



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado em Saúde Pública



Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO À
HIPERTENSÃO ARTERIAL PELAS EQUIPES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA. RECIFE, 2006

RECIFE
2007

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL
PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RECIFE-PE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção
do título de Mestre em Ciências.
Área de Concentração: Saúde Pública

ORIENTADORA:

Prof^a Dr^a Maria Rejane Ferreira da Silva

CO-ORIENTADOR:

Prof. Dr. Eduardo M. Freese de Carvalho

Recife, 2007

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL
PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DO RECIFE-PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção
do título de Mestre em Ciências.
Área de Concentração: Saúde Pública

:

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª Dr^a Maria Rejane Ferreira da Silva
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Isabella Chagas Samico
Instituto Materno-infantil de Pernambuco

Ana Maria de Brito
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a Maria Rejane Ferreira pelo apoio em todas as etapas deste trabalho e pelas importantes contribuições na execução da pesquisa;

Ao Prof. Eduardo Freese pela força, incentivo, disponibilidade e, sobretudo pela incontestável contribuição científica que muito tem contribuído para minha formação;

Aos Prof Isabella Samico, André Monteiro e Ana Brito pelas brilhantes sugestões;

A Yluska Almeida e Louisiana Quinino pelo empenho e dedicação na coleta de dados;

Às equipes dos Distritos Sanitários da Secretaria de Saúde do Recife e aos profissionais do programa Saúde da Família que tão gentilmente aceitaram participar da pesquisa;

Ao meu esposo – *Denis*, aos meus pais – *Tito e Noemi* e às minhas irmãs - *Dani e Bela* por acreditarem em meus sonhos e me ajudar a torná-los realidade;

À Carolzinha pela amizade e ajuda na confecção do Abstract;

Aos colegas e professores do mestrado pelo incentivo e troca de conhecimentos que muito contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional;

À equipe do Laboratório de Apoio ao Processo de Municipalização (LAMSAÚDE) – *Eduarda Cesse, Luciana Caroline, Luciana Dubeux, Pricila e Sarita* pela amizade e troca de experiências;

Aos amigos da Diretoria de Vigilância à Saúde pela compreensão e incentivo e especialmente à *Patrícia Ismael e Cristiane Ratis* pelas contribuições que muito enriqueçam este estudo;

À todos os funcionários do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) pelo apoio durante esta jornada.

“Conhecer não é o ato do qual um sujeito transformado em objeto, recebe dócil e passivamente os conteúdos que outro lhe dá ou impõe. O conhecimento pelo contrário, exige uma presença curiosa do sujeito face ao mundo. Requer sua ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica invenção e reinvenção”.
(Paulo Freire)

RESUMO

A crescente importância das doenças cardiovasculares no perfil epidemiológico da população brasileira tem induzido o poder público a propor atividades sistemáticas, com a finalidade diminuir a morbimortalidade por estes agravos. Entre estas atividades o controle da hipertensão arterial tem se apresentado como uma das estratégias prioritárias. As ações propostas possuem uma adequada normatização do Ministério da Saúde e estão previstas para serem realizadas no âmbito do Programa de Saúde da Família (PSF). Considerando a contemporaneidade da implantação do PSF e do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, bem como as potencialidades do uso da avaliação em saúde para a melhoria das ações propostas, o presente estudo tem como objetivo avaliar a implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife-PE, em 2006. Para tanto, foi realizada uma avaliação normativa das dimensões da estrutura e do processo de trabalho para definição do grau de implantação da atenção ao hipertenso e analisado elementos contextuais, considerando-se as dimensões político-normativa e técnico-gerencial e organizacional. Foi construído um modelo lógico da atenção ao hipertenso na atenção básica, a partir de informações constantes em documentos oficiais, normas e estudos realizados. O modelo lógico subsidiou a construção dos instrumentos de coleta de dados. Para verificação do grau de implantação foi utilizado um questionário estruturado que foi aplicado a profissionais (médico ou enfermeira) de 72 Equipes de Saúde da Família (ESF). Utilizou-se um sistema de escores que permitiu classificar o grau de implantação das atividades propostas, em excelente quando apresentou de 90 a 100% das atividades implantadas, satisfatório de 70 a 79%, insatisfatório de 50 a 69% e crítico menor que 50%. Para análise do contexto foram entrevistados os coordenadores do programa de hipertensão arterial nos Distritos Sanitários e analisados documentos oficiais. Os principais achados apontam para uma significativa fragilidade na atenção ao hipertenso. A ausência de uma coordenação geral do programa e a insipiência das coordenações dos DS foi uma das principais razões do baixo desempenho encontrado. O grau de implantação da atenção a hipertensão arterial foi insatisfatório em todos os Distritos Sanitários. A dimensão da estrutura apresentou um pior desempenho que o processo de trabalho, apesar de ambas as dimensões apresentarem um grau de implantação insatisfatório a dimensão da estrutura aproximou-se do nível crítico do grau de implantação. As principais dificuldades encontradas na dimensão da estrutura foram: infra-estrutura das Unidades de Saúde da Família inadequadas, deficiência de insumos e uma baixa qualificação dos profissionais na atenção ao hipertenso. Na dimensão do processo de trabalho as principais fragilidades foram quanto a realização de atividades preventivas coletivas, o agendamento das consultas de acordo com o risco ou necessidade do hipertenso e no uso da informação para o planejamento de ações. O planejamento mostrou-se crítico tanto por parte dos profissionais das ESF quanto pela coordenação do programa nos Distritos Sanitários.

Palavras chave: hipertensão arterial, avaliação em saúde, atenção básica, Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

The increasing importance of cardiovascular illness in the epidemiologist profile of the Brazilian population has induced the public power to consider systematic activities on purpose to diminish these morbidity and mortality torts. Between these activities the arterial hypertenseness control has been presented as one of the priority strategies. The proposed actions have intense standardization in the Brazilian health department and are foreseen to be realized in the Family Health Program (PSF). Considering the concurrent PSF implantation and the reorganization of the arterial hypertenseness and diabetes mellitus attention plan, as well as the potentialities of the health evaluation use for the proposed actions improvement, the present study intends to evaluate the arterial hypertenseness attention program implantation by the Family Health team in Recife-PE city at 2006. In such a way, normalized evaluation and process dimensions were used to determine the implantation degree and to analyze the context components, considering politician-normative and technician-managemental and systematized dimensions. A logical hypertenseness attention model was constructed to be applied in the basic attention using informations from official documents, norms and studies. The logical model subsidized the instruments construction of data collection. It was applied structuralized questionnaires that were answered by professionals (doctor or nurse) of 72 Family Health teams. A score system was used to classify the degree implantation of the proposed activities. It was attributed excellent degree to score between 90 and 100%, satisfactory to 70-79%, inadequate degree to 50-69% and less critic one when it was 50%. The arterial hypertenseness program coordinations were interviewed for the context analysis. The main findings pointed an hypertenseness attention fragility. The coordination absence in the central level of the program and the insipient action of the coordinators in the sanitary districts are some of the main reasons for the lower founded practice. The degree the arterial attention was unsatisfactory in all Sanitary Districts. The dimension of the structure presented one worse performance that the work process, although both the dimensions to present a unsatisfactory degree implantation, the dimension of the structure were come close to the critical level of the implantation degree. The main difficulties found in the dimension of the structure had been: inadequate infrastructure of the Health Family Units, deficiency of material and one low qualification the professionals in the hypertenseness attention. In the dimension work process the main fragilities had been the accomplishment of collective preventive activities, the setting appointments the consultations in accordance with the risk or necessity of hypertenseness and the use the information for the planning of action. The planning revealed in such a way critical on the part of the professionals and the coordination of the program in the Sanitary Districts.

