade	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7
Longitudinalidade	Longitudinalidade	B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12, B13
Coordenação	Integração de cuidados	C1, C2, C3, C4, C5
Coordenação	Sistemas de Informações	D1, D2, D3
Integralidade	Serviços disponíveis	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23
Integralidade	Serviços prestados	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7
Orientação Familiar	Orientação Familiar	G1, G2, G3, G4
Orientação Comunitária	Orientação Comunitária	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13
Competência Cultural	Competência Cultural	I1, I2, I3, I4, I5, I6

Fonte: Ministérios da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde, 2020.

Os itens do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde são respondidos utilizando a seguinte escala Likert: (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sei/Não lembro. Deve-se marcar a opção que melhor representa o item no serviço de saúde correspondente.



Os valores de 1 a 4 de cada resposta são utilizados para calcular um escore médio de cada componente ou atributo da APS. Pode-se obter o Escore Essencial da APS por meio da média dos escores dos componentes que constituem os atributos essenciais e o Escore Geral da APS pela média de todos os componentes que caracterizam os atributos essenciais e os atributos derivados da APS.

Ao final do preenchimento a partir do resultado dos escores será possível identificar se a unidade possui escores altos ou baixos, evidenciando a qualidade do serviço considerando os atributos da APS.

Os escores podem ser classificados em Alto (escore $\geq 6,6$) e Baixo (escore $< 6,6$), sendo o Alto escore caracterizado pela presença e extensão dos atributos da APS, revelando serviços melhor orientados para a APS.

ORIENTAÇÕES E EXPLANAÇÕES SOBRE ITENS QUE PODEM GERAR DÚVIDAS RELACIONADO AO INSTRUMENTO PCATool (profissionais médicos e enfermeiros)

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade

A3. Quando o seu serviço de saúde está aberto e algum(a) paciente adoece, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os pacientes conseguem atendimento no mesmo dia, quando o serviço está aberto e os pacientes têm alguma doença aguda, agudização de um problema crônico ou dúvidas quanto a sua situação de saúde/tratamentos.

A4. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se acreditam ser necessário? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os pacientes conseguem orientações para a sua saúde de forma ágil e não presencial (por telefone ou virtual), quando o serviço está aberto e os pacientes têm alguma doença aguda, agudização de um problema crônico ou dúvidas quanto a situação de saúde/tratamentos.

A5. Quando o seu serviço de saúde está fechado e os pacientes adoecem, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) o qual possam contatar? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os pacientes conseguem se comunicar de forma não presencial (por telefone ou virtual) com algum(a) profissional deste serviço de saúde, quando o serviço está fechado e os pacientes têm alguma doença aguda, agudização de um problema crônico ou dúvidas quanto a situação de saúde/tratamentos.

A6. Quando o seu serviço de saúde está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente adoece, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os pacientes conseguem atendimento no mesmo dia, quando o serviço está fechado nos

finais de semana e eles tem alguma doença aguda, agudização de um problema crônico ou dúvidas quanto a situação de saúde/tratamentos. Observação: Não incluir outros serviços que podem ser acessados pelos pacientes.

A7. Quando o seu serviço de saúde está fechado e algum(a) paciente adoece durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os pacientes conseguem atendimento na mesma noite, quando o serviço está fechado durante a noite e eles tem alguma doença aguda, agudização de um problema crônico ou dúvidas quanto a situação de saúde/tratamentos. Observação: Não incluir outros serviços que podem ser acessados pelos pacientes.

A8. É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os pacientes facilmente conseguem uma consulta de revisão com os médicos/enfermeiros.

A9. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) médico(a) ou pelo(a) enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os pacientes conseguem prontamente ser atendidos por um(a) médico(a) ou enfermeiro(a). *Observação: A triagem/acolhimento (antes) da consulta com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) não é considerada como atendimento. Informações obtidas na recepção, na secretaria ou um primeiro contato com o(a) técnico(a) de enfermagem também não devem ser consideradas como atendimento. O item se refere exclusivamente a consulta prestada pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) no serviço de saúde.*

Longitudinalidade

B1. No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a)? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha existe a continuidade do cuidado dos pacientes pelo(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a). Se é sempre o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende cada paciente.