Key Words: arterial hypertenseness, evaluation on health, basic attention, Family Health Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS:	PÁG
Quadro 1 Classificação diagnóstica da hipertensão arterial	17
Quadro 2 Estratificação do risco cardiovascular segundo fatores de risco ou doenças associadas e o grau da hipertensão	18
Quadro 3 Características sócio-econômicas. Recife, 2006	48
Quadro 4 Matriz de medidas com as dimensões, componentes, critérios avaliados, pontuação e fontes de verificação	60
Quadro 5 Caracterização dos sujeitos pesquisados	68

FIGURAS:	PÁG
Figura 1 Coeficiente de mortalidade por doença hipertensiva (100.000 hab). Brasil, Pernambuco e Recife, 1980 a 2004	22
Figura 2 Coeficiente de internação hospitalar por doença hipertensiva (100.000 hab). Brasil, Pernambuco e Recife, 1996 – 2006	24
Figura 3 Pirâmide etária. Recife, 2006	47
Figura 4 Modelo lógico resumido da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas equipes de saúde da família	52
Figura 5 Necessidade de capacitação na atenção a hipertensão arterial segundo os profissionais das equipes de Saúde da Família. Recife, 2006	75
Figura 6 Suficiência de cotas para realização de exames laboratoriais básicos segundo profissionais das equipes de Saúde da Família. Recife, 2006	81

LISTA DE TABELAS

TABELAS:	PÁG
Tabela 1 Número de Unidades e Equipes de Saúde da Família e tamanho da amostra segundo Distrito Sanitário. Recife, 2005	54
Tabela 2 Número de questões por dimensão avaliada e pontuação recebida.	58
Tabela 3 Avaliação da dimensão da estrutura por componente e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006	70
Tabela 4 Avaliação do componente área física e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006	70
Tabela 5 Avaliação do componente recursos humanos e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006.	71
Tabela 6 Avaliação do componente equipamentos e material básico e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006	72
Tabela 7 Avaliação do componente medicamentos básicos e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006	73
Tabela 8 Avaliação da dimensão do processo de trabalho por componente e subcomponente e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006	74
Tabela 9 Avaliação do componente ações de prevenção e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006	75
Tabela 10 Avaliação do subcomponente diagnóstico de casos e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006	76
Tabela 11 Avaliação do subcomponente cadastramento (vinculação) e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006	77
Tabela 12 Avaliação do subcomponente tratamento e acompanhamento e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006	79
Tabela 13 Avaliação do subcomponete sistema de referência e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006	81
Tabela 14 Avaliação do componente uso da informação e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006.	82
Tabela 15 Grau de implantação da atenção ao hipertenso segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AVC - Acidente Vascular Cerebral
BA - Bahia
CAADAB – Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CGDANT – Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis
DS – Distrito sanitário
ESF – Equipe de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
GM – Gabinete do Ministro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INCA – Instituto Nacional do Câncer
MG – Minas Gerais
mmHG – milímetros de Mercúrio
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
ONG – Organização Não Governamental
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA – Pressão Arterial
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE - Pernambuco
PNI – Programa Nacional de Imunização
PR – Paraná
PROESF – Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

RPA – Região Político-administrativa

REFORSUS – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde

RJ – Rio de Janeiro

RS – Rio Grande do Sul

RX – Raio X

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH – Sistema de Informações Hospitalar

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UST - Unidade de Saúde Tradicional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Hipertensão arterial sistêmica: um desafio para a saúde pública	15
<i>1.1.1 Conceitos e classificação</i>	16
<i>1.1.2 Fatores de risco</i>	18
<i>1.1.2.1 Fatores de risco constitucionais</i>	18
<i>1.1.2.2 Hábitos e estilos de vida</i>	19
<i>1.1.2.3 Ambiente psicossocial</i>	20
1.1.3 A epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil	21
<i>1.1.3.1 Mortalidade</i>	21
<i>1.1.3.2 Morbidade</i>	22
1.1.3.2.1 Internações hospitalares	23
<i>1.1.3.2.2 Prevalência</i>	24
1.1.4 Estratégias utilizadas para prevenir e controlar a hipertensão arterial	25
1.2 A estratégia Saúde da Família como eixo reorganizador das práticas assistenciais	28
1.3 Avaliação em saúde: no campo de reflexões e práticas	35
2 JUSTIFICATIVA	41
3 OBJETIVOS	43
3.1 Objetivo geral	44
3.2 Objetivos específicos	44
4 MATERIAL E MÉTODO	45
4.1 Área de estudo	46
4.2 Estratégia de pesquisa	48
<i>4.2.1 Modelo lógico</i>	49
<i>4.2.2 Avaliação da dimensão da estrutura</i>	50
<i>4.2.3 Avaliação da dimensão do processo de trabalho</i>	50
<i>4.2.4 Determinação do grau de implantação</i>	51
<i>4.2.5 Análise do contexto</i>	51
4.3 Sujeitos de estudo	53
4.3.1 Grau de implantação	53
<i>4.3.1.1 Desenho amostral</i>	53

<i>4.3.2 Análise do contexto</i>	54
4.4 Instrumento e procedimentos para a coleta de dados	54
<i>4.4.1 Grau de implantação</i>	55
<i>4.4.2 Análise do contexto</i>	55
4.5 Descrição das variáveis de estudo	56
4.6 Plano de Análise	57
<i>4.6.1 Grau de Implantação</i>	57
<i>4.6.2 Análise do Contexto</i>	65
4.7 Aspectos Éticos	65
5 RESULTADOS	66
5.1 Caracterização dos sujeitos pesquisados	67
5.2 Avaliação do grau de implantação	68
<i>5.2.1 Avaliação da dimensão da estrutura</i>	69
<i>5.2.2 Avaliação da dimensão do processo de trabalho</i>	73
<i>5.2.3 Determinação do grau de implantação</i>	83
5.3 Análise do contexto	84
<i>5.3.1 Dimensão político-normativa</i>	84
<i>5.3.2 Dimensão técnico-gerencial e organizacional</i>	85
6 DISCUSSÃO	89
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
8 RECOMENDAÇÕES	111
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial se apresenta como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade. No Brasil, o incremento de sua participação no perfil de morbimortalidade da população ocorreu em meio a transformações políticas, econômicas e sociais. A partir da segunda metade do século XX, com a intensificação dos processos de industrialização e urbanização, estas transformações geraram complexos processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional que vêm ocorrendo simultaneamente num contexto marcado pela iniquidade social (CESSE; FREESE, 2006; FREESE; FONTBONNE, 2006).

As principais características das “transições” são o aumento na longevidade da população com um importante incremento na expectativa de vida, modificações nos hábitos alimentares e comportamentais e a passagem de um perfil de morbimortalidade em idades mais precoces, com predomínio das doenças infecciosas e parasitárias, para um perfil de morbimortalidade em idades mais avançadas, provocadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e por causas externas (FREESE; FONTBONNE, 2006; KALANCHE et al., 1987; LAURENTI, 1990).

As DCNT, entre elas a hipertensão arterial, são caracterizadas como um grupo de enfermidades que apresentam um processo de instalação insidioso, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, com evolução para graus variados de incapacidade ou para morte, acometendo principalmente a população adulta (LESSA, 1998). Não há uma única causa responsável pelo surgimento das DCNT, mas, vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência, tornando-se bastante complexo o tratamento e o controle destas patologias (CHOR et al., 1995; LOTUFO, 1998).

A prevenção, o diagnóstico precoce, bem como um acompanhamento sistemático e o tratamento de acordo com as necessidades dos indivíduos se apresentam como estratégias fundamentais para o controle da hipertensão arterial. Para que estas medidas sejam realizadas com êxito torna-se necessário a superação de alguns entraves como: o desconhecimento da real magnitude da hipertensão no Brasil (LESSA, 1998), o modelo assistencial hegemônico que não contempla a totalidade da situação de saúde da população (PAIM, 1999), bem como a insipiência da avaliação dos serviços de saúde como prática fundamental para melhoria da qualidade dos serviços oferecidos (FIGUEIRÓ et al., 2004).

Desta forma será realizada uma revisão teórica sobre as questões que envolvem a problemática da hipertensão arterial no intuito de melhor compreendê-la. Inicialmente será abordado a hipertensão arterial como um problema de saúde pública, seus conceitos e classificações mais relevantes, além, das principais estratégias para controlá-la. Também

serão abordados os modelos assistenciais vigentes, dando ênfase à estratégia de Saúde da Família como eixo reorganizador das práticas assistenciais e os principais conceitos e classificações na área de avaliação em saúde.

1.1 Hipertensão arterial sistêmica: um desafio para a saúde pública

A hipertensão arterial apresenta-se atualmente como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida da população brasileira (FUCHS, 2004). Esta patologia se caracteriza por uma elevada prevalência, dificuldades no controle e um grande número de complicações que acarretam um expressivo custo médico e social. Além de ser um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares (LESSA, 1998).

A relação entre a ocorrência de hipertensão arterial e doenças cardiovasculares foi constatada pela primeira vez no estudo de Framingham. Este estudo tem por objetivo identificar os fatores ou características que contribuem para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Originalmente foi composto por uma coorte de 5.209 homens e mulheres com idade entre 30 e 62 anos residentes na cidade de Framingham, Massachusetts, Estados Unidos da América (EUA). A coorte teve início em 1948 e continua em seguimento até os dias atuais. Os participantes, a cada dois anos, são avaliados com uma detalhada história médica, exame físico e testes laboratoriais que permitiu a identificação de uma série de fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial, hipercolesterolemia, obesidade, diabetes, uso de tabaco, sedentarismo, entre outros). Em 1971, este estudo incorporou uma nova coorte composta pela segunda geração de participantes formada pelos filhos adultos da coorte inicial e em 2002 por seus netos. O objetivo do incremento destas novas coortes é conhecer como as doenças cardiovasculares afetam as famílias e ajudar no desenvolvimento de novas formas de prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares (NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE, 2006).

Outro estudo de grande importância foi o Interheart. Trata-se de um estudo de caso-controle que teve como objetivo melhor conhecer as relações entre fatores de risco cardiovascular e infarto agudo do miocárdio em diferentes regiões do mundo. O Interheart foi realizado em 52 países dos cinco continentes, no qual foram analisados 15.152 casos e 14.820 controles. Este estudo demonstrou que nove fatores de risco são responsáveis por 90% do risco atribuível para o infarto agudo do miocárdio. O tabagismo e a dislipidemia foram

responsáveis por cerca de dois terços deste risco, e os fatores psicossociais, obesidade central, baixo consumo de frutas e vegetais, uso regular de álcool, sedentarismo, diabetes mellitus e hipertensão arterial também estavam associados, mesmo com algumas diferenças relativas nas diferentes regiões estudadas (YUSUF et al., 2004).

1.1.1 Conceitos e classificação

A Organização Mundial da Saúde definiu a hipertensão arterial como sendo “uma doença caracterizada por uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou diastólica acima de um valor considerado como normal” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978). Atualmente, no Brasil, é seguido o valor recomendado pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Estas Diretrizes propõe uma classificação diagnóstica considerando-se os níveis da pressão arterial (PA) sistólica e diastólica. O indivíduo é categorizado como normotenso (PA menor que 130 x 85 mmHg), normal limítrofe (PA entre 130 – 139 x 85 – 89 mmHg) ou hipertenso (PA igual ou maior que 140 x 90 mmHg ou o aumento isolado da PA sistólica com valores igual ou maior a 140 mmHg). Os hipertensos são divididos em três categorias de acordo com a gravidade ou grau da hipertensão (QUADRO 1). Sendo que para se considerar o indivíduo hipertenso suas cifras tensionais necessitam se encontrar alteradas em duas ou mais aferições, realizadas em momentos diferentes.

Além da classificação diagnóstica a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial recomenda a estratificação do risco cardiovascular. Este é feito a partir da avaliação da presença de fatores de risco cardiovasculares e doenças associadas juntamente com o nível da pressão arterial. O risco cardiovascular poderá variar de baixo a muito alto (QUADRO 2) e irá orientar o tratamento e a prevenção de doenças e complicações cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Dessa forma, o significado clínico de um determinado nível de pressão arterial não pode ser interpretado isoladamente, mas em conjunto com outros fatores que afetam o risco cardiovascular do indivíduo como o tabagismo, a dislipidemia, o sedentarismo, a obesidade e o diabetes mellitus (YUSUF et al., 2004).

Pressão arterial sistólica (PAS)	Pressão arterial diastólica (PAD)	Classificação*
<130	< 85	Normal
130 – 139	85 – 89	Normal limítrofe
140 – 159	90 – 99	Hipertensão leve (grau 1)
160 – 179	100 – 109	Hipertensão moderada (grau 2)
> ou = 180	> ou = 110	Hipertensão grave (grau 3)
> ou = 140	< 90	Hipertensão sistólica (isolada)

Quadro 1 Classificação diagnóstica da hipertensão arterial

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006.

*O valor mais alto sistólico ou diastólico estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando a pressão sistólica e diastólica situa-se em categorias diferentes, o maior deve ser utilizado para classificar o estágio.

Fatores de risco ou doenças associadas	Normal	Normal limítrofe	Grau 1 - Hipertensão leve	Grau 2 - Hipertensão moderada	Grau 3 - Hipertensão grave
I – Sem outros fatores de risco	SR (1)	SR	RB	RM	RA
II – 1-2 fatores de risco	RB (2)	RB	RM	RM	RMA
III - 3 ou + fatores de risco ou lesões em órgãos alvo ou diabetes	RM (3)	RA	RA	RA	RMA
IV - Condições clínicas associadas	RA (4)	RMA (5)	RMA	RMA	RMA

Quadro 2 Estratificação do risco cardiovascular segundo fatores de risco ou doenças associadas e o grau da hipertensão

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006.

(1) SR = Sem risco adicional (2)RB = Risco baixo

(3) RM = Risco Médio (4) RA = Risco Alto

(5) RMA = Risco muito alto

Outra forma de classificar a hipertensão arterial refere-se a sua etiologia. Seguindo esta classificação a hipertensão é dividida em primária ou essencial e secundária. A hipertensão primária ou essencial é aquela para a qual não existe causa orgânica evidente. Estima-se que este tipo de hipertensão seja responsável por aproximadamente 95% dos casos diagnosticados. A secundária, por sua vez, engloba todos os outros casos advindos da administração de drogas, gravidez ou de complicações de doenças prévias (LÓLIO, 1990).

1.1.2 Fatores de risco

Os resultados do estudo de Framingham influenciaram a realização de estudos em todo o mundo que tentaram identificar os determinantes da hipertensão arterial (NATIONAL HEALHT, LUNG AND BLOOD INSTITUTE, 2006). Grande parte destes estudos é de corte transversal que se caracterizam por possuir um grande valor descritivo. Contudo, este tipo de estudo apresenta um pequeno potencial explicativo não sendo capaz de estabelecer relações de causa e efeito. Desta forma, o mecanismo causador da elevação da pressão arterial ainda não se encontra bem definido. Sabe-se, contudo, que a atuação de diversos fatores de risco ligados aos hábitos, aos estilos de vida e ao ambiente psicossocial, conjuntamente com a suscetibilidade do indivíduo aumentam a probabilidade de sua ocorrência (CHOR et al., 1995; MOLINA et al., 2003).

Para proporcionar uma maior compreensão do complexo de determinação da hipertensão arterial será descrito sucintamente os seus principais fatores de risco agrupados em três categorias: os fatores constitucionais; os relacionados ao ambiente psicossocial e os ligados aos hábitos e estilos de vida. Esses últimos, também denominados de fatores modificáveis, são alvo atualmente da maioria das intervenções que visam a prevenção e o controle da hipertensão arterial, apesar da importância crescente que vem assumindo os fatores do ambiente psicossocial.