B4. Se os pacientes têm uma pergunta sobre a saúde deles, podem telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) e falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que os conhece melhor? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha existe a disponibilidade de contato não presencial (por telefone ou virtuais) dos pacientes com o(a) médico/enfermeiro que melhor conhece esses pacientes.

B6. Você acredita que os seus pacientes se sentem confortáveis ao contar para você as suas preocupações ou problemas? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os médicos/ enfermeiros deixam os seus pacientes à vontade para falar sobre suas inquietações e/ou dificuldades durante o seu atendimento.

B7. Você acredita que conhece “muito bem” os pacientes do seu serviço de saúde? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os médicos/ enfermeiros conhecem integralmente os seus pacientes, sabendo sobre o contexto familiar, social e das preocupações dos seus pacientes e conviventes.

B9. Você sabe quais problemas são mais importantes para os seus pacientes? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os médicos/ enfermeiros tem conhecimento sobre potenciais problemas considerados mais relevantes pelos seus pacientes.

B10. Você conhece a história clínica (história médica) completa de cada paciente? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os médicos/ enfermeiros tem conhecimento detalhado e histórico sobre os eventos em saúde dos pacientes, dos familiares dos pacientes e dos atendimentos anteriores dos pacientes.

B12. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar por medicamentos receitados? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os médicos/ enfermeiros conhecem as condições reais dos seus pacientes em relação a aquisição de medicamentos necessários para o seu tratamento.

B13. Você sabe a respeito de todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os médicos/ enfermeiros conhecem os seus pacientes de maneira integral, sabendo de todos os remédios em uso pelos pacientes, mesmo os prescritos por outros profissionais, bem como aqueles pacientes que não estão em uso de qualquer medicamento.

Coordenação - integração de cuidados

C1. Você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou nos serviços especializados? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os médicos/ enfermeiros tem conhecimento amplo da história de saúde dos pacientes, considerando todos os atendimentos médicos dos seus pacientes com médicos(as) especialistas ou nos serviços especializados

C2. Quando os seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os médicos/ enfermeiros conversam com os seus pacientes sobre as opções de serviços em que os pacientes podem obter atendimento com os médicos especialistas.

C3. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os pacientes são auxiliados com a marcação/o agendamento de consultas com médicos especialistas ou no serviço especializado.

C4. Quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado?

Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os médicos/ enfermeiros enviam informações sobre os encaminhamentos para os médicos especialistas.

C5. Você recebe do(a) especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os médicos/ enfermeiros recebem informações dos médicos especialistas sobre os pacientes encaminhados.

C6. Após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa com o(a) seu(sua) paciente sobre os resultados dessa consulta? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os médicos/ enfermeiros explicam para os seus pacientes os resultados das consultas deles com os médicos especialistas ou nos serviços especializados.

Coordenação – Sistemas de Informações

D1. Você solicita aos pacientes que tragam os seus registros médicos recebidos em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultados de exames de laboratório)? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os pacientes devem levar para a consulta registros de atendimentos anteriores.

D2. Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os pacientes tem a possibilidade de acessar os seus prontuários.

D3. Os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis quando você os atende? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis para o(a) profissional durante o atendimento.

As perguntas a seguir tem por objetivo identificar se estes métodos são/estão empregados pelo profissional no serviço de saúde. Enunciado: Você utiliza os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?

Observação: Repita este enunciado a cada dois ou três itens.

Saúde Integralidade - Serviços Disponíveis

Ressalte que as próximas perguntas estão relacionadas com a experiência do(a) profissional no seu serviço de saúde. Os procedimentos, ações, orientações devem ser considerados como disponíveis sempre que o(a) profissional souber que são oferecidos, mesmo que ele(a) ainda não tenha fornecido ou proporcionado esses procedimentos. Por exemplo, a cirurgia ambulatorial é um serviço não prestado pelos enfermeiros, mas eles devem saber sobre a disponibilidade de tal serviço por algum(a) profissional da equipe no “serviço de saúde”. Estes procedimentos, ações, orientações referem-se obrigatoriamente ao que **é realizado (executado) exclusivamente no serviço de saúde em que trabalha o(a) profissional.**

Enunciado: Se um(a) paciente necessita de qualquer dos seguintes serviços, poderia obtê-los no seu serviço de saúde?