1.1.2.1 Fatores de risco constitucionais

Entre os fatores de risco constitucionais, destacam-se: a idade, o sexo e a hereditariedade. O aumento da idade tem sido frequentemente relacionada ao incremento na prevalência da hipertensão arterial (COSTA et al., 1990; DUNCAN et al., 1993; GUS et al., 2004; LÓLIO, 1993; PICCINI; VICTORA, 1994). Contudo, esta tendência não foi encontrada em estudo realizado entre os índios Guarani-Mbyá, comunidade caracterizada por viver em isolamento, não mantendo contato com o mundo moderno, seus hábitos e estilos de vida (CARDOSO et al., 2001). Desta forma, Block (1998) levantou a hipótese de que o acúmulo de hipertensos em idades mais avançadas parece estar relacionado ao maior tempo de exposição aos fatores de risco e ao acúmulo de casos no decorrer dos anos.

Em relação ao sexo, Costa et al. (1990); Jadue et al. (1999); Lessa (1998), identificaram uma maior prevalência de hipertensão arterial entre os indivíduos do sexo masculino até a faixa etária de 45/50 anos, a partir desta, a prevalência se apresenta mais elevada entre as mulheres. Contudo, Piccini e Victora (1994) em estudo sobre a prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco cardiovascular no município de Pelotas - RS não encontraram diferenças estatisticamente significantes entre os sexos.

A hereditariedade é outro fator de risco constitucional que vêm sendo relacionada a hipertensão arterial. Piccini; Victora (1994) encontraram associação positiva entre história familiar paterna ou materna com prevalência significativamente maiores de hipertensão arterial quando comparados com indivíduos que não apresentavam história familiar. Apesar do tipo de transmissão genética envolvida com a determinação da hipertensão arterial ainda não se encontrar bem definido (DRAGER; KRIGER, 2004).

1.1.2.2 Hábitos e estilos de vida

O segundo conjunto de fatores são os relacionados aos hábitos e estilos de vida entre os quais se destacam: a obesidade, o uso exagerado de sal e o sedentarismo. A obesidade aparece como o fator de risco mais bem caracterizado para a hipertensão arterial, detendo cerca de 10 a 20% do risco atribuível à população (LESSA, 1998). No estudo de Framingham 70% dos casos de hipertensão em homens e 61% em mulheres foram atribuídos diretamente ao excesso de peso (HUBERT, 1983). Souza et al. (2003) em estudo sobre a prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular no município de Campos - RJ encontraram um risco 1,8 vezes maior entre os obesos de desenvolver hipertensão do que entre os não obesos.

Apesar de consolidada a relação entre o uso de sal e hipertensão arterial, ainda não está bem esclarecido os mecanismos de atuação deste eletrólito sobre a elevação da pressão arterial (MOLINA et al., 2003). Sabe-se, contudo, que existem indivíduos sódio-sensíveis e outros sódio-resistentes. Os sódio-sensíveis têm a pressão arterial elevada proporcionalmente ao aumento do consumo de sódio. Os sódio-resistentes não sofrem qualquer alteração da pressão arterial com o consumo deste eletrólito (AUGUSTO; GERUDE, 2005).

Além disto, deve-se considerar que o uso de sódio na alimentação envolve considerações antropológicas que indicam que a adição de sal ao alimento é recente na história da humanidade, relacionada à necessidade de conservação do alimento e não de

necessidades dietéticas (LÓLIO, 1990). Strumer et al. (2006) analisando o manejo não medicamentoso dos hipertensos atendidos em uma unidade básica de saúde de Pelotas-RS identificaram que 6,1% dos hipertensos adicionavam sal a comida após o cozimento. Em estudo realizado na população de índios Guarani-Mbyá, Cardoso et al. (2001) encontrou menores prevalências de hipertensão arterial atribuída, entre outros fatores, a não adição de sal no preparo de alimentos. Contudo, Molina et al. (2003) chama a atenção para a existência de fatores de confusão presentes em estudos de fatores de risco cardiovascular em populações primitivas, uma vez que o sedentarismo e a obesidade estão mais presentes em sociedades contemporâneas e podem influenciar no maior acometimento de hipertensão nestas populações.

O padrão sedentário tem se tornado o padrão predominante nas sociedades contemporâneas na qual o desenvolvimento de tecnologias eliminou, em grande parte, a necessidade de grandes esforços físicos no trabalho, nas atividades domésticas e como meio de locomoção (LESSA, 1998). Piccini; Victora (1994); Gus et al. (2004) detectaram uma associação estatisticamente significativa ente hipertensão arterial e sedentarismo. Peñal et al. (2001) avaliando os efeitos de um programa educativo para reforçar o conhecimento do controle dos fatores de risco da hipertensão arterial, encontraram uma redução 30% no risco de morrer por enfermidade cardiovascular nos indivíduos que realizavam cerca de 20 minutos de exercícios diários, de intensidade de leve a moderada quando comparados com indivíduos sedentários.

1.1.2.3 Ambiente psicossocial

Os fatores de risco ambientais têm ganhado importância crescente na determinação da hipertensão arterial, entre estes se destacam: a ocupação, a classe social e o estresse. Block (1998) salienta que a distribuição dos riscos de adoecer e morrer segundo distintas formas de inserção socioeconômica está relacionado tanto à exposição da população a condições adversas de trabalho quanto a condições específicas de vida.

Desta forma, a hipertensão arterial encontra-se freqüentemente associada aos estratos sociais mais baixos, à baixa escolaridade, aos estressores sociais crônicos (pobreza, hostilidade, racismo, aglomeração, entre outros), às ocupações menos qualificadas e aos estressores do trabalho (COSTA et al., 1990; LÓLIO et al., 1993; MARTINS et al., 1997).

Carvalho (1993) realizou um estudo de caso–controle pareado por idade e sexo entre os pacientes assistidos em uma unidade de saúde de Madri (Espanha). Foram analisados 250 casos e 250 controles. Este autor identificou entre outros fatores, o impacto das relações familiares insatisfatórias e conflituosas e das relações de trabalho inadequadas e/ou intensivas como geradoras de instabilidades ou tensão e destaca a importância dos fatores psicossociais na determinação da hipertensão arterial.

Além, dos atributos biológicos e demográficos das populações, do estilo de vida predominante e dos fatores do ambiente psicossocial, Lessa (1998) chama atenção ao fato da magnitude da hipertensão arterial também variar em decorrência das características da organização dos serviços de saúde, uma vez que a ausência de programas de promoção e proteção contribui para que indivíduos livres de fatores de risco venham adquiri-los ou que os que já os possuem não sejam beneficiados com estratégias adequadas para diminuição ou eliminação dos riscos.

1.1.3 A epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil

O complexo mecanismo envolvido na determinação da hipertensão arterial aliado ao desconhecimento de sua real magnitude e distribuição dificulta a adoção de estratégias eficazes no controle desta patologia. No Brasil, a epidemiologia da hipertensão arterial ainda é pouco estudada, além disto, a maioria dos estudos são realizados nas regiões sul e sudeste do país não sendo representativos da realidade Nacional (LESSA, 1998). A seguir serão descritos alguns estudos epidemiológicos com destaque para a mortalidade, a morbidade hospitalar e a prevalência da hipertensão arterial no Brasil.

1.1.3.1 Mortalidade

As estatísticas de mortalidade não retratam a real contribuição da hipertensão arterial na mortalidade da população quando se considera apenas o estudo das causas básicas de morte. Isto decorre do fato de algumas regras de seleção da causa básica aplicadas às causas registradas nas Declarações de Óbito, considerarem complicações da hipertensão arterial, a

exemplo do infarto agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares e cardiopatia hipertensiva, em detrimento da própria doença que iniciou a cadeia de eventos que levou à morte (CHOR,1999; LESSA, 1998). Entretanto, o estudo das taxas de mortalidade nos permite conhecer sua distribuição na população e sua tendência num período de tempo.