Observação: Repita este enunciado a cada dois ou três itens. O objetivo a partir dos itens é conhecer se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha é/são oferecido(s) qualquer/quaisquer dos itens listados, mesmo que o(a) profissional nunca tenha fornecido ou proporcionado esses procedimentos.

E9. Sutura de um corte que necessite de pontos Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha é ofertado o serviço de pontos cirúrgicos/ fechamento adequado para cortes/ferimentos.

Integralidade - Serviços Prestados

As perguntas a seguir visam identificar se tais assuntos/temas foram abordados pelo(a) profissional em alguma consulta com os pacientes. O objetivo dessa série de itens é saber se em consulta o(a) profissional já conversou sobre esses assuntos.

- **Os profissionais que atendem pacientes de todas as faixas etárias devem responder todos os itens deste componente (F1 a F18)**
- Os profissionais que atendem **somente pacientes adultos** devem responder **somente os itens F1 a F13** deste componente.
- Os profissionais que atendem **somente pacientes crianças** devem responder **somente os itens F1 a F3 e F14 a F18** deste componente

Enunciado: Você discute os seguintes assuntos com os seus pacientes ou seus responsáveis?

Observação: Repita este enunciado a cada dois ou três itens.

Orientação Familiar

G1. Você pergunta aos pacientes quais são as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do paciente ou alguém da família? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os médicos/ enfermeiros buscam incluir os seus pacientes ou os responsáveis dos seus pacientes nas decisões sobre tratamento e cuidados em saúde dos pacientes ou de seus familiares, caracterizando a integração dos pacientes no seu cuidado em saúde e/ou de seus familiares.

G2. Você pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que podem ocorrer na família dos pacientes? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os médicos/ enfermeiros abordam em consulta com os seus pacientes as doenças que podem ocorrer na família dos pacientes, como diabetes, hipertensão, saúde mental ou outras doenças de influência genética.

G3. Você está disposto(a) e capacitado(a) para se reunir com membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha os médicos/ enfermeiros mostram-se dispostos a conversar/discutir com qualquer membro da família dos pacientes sobre algum assunto que seja importante para a saúde dos pacientes.

Os itens a seguir visam identificar formas de monitoramento e avaliação que podem ser utilizadas pelo(a) profissional no serviço de saúde.

Enunciado: Os seguintes itens são incluídos como parte rotineira da sua avaliação de saúde?

Observação: Repita este enunciado a cada dois ou três itens.

Orientação Comunitária

H1. Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha está disponível o serviço de visitas domiciliares por qualquer profissional de saúde deste serviço de saúde.

H2. Você acredita que o seu serviço de saúde tem o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade atendida? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha são conhecidos os principais problemas da área/território em que vivem os pacientes.

H3. No seu serviço de saúde são obtidas opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha é estimulada a participação da comunidade no planejamento das ações.

H10. Pesquisas com os seus pacientes Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha são efetuadas pesquisas com os pacientes para avaliar se os seus serviços estão sendo adequados aos seus pacientes.

H11. Pesquisas na sua comunidade Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha são efetuadas pesquisas na comunidade para avaliar as necessidades em saúde importantes a serem abordadas.

H17. Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde Objetivo: Identificar se no serviço de saúde em que o(a) profissional trabalha existe a participação/integração da comunidade no serviço de saúde local.

ORIENTAÇÕES E EXPLANAÇÕES SOBRE ITENS QUE PODEM GERAR DÚVIDAS RELACIONADO AO INSTRUMENTO PCATool (profissionais odontologistas)

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade

A1. Quando o seu serviço de saúde bucal está aberto e algum(a) paciente apresenta um problema na boca ou nos dentes, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os pacientes conseguem atendimento no mesmo dia, quando o serviço está aberto e os pacientes têm algum problema na boca ou nos dentes.

A2. Quando o seu serviço de saúde bucal está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se acreditam ser necessário? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista

trabalha os pacientes conseguem orientações para a sua saúde bucal de forma ágil e não presencial (por telefone ou virtual), quando o serviço está aberto e os pacientes têm algum problema na boca ou nos dentes.