A mortalidade por doença hipertensiva, no período de 1980 a 2004, apresentou uma tendência crescente tanto para o Brasil quanto para o estado de Pernambuco e o município do Recife. Melhorias na qualidade do sistema de informações sobre mortalidade pode ter contribuído para os resultados encontrados, bem como o aumento na expectativa de vida da população e uma maior exposição a fatores de risco. Em de Pernambuco, o coeficiente de mortalidade ficou acima da média Nacional, fato também observado entre os residentes do Recife. Este município apresentou os maiores coeficientes de mortalidade quando comparados com o Brasil e Pernambuco, mostrando a gravidade do problema nesta região do país (FIGURA 1).

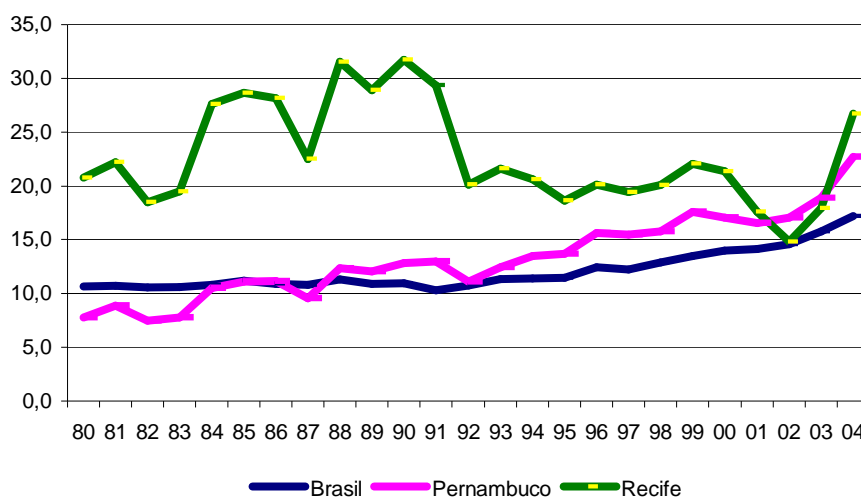


Figura 1 Coeficiente de mortalidade por doença hipertensiva (100.000 hab). Brasil, Pernambuco e Recife, 1980 a 2004

Fonte: Elaboração própria com dados do SIM/DATASUS/MS

1.1.3.2 Morbidade

Em relação a morbidade a hipertensão arterial apresenta-se como uma das doenças mais prevalentes entre os adultos em todo o mundo industrializado e na maioria dos países em

desenvolvimento, sobretudo nos grandes centros urbanos. Entre as estratégias utilizadas para determinar sua magnitude e distribuição destaca-se: a análise a partir de dados de internações hospitalares e de inquéritos populacionais. (LESSA, 1988). Além dessas estratégias, Monteiro et al (2005) propuseram um sistema de monitoramento de fatores de risco para DCNT, por meio de entrevistas telefônicas.

1.1.3.2.1 Internações hospitalares

O sistema de informações hospitalares (SIH) é uma importante fonte de informações acerca das internações realizadas no Brasil. Carvalho (1997) refere que nesse sistema são registrados entre 70% a 80% das internações. Segundo esta autora, nos procedimentos de alta e média complexidade os registros das internações chega a atingir cerca de 90% do total das internações realizadas no país.

A morbidade hospitalar por hipertensão arterial oferece informações indiretas sobre a prevalência da doença, uma vez que apenas detecta os casos de maior gravidade que demandam internações e fornecerem outras informações necessárias para o planejamento da assistência aos hipertensos (LESSA, 1998).

Silva (2005) em estudo sobre o perfil das internações hospitalares por DCNT em Pernambuco constatou que no período de 1998 a 2003, entre as doenças do aparelho circulatório, a hipertensão arterial primária foi responsável por 17,3% das internações neste grupo de agravos, sendo superadas apenas pela insuficiência cardíaca que foi responsável por 27,3% das internações.

O coeficiente de internações hospitalares por doença hipertensiva no período de 1996 a 2006, apresentou uma tendência decrescente, tanto para o Brasil quanto para Pernambuco e para o Recife (FIGURA 2).

Alguns fatores podem estar envolvidos na diminuição das internações por este agravo, entre estes temos: o aumento do número de pessoas fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (LESSA, 1998), a redução no quantitativo de autorização de internações hospitalares (AIH) ocorrida no período, e a expansão da atenção básica (SILVA, 2005).

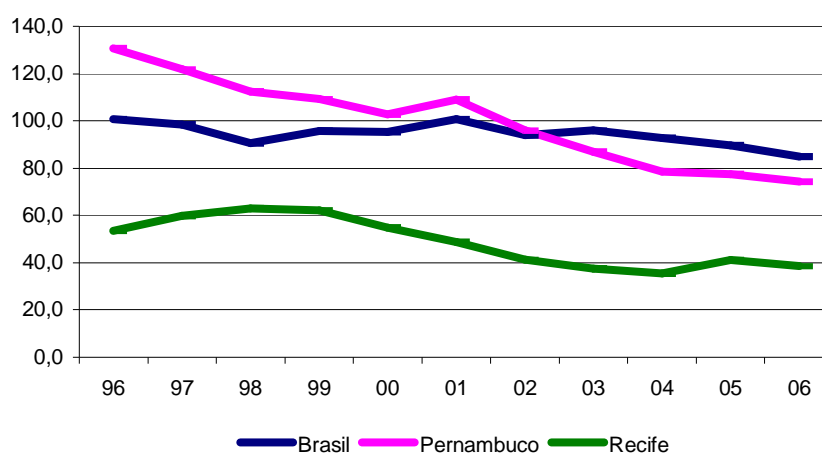


Figura 2 Coeficiente de internação hospitalar por doença hipertensiva (100.000 hab). Brasil, Pernambuco e Recife, 1996 - 2006
Fonte: Elaboração própria com dados do SIH/DATASUS/MS

1.1.2.2.2 Prevalência

Os estudos de prevalência são importantes fontes de conhecimento da frequência de agravos na população e também servem para identificação de modificações ocorridas após intervenções (LESSA, 1998). Desde os estudos pioneiros de Achuti et al. (1988); Barreto; Meira (1980); Costa (1983); Klein (1985) que estimaram a prevalência da hipertensão arterial em diferentes localidades do Brasil, o número de estudos transversais para estimar a prevalência de hipertensão no país tem aumentado.

Apesar do crescimento verificado a variabilidade de estratégias metodológicas adotadas nos diferentes estudos inviabiliza a comparação dos resultados encontrados, destacando-se o critério adotado para classificar a hipertensão arterial. Esse critério vem sofrendo modificações desde a definição inicial feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que adotou como ponto de corte a PA maior ou igual a 160 X 95 mmHg (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978). Atualmente, considera-se hipertenso o indivíduo que apresenta a PA maior ou igual 140 x 90mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Tomando-se como referência os atuais critérios para classificação da hipertensão arterial, alguns estudos populacionais foram realizados no país. Estes estudos identificaram uma prevalência de 41,1% em Salvador - BA (FORMIGLI et al. 1999), 31,5% em Catanduva

- SP (FREITAS et al., 2001), 30,5% em Campos - RJ (SOUZA et al., 2003), 23,3% em Bambuí - MG (LIMA-COSTA et al., 2004), 33,7% no Rio Grande do Sul (GUS et al., 2004) e 33,6% em São Paulo - SP (MARCOPITO et al., 2005).