A3. Quando o seu serviço de saúde bucal está fechado e os pacientes apresentam um problema na boca ou nos dentes, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) o qual possam contatar? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os pacientes conseguem se comunicar de forma não presencial (por telefone ou virtual) com algum(a) profissional deste serviço de saúde bucal, quando o serviço está fechado e os pacientes têm problemas na boca ou nos dentes.

A4. Quando o seu serviço de saúde bucal está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente apresenta um problema na boca ou nos dentes, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os pacientes conseguem atendimento no mesmo dia, quando o serviço está fechado nos finais de semana e eles têm problema na boca ou nos dentes. *Observação: Não incluir outros serviços que podem ser acessados pelos pacientes.*

A5. Quando o seu serviço de saúde bucal está fechado e algum(a) paciente apresenta um problema na boca ou nos dentes durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os pacientes conseguem atendimento na mesma noite, quando o serviço está fechado durante a noite e eles tem algum problema na boca ou nos dentes. *Observação: Não incluir outros serviços que podem ser acessados pelos pacientes.*

A6. É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, check up) no seu serviço de saúde bucal? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os pacientes facilmente conseguem uma consulta de revisão com os dentistas.

A7. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) dentista (sem considerar a triagem ou o acolhimento)? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os pacientes conseguem prontamente ser atendidos por um(a) dentista. *Observação: A triagem/acolhimento (antes) da consulta com o(a) dentista não é considerada como atendimento. Informações obtidas na recepção, na secretaria ou um primeiro contato com o(a) técnico(a) de saúde bucal também não devem ser consideradas como atendimento. O item se refere exclusivamente à consulta prestada pelo odontologista(a) no serviço de saúde.*

Longitudinalidade

B1. No seu serviço de saúde bucal, os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) dentista? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha existe a continuidade do cuidado dos pacientes pelo(a) mesmo(a) dentista. Se é sempre o(a) mesmo(a) dentista que atende cada paciente.

B4. Se os pacientes tiverem uma dúvida ou uma pergunta, eles podem telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) e falar com o(a) dentista que os conhece melhor? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha existe a disponibilidade de contato não presencial (por telefone ou virtuais) dos pacientes com o(a) dentista que melhor conhece esses pacientes.

B6. Você acredita que os seus pacientes se sentem confortáveis ao contar para você as suas preocupações ou problemas? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os pacientes ficam à vontade para falar sobre suas inquietações e/ou dificuldades durante o seu atendimento.

B7. Você acredita que conhece “muito bem” os pacientes de seu serviço de saúde? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os dentistas conhecem integralmente os seus pacientes, sabendo sobre o contexto familiar, social e das preocupações dos seus pacientes e conviventes.

B9. Você sabe quais problemas são mais importantes para os seus pacientes? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os dentistas tem conhecimento sobre potenciais problemas considerados mais relevantes pelos seus pacientes.

B10. Você conhece o histórico de saúde bucal completo de cada paciente? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os dentistas têm conhecimento detalhado e histórico sobre os eventos em saúde bucal dos pacientes.

B12. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar por medicamentos ou produtos de higiene oral (ex.: escova, pasta de dente ou fio dental) receitados? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os dentistas conhecem as condições reais dos seus pacientes em relação a aquisição de medicamentos ou produtos de higiene oral necessários para o seu tratamento.

B13. Você sabe a respeito de todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os dentistas conhecem os seus pacientes de maneira integral, sabendo de todos os remédios em uso pelos pacientes, mesmo os prescritos por outros profissionais, bem como aqueles pacientes que não estão em uso de qualquer medicamento.

Coordenação - Integração de Cuidados

C1. Você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou serviços especializados? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os dentistas têm conhecimento amplo da história de saúde bucal dos pacientes, considerando todos os atendimentos dos seus pacientes com dentistas especialistas ou nos serviços de saúde bucal especializados

C2. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os pacientes são auxiliados com

a marcação/o agendamento de consultas com dentistas especialistas ou no serviço de saúde bucal especializado.

C3. Quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado?

Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os dentistas enviam informações sobre os encaminhamentos para os dentistas especialistas.

C4. Você recebe do(a) especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os dentistas recebem informações dos dentistas especialistas sobre os pacientes encaminhados.

C5. Após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa com o(a) seu(sua) paciente sobre os resultados dessa consulta?

Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os dentistas explicam para os seus pacientes os resultados das consultas deles com os dentistas especialistas ou nos serviços de saúde bucal especializados.

Coordenação – Sistemas de Informações

D1. Você solicita aos pacientes que tragam seus registros de saúde bucal ou boletins de atendimento recebidos em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência com dentista, exames de raio-x dentário)? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os pacientes devem levar para a consulta registros de atendimentos anteriores.

D2. Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os pacientes tem a possibilidade de acessar os seus prontuários.

D3. Os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis quando você os atende? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis para o(a) dentista durante o atendimento.

Integralidade - Serviços Disponíveis

Ressalte que as próximas perguntas estão relacionadas com a experiência do(a) dentista no seu serviço de saúde bucal. Os procedimentos, ações, orientações devem ser considerados como disponíveis sempre que o(a) dentista souber que são oferecidos, mesmo que ele(a) ainda não tenha fornecido ou proporcionado esses procedimentos. Estes procedimentos, ações, orientações referem-se obrigatoriamente ao que é realizado (executado) exclusivamente no serviço de saúde bucal em que trabalha o(a) dentista.

Enunciado: Se um(a) paciente necessita de qualquer dos seguintes serviços, poderia obtê-los no seu serviço de saúde bucal?

Observação: Repita este enunciado a cada dois ou três itens.

O objetivo a partir dos itens é conhecer se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha é/são oferecido(s) qualquer/quaisquer dos itens listados, mesmo que o(a) dentista nunca tenha fornecido ou proporcionado esses procedimentos.

Integralidade - Serviços Prestados

As perguntas a seguir visam identificar se tais assuntos/temas foram abordados pelo(a) dentista em alguma consulta com os pacientes.

O objetivo dessa série de itens é saber se em consulta o(a) dentista já conversou sobre esses assuntos.

Enunciado: Você discute os seguintes assuntos com os seus pacientes? Observação: Repita este enunciado a cada dois ou três itens.

Orientação Familiar

G1. Você pergunta aos pacientes quais são as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do(a) paciente ou alguém da família? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os dentistas buscam incluir os seus pacientes ou os responsáveis dos seus pacientes nas decisões sobre tratamento e cuidados em saúde bucal dos pacientes ou de seus familiares, caracterizando a integração dos pacientes no seu cuidado em saúde bucal e/ou de seus familiares.

G2. Você pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que podem ocorrer na família dos pacientes (ex.: câncer de boca, diabetes, pressão alta, tabagismo, alcoolismo)? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os dentistas abordam em consulta com os seus pacientes as doenças que podem ocorrer na família dos pacientes, como câncer de boca, diabetes, hipertensão ou outras doenças de influência genética.

G3. Você está disposto(a) e capacitado(a) para se reunir com membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha os dentistas mostram-se dispostos a conversar/discutir com qualquer membro da família dos pacientes sobre algum assunto que seja importante para a saúde bucal dos pacientes. Os itens a seguir visam identificar formas de monitoramento e avaliação que podem ser utilizadas pelo(a) dentista no serviço de saúde bucal.

Enunciado: Os seguintes itens são incluídos como parte rotineira da sua avaliação de saúde?

Observação: Repita este enunciado a cada dois ou três itens.

Orientação Comunitária

H1. Você faz visitas domiciliares? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha está disponível o serviço de visitas domiciliares por qualquer profissional de saúde deste serviço de saúde bucal.

H2. Você acredita que o seu serviço de saúde tem o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade atendida? Objetivo: Identificar se no serviço de

saúde bucal em que o(a) dentista trabalha são conhecidos os principais problemas da área/território em que vivem os pacientes.

H3. No seu serviço de saúde são obtidas opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde? Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha é estimulada a participação da comunidade no planejamento das ações.

H4. Pesquisas com os seus pacientes Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha são efetuadas pesquisas com os pacientes para avaliar se os seus serviços estão sendo adequados aos seus pacientes.

H5. Pesquisas na sua comunidade Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha são efetuadas pesquisas na comunidade para avaliar as necessidades em saúde importantes a serem abordadas.

H9. Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde Objetivo: Identificar se no serviço de saúde bucal em que o(a) dentista trabalha existe a participação/integração da comunidade no serviço de saúde bucal local.