Contudo, as informações procedentes desses estudos não permitem extrapolar com segurança a magnitude da hipertensão no país, uma vez que não são representativos da população do Brasil. Apenas em 2002/2003 foi realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) o primeiro inquérito Nacional sobre fatores de risco para DCNT, entre eles a hipertensão arterial. O inquérito foi realizado no Distrito Federal e em quinze capitais brasileiras utilizando como estratégia metodológica a morbidade auto-referida. Este estudo identificou, entre outros achados, uma prevalência de hipertensão arterial de 26,6% para o consolidado das capitais estudadas e de 29,5% para o Recife (BRASIL, 2004a).

1.1.4 Estratégias utilizadas para prevenir e controlar a hipertensão arterial

Apesar da elevada prevalência de hipertensão arterial, apenas um pequeno contingente populacional sabe de sua condição e, mesmo sabendo, não se trata adequadamente. Pelo menos 50% dos hipertensos que sabem de sua condição não fazem uso de nenhum tipo de tratamento e, dentre os que fazem, uma parcela reduzida tem a pressão arterial controlada (LESSA, 1998).

Gus et al. (2004) detectaram em inquérito realizado no Rio Grande do Sul que 49,2% dos hipertensos desconheciam sua condição, 10,4% tinham conhecimento de ser hipertenso, mas não seguiam o tratamento, 30,1% seguiam o tratamento, porém não apresentavam controle adequado e apenas 10,4% seguiam tratamento com um controle adequado. Entre os indivíduos que sabiam ser hipertensos 80% apresentavam a pressão arterial maior que 140/90 mmHg.

Esse quadro caracterizado por uma elevada prevalência e um inadequado controle dos níveis tensionais é, em parte, reflexo da insipiência de políticas que atendam às necessidades da população e enfrentem o problema da hipertensão arterial em suas diversas dimensões.

Até o início da década de 80 do século XX, pouco se sabia sobre a epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil. Existiam escassos estudos em populações restritas que não eram representativos da realidade nacional. Como estratégia foi proposto um estudo multicêntrico em nove capitais brasileiras, contudo, esse estudo não teve seguimento por “falta de recursos”

do Ministério da Saúde. Apenas em 1989 foi lançado o programa de controle da hipertensão arterial que fracassou em algumas de suas estratégias. Os principais problemas foram a falta de medicação, de recursos humanos e materiais, além do desinteresse dos profissionais e a desarticulação entre os níveis centrais e periféricos do sistema de saúde (LESSA, 1998).

Como forma de contornar muitos desses problemas, o Ministério da Saúde lançou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Este plano está alicerçado em diretrizes que envolvem desde a vinculação dos hipertensos e diabéticos às Unidades Básicas de Saúde, à garantia de medicamentos, ações de promoção da saúde e controle de fatores de risco, bem como a reorganização da alta e média complexidade e a instituição de elencos mínimos de informações sobre a ocorrência desses agravos (BRASIL, 2001b).

Além da prevenção, o plano tem como objetivo tratar os portadores de hipertensão arterial, mantendo seus níveis tensionais sob controle, tendo em vista a prevenção de complicações, co-morbidades e a mortalidade precoce (BRASIL, 2001b). O tratamento da hipertensão arterial depende de um bom diagnóstico, conscientização do paciente sobre a doença e, principalmente, da escolha adequada do esquema terapêutico, seja ele farmacológico ou não (GÓES; MARCON, 2002).

O plano conta também com a adoção de estratégias para implementação das ações e superação de suas principais dificuldades. As mais citadas são o desconhecimento da população acerca da etiologia, das complicações e dos fatores de risco modificáveis da hipertensão arterial, bem como a não adesão ao tratamento de uma parcela significativa de hipertensos (LESSA, 1998; OIGMAN; NEVES, 1998; PEÑAL et al., 2001).

Peñal et al (2001), em estudo sobre o grau de conhecimento que os hipertensos tem a respeito da etiologia, complicações e fatores de risco modificáveis da hipertensão arterial, aplicaram um questionário antes e outro após a instauração de um programa educativo. Estes autores constataram que os hipertensos possuíam um grau de conhecimento insuficiente sobre alguns dos aspectos investigados. Contudo, estes autores observaram uma melhora no grau de conhecimento desses indivíduos após a execução do programa preventivo, evidenciando os efeitos positivos da intervenção realizada.

A não adesão ao tratamento é o principal problema do fracasso terapêutico da hipertensão. Lessa (1998) define adesão como o grau de seguimento dos indivíduos à orientação médica, essa pode referir-se ao tratamento e/ou consultas. A não adesão às orientações corresponde por sua vez ao abandono. Segundo Oigman; Neves (1998), após dois anos do início do tratamento, o percentual de abandono chega a atingir 75% dos hipertensos.

Como fatores contribuintes para as elevadas taxas de abandono, Góes; Marcon (2002) citam o custo de alguns medicamentos, o erro involuntário no seguimento da prescrição, o uso de vários medicamentos ao mesmo tempo e efeitos colaterais indesejáveis. Além da igualdade na abordagem terapêutica para todos os indivíduos hipertensos, não se levando em consideração as diferentes histórias individuais (VIEIRA, 2003) e problemas relacionados ao serviço de saúde, ao médico ou equipe de saúde (LESSA, 1998).

A estratégia preconizada no plano para contornar muitos desses problemas foi a vinculação dos hipertensos às unidades básicas de saúde, onde estes indivíduos deverão receber cuidados e orientações contínuas da equipe de saúde, bem como medicação anti-hipertensiva. Por meio da Portaria nº 371/GM de quatro de março de 2002, ficou instituído o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica ao Hipertenso e ao Diabético como parte integrante do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Esse programa tem por objetivo ofertar continuamente para a rede básica de saúde o captopril 25 mg, a hidroclotiazida 25 mg e o propranolol 50mg, além de medicação hipoglicemiante, cadastrar os portadores de hipertensão e diabetes e acompanhar e avaliar os impactos na morbimortalidade da população devido à hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus (BRASIL, 2002b).

Como mecanismo facilitador para o planejamento e gerenciamento da atenção ao hipertenso e ao diabético foi criado o instrumento de cadastro e acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, o Hiperdia. Esse sistema de informação se apresenta como uma importante ferramenta que possibilita o conhecimento do quantitativo de hipertensos e da magnitude da hipertensão em uma localidade. Entre outras atividades, o Hiperdia permite: o planejamento do fornecimento contínuo de medicações e a construção dos perfis demográfico, clínico e epidemiológico da população atendida (BRASIL, 2002c). Contudo, para que o sistema funcione adequadamente torna-se necessário à adesão contínua por parte dos profissionais no cadastramento dos hipertensos, bem como o estímulo por parte da gerência das unidades de saúde para a utilização de suas informações no planejamento das atividades destinadas ao controle da hipertensão arterial.

Outra estratégia que vem sendo utilizada com bons resultados é a realização de orientações e esclarecimentos em grupos de hipertensos. Segundo Góes; Marcon (2002) esta abordagem tem um papel muito importante para o estímulo a mudanças nos hábitos de vida e, conseqüentemente, no sucesso do tratamento. Além do que, possui as vantagens de proporcionar o atendimento de um maior número de pacientes, promover a socialização, troca de experiências e apoio mútuo entre os participantes.

1.2 A Estratégia Saúde da Família como eixo reorganizador das práticas assistenciais

A análise crítica da prática médica ocorrida no Brasil ao longo da última década de 70 desencadeou um processo de reflexão sobre os modelos assistenciais. Segundo Teixeira (2006) esses podem ser definidos sob duas perspectivas: a primeira toma como referencial a teoria do processo de trabalho em saúde e a segunda, uma perspectiva ampliada, sistêmica.

Adotando a teoria do processo de trabalho como referência, Paim (1999) definiu modelos assistenciais como “[...] combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaço-população incluindo ações sobre o ambiente, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde”. O referido autor reforça que sob essa perspectiva, os modelos de atenção são formas de organização entre os sujeitos, mediadas por tecnologias, cujo propósito é intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

A concepção sistêmica, por sua vez, considera os modelos assistenciais em três dimensões: a gerencial, que trata dos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; a organizacional, relativa ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços e a tecno-assistencial que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho (TEIXEIRA, 2006).

No Brasil, os modelos assistenciais foram sendo conformados no decorrer da história, sendo extremamente influenciados pelas tendências mundiais e os diversos momentos de consolidação do capitalismo nacional e internacional (MERHY et al., 2004). As políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não é fruto apenas do momento atual, mas de uma longa trajetória de formulações e lutas (CUNHA; CUNHA, 2001).

O surgimento de um modelo assistencial não inviabiliza a existência do anterior, eles convivem simultaneamente estando um predominando sobre os demais. Atualmente observa-se a presença concomitante de vários tipos de modelos assistenciais no Brasil, destacando-se o sanitarista, o médico assistencial privatista e os denominados alternativos (SILVA JÚNIOR, 1998).

O sanitarismo campanhista surgiu no Brasil no início do século XX, ligado ao modelo econômico agroexportador que exigia o saneamento das áreas de circulação de mercadorias e o controle de doenças de forma a não prejudicar a exportação. Esse modelo caracteriza-se por uma visão militarista, de combate às doenças de massa, possuindo uma administração única e

vertical (MERHRY et al., 2004). O sanitarismo campanhista persiste nos dias atuais por meio de campanhas e programas especiais, convivendo com outros tipos de modelos assistenciais.

Entre esses o modelo médico assistencial privatista, que teve início no Brasil na década de 1920, com o surgimento da assistência médica previdenciária sob a influência da medicina liberal. Este modelo foi se consolidando nas décadas seguintes e recebeu um grande impulso na década de setenta com a expansão do financiamento e sustentação deste tipo de modelo pelo setor público (MENDES, 1993). Atualmente é o modelo hegemônico no país e caracteriza-se por atender a demanda espontânea, isto é atende aos indivíduos que procuram por sua livre iniciativa os serviços de saúde, dependendo de sua percepção do que é doença. Além, de ser predominantemente curativo, hospitalocêntrico, tende a prejudicar o atendimento integral ao indivíduo e não se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população (PAIM, 1999).

Essas formas de intervenção vêm sendo muito criticadas por não contemplarem a totalidade da situação de saúde, não se preocuparem com os problemas dos serviços de saúde, com os determinantes mais gerais da situação sanitária, não enfatizarem a integralidade da atenção e não estimular a participação comunitária (PAIM, 1999).

Além disto, as inúmeras transformações ocorridas nas últimas décadas com destaque para as transições epidemiológica, demográfica e político-institucional, trazem a necessidade da construção de modelos capazes de responder às novas realidades como o declínio das doenças agudas em jovens e o incremento das crônicas em idosos; o deslocamento do objeto das práticas de indivíduos para famílias; o desenvolvimento de novas abordagens voltadas para hábitos e estilos de vida; às novas concepções de práticas educativas e a busca de novos cenários de práticas de saúde (GOULART, 1999).

Diante dessas questões, vêm sendo propostos e elaborados modelos assistenciais alternativos, visando a integralidade da atenção e o impacto sobre os problemas de saúde. Esses modelos sofreram forte influência das experiências da medicina comunitária, que teve como marco a Conferência de Alma Ata, na qual foi reafirmada a saúde como um direito de todos e estabelecido a atenção primária como estratégia para se conseguir Saúde Para Todos no Ano 2000, e do movimento da Reforma Sanitária, surgido no Brasil na década de 1970, que teve como objetivo reestruturar o sistema de saúde brasileiro (CUNHA; CUNHA, 2001).

A abertura política pós-golpe militar de 1964, ocorrida nos anos de 1980, favoreceu as discussões da Reforma Sanitária. O movimento sanitário que teve início na década anterior nos departamentos de medicina preventiva e social, com o apoio de várias entidades como o CEBES e a ABRASCO foi intensificado e culminou em 1986 com a VIII Conferência

Nacional de Saúde. Essa teve como objetivo discutir uma nova proposta de política de saúde para o país. Desse encontro surgiram propostas para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde conhecido como o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

O arcabouço jurídico-legal para esse projeto adveio com a promulgação da Constituição de 1988, onde foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS reconhece a saúde como um direito de cidadania, amplia a noção de saúde e tem como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação popular que irão orientar as práticas de saúde em todo o território nacional (BRASIL, 1988).

O sistema de saúde foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e pela Lei nº 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão dos SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (BRASIL, 2001e, 2001f).

Para que o SUS tivesse operacionalidade foram instituídos instrumentos reguladores como as Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas em 1991, 1993 e 1996; as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) editadas em 2001 e 2002 e mais recentemente o pacto pela vida, editado em 2006. Esses instrumentos por possuírem caráter transitório, possibilitam a atualização das regras nos diferentes estágios da implementação do SUS, favorecendo a reorganização do modelo assistencial (BRASIL, 1991, 1993a, 1996a, 2001d, 2002a, 2006a).

Nesse contexto surgiram propostas de reorientação dos serviços de saúde, como alternativas ao modelo médico assistencial privatista, pautados nos princípios do SUS. Entre esses se destaca as experiências da Bahia com os Sistemas Locais de Saúde; de Curitiba – PR com as Cidades Saudáveis; de Campinas - SP com o Em Defesa da Vida (SILVA JÚNIOR, 1998). Em âmbito nacional, foi lançado pelo governo federal o Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1997).

O Programa Saúde da Família foi normatizado e adotado como política de intervenção assistencial pelo Ministério da Saúde, em 1994 (VIANA; DAL POZ, 2005). A partir de 1998, o PSF deixou de ser um programa especial e passou a ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde. Sendo uma política de universalização da cobertura da atenção básica, tornando-se um espaço de reorganização do processo de trabalho, na medida em que a maior parte dos problemas de saúde da população poderá ser resolvido neste

nível de assistência, apenas os casos de maior gravidade devem ser referenciados para os níveis de maior complexidade (TEIXEIRA, 2006).

Anterior ao PSF foi instituído o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), inicialmente implantado nas regiões Norte e Nordeste, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil e materna. A partir de 1993, o PACS passou a desenvolver ações básicas de saúde, identificar fatores determinantes do processo saúde-doença e servir de elo de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde (BRASIL, 1994).

Por ser uma proposta assistencial limitada em sua potência de resolver os principais problemas de saúde da população, o Ministério da Saúde ampliou o PACS, incorporando novas categorias profissionais e novos elementos reguladores, transformando-o em PSF (BRASIL, 1997).

A concepção do PSF é resultado da articulação de noções e conceitos provenientes de distintas disciplinas do campo da Saúde Pública, resultando em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo pautado pela organização sistêmica dos serviços como: caráter multiprofissional das equipes de trabalho; utilização da informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde e a busca da integralidade das práticas no âmbito da atenção básica (TEIXEIRA, 2006).

Envolve uma série de ações sendo as principais uma maior ênfase na atenção básica, mudança do foco da atenção que deixa de ser o indivíduo e passa a ser a família e o estabelecimento de uma base territorial definida, onde uma equipe é responsável por um número limitado de famílias, permitindo o estabelecimento de vínculos e laços de compromisso e de co-responsabilidade com a comunidade. O PSF apresenta um caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência, por um novo processo de trabalho centrado na vigilância à saúde (BRASIL, 1997, 2006b).

A vigilância à saúde foi criada a partir de uma releitura crítica do modelo da História Natural das Doenças desenvolvido por Leavell e Clarck (1976). A partir desta concepção a vigilância à saúde incorpora a análise concreta das práticas de saúde a partir da implementação de políticas públicas saudáveis; a reorganização das práticas de vigilância (epidemiológica, sanitária e ambiental) para o controle de riscos ou danos e de assistência dirigidas ao atendimento das necessidades a saúde da população (TEIXEIRA, 2006).

A equipe mínima de saúde da família é formada por um médico, uma enfermeira e de cinco a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis por no máximo 4.000 habitantes (BRASIL, 2006b). Em 2000, foram incorporados os profissionais de saúde bucal, que vieram

somar esforços na superação dos problemas sanitários da comunidade assistida pelo PSF (BRASIL, 2000).

As funções da equipe estão distribuídas entre visitas domiciliares, educação em saúde, atendimentos em consultório e manutenção dos sistemas de informação em saúde sob forte normatização pelo Ministério da Saúde. A Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida na Atenção Básica, devendo estar vinculada à rede de serviços de forma a garantir atenção integral aos indivíduos e famílias, favorecendo a referência para as unidades de saúde de maior complexidade e a contra-referência (MERHY et al., 2004).

Como estratégias de expansão e fortalecimento do PSF, o Ministério da Saúde instituiu uma série de medidas:

a) A mudança na forma de financiamento da atenção básica, com a criação do Piso Assistencial Básico, instituído pela NOB/96, posteriormente denominado Piso da Atenção Básica. Esse define, com base em uma referência *per capita* nacional, o repasse financeiro fundo a fundo das ações básicas de saúde, além de instituir um valor adicional de incentivo ao PACS e PSF (BRASIL, 1996a) A partir de então, observa-se um rápido crescimento no número de equipes de Saúde da Família implantadas em todo o território nacional;

b) A criação dos pólos de capacitação, formação e educação continuada para Saúde da Família, em 1997, financiados pelo Reforço a Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS) (BRASIL, 1996b);

c) o Pacto da Atenção Básica, instituído em 1999, como um instrumento de nacional de monitoramento e avaliação (BRASIL, 1999);

d) O Programa de Expansão do Saúde da Família (PROESF), uma parceria ente o Ministério da Saúde e o Banco Mundial voltada para o fortalecimento da atenção básica. O PROESF está estruturado em três áreas de atuação: a primeira destinada à conversão do modelo de atenção e expansão do PSF, no qual foram alocados recursos para estruturação de equipes/unidades de saúde da família em municípios com mais de 100.000 habitantes. Os municípios foram escolhidos por possuírem áreas com uma elevada concentração populacional e uma grande heterogeneidade social e econômica. A segunda, relacionada ao desenvolvimento de recursos humanos, devido à insuficiência de profissionais capacitados para atuarem no PSF e a terceira, visa a institucionalização do monitoramento e avaliação nos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Apesar do PSF ter avançado em termos de adscrição da clientela, responsabilização, vínculo com a equipe, humanização das relações usuários/sistema de saúde (MEHRY et al., 2004), algumas questões necessitam ser repensadas para que esta estratégia consiga

efetivamente mudar o modelo assistencial hegemônico na busca do atendimento as reais necessidades da população. Segundo Paim (p. 485, 1999):

faltam evidências que apontem a Saúde da Família como estratégia suficiente para reorganização dos modelos assistenciais dominantes. As experiências positivas verificadas em distintos municípios [...] estão distantes de transformar o sistema de saúde brasileiro.

Teixeira (2006) chama a atenção para o fato de nenhuma proposta apresentada, até o momento, dá conta sozinha, de todos os aspectos envolvidos no processo de mudança das práticas de saúde. Para tanto, seria necessário mudanças macro-organizativas no sentido de formulação e implementação de políticas que criem condições para mudanças no nível das micro-práticas, tanto em relação ao conteúdo quanto da forma de organização das relações entre os agentes das práticas e desses com os usuários dos serviços de saúde. E destaca que um modelo de atenção deve levar em consideração a heterogeneidade estrutural da situação de saúde e do sistema de serviços de saúde em cada localidade, devendo ser estabelecido princípios e diretrizes que possam ser adaptados às diversas realidades.

Merhy et al. (2004) citam algumas situações que reduzem a potência do PSF na sua capacidade de produzir mudanças no modelo assistencial hegemônico. Entre essas, destaca-se: a concepção de um formato único para todo o país e equipes que minimiza as diferenças locais; o desconhecimento da necessidade de atendimento à demanda espontânea; desvirtuamento das visitas domiciliares que acabam reduzidas às ações rotineiras dos agentes comunitários de saúde e ocasional dos demais profissionais; alta rotatividade dos profissionais e instabilidade nas equipes.

Outros problemas encontrados foram a tendência a burocratização do processo de gerenciamento do trabalho na ESF por meio de um número excessivo de formulários, planilhas e outros documentos utilizados no processo de planejamento, programação, supervisão, controle e avaliação das ações realizadas; a desarticulação do PSF com a regionalização da assistência, gerando entraves em muitos municípios em atender às demandas da população por serviços de apoio diagnóstico e internações hospitalares (TEIXEIRA, 2006).

Além do que, nos municípios com mais de 100.000 habitantes, o PSF passa a competir de fato com o modelo médico assistencial privatista, enfrentando resistência à sua implantação, inclusive por parte dos profissionais de saúde e da população usuária

acostumada a consumir serviços especializados, tornando-se necessário a criação de novas estratégias para a implantação do PSF neste conjunto de municípios (TEIXEIRA, 2006).

Avanços importantes foram alcançados na organização das práticas de saúde com a adoção do PSF como política de governo. Contudo, a adoção de medidas para superar muitos dos entraves supracitados se faz necessário para que o PSF contribua de fato para mudança do modelo de atenção no sentido de superar concepções e práticas voltadas para o mercado e respondam às necessidades de saúde da população, contribuindo para melhoria das condições de vida em nosso país.

1.3 Avaliação em saúde: novo campo de práticas e reflexões

A avaliação e o monitoramento vêm ganhando importância crescente nas últimas décadas. Apesar de ser uma atividade bastante antiga, inerente ao processo de aprendizagem, a avaliação sofreu um processo de expansão durante a segunda guerra mundial (WORTHEN et al., 2004). Nesse período, o crescimento dos sistemas de proteção social incorporou segmentos populacionais até então não assistidos pelos programas de governo que gerou aumento nos custos e exigiu processos avaliativos que orientassem a aplicação dos recursos pelo Estado (HARTZ, 1997; UCHIMURA; BOSI, 2002).

Além da necessidade de avaliar a eficiência dos serviços e do sistema de saúde, outros fatores contribuíram para que a avaliação em saúde se firmasse como um novo campo de conhecimento e de práticas, destacando-se: a incorporação contínua de novas tecnologias; a ampliação e crescente complexidade organizacional dos serviços de saúde; e a crescente necessidade de informação sobre a eficácia, a efetividade e o funcionamento do sistema (CÉSAR; TANAKA, 1996; CONTRANDIOPOULOS et al., 1997).

No Brasil, a avaliação de políticas e programas de saúde começa a se desenvolver a partir da década de 1980, tanto do ponto de vista acadêmico como de sua incorporação ao cotidiano da administração pública (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; UCHIMURA; BOSI, 2002). Recentemente, observa-se o aumento no debate em torno da pertinência da institucionalização da avaliação nos serviços de saúde (BODSTEIN et al., CONTRANDIOPOULOS, 2006; FREESE et al., 2005; FELISBERTO et al., 2006; TANAKA; MELO, 2002), apesar dessa atividade ainda se apresentar de forma incipiente, pouco incorporado às práticas, possuindo, quase sempre um caráter prescritivo e burocrático (BRASIL, 2005a).

Nesse contexto, foi criado em 2003, no âmbito do Ministério da Saúde, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAADAB), no Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde. Essa coordenação foi estruturada em torno de um conjunto de iniciativas voltadas para o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, e para a indução e realização de estudos e pesquisas, com o objetivo de produzir informação e fomentar a institucionalização da avaliação no SUS (FELISBERTO, 2004).

A institucionalização da avaliação é entendida como a incorporação dessa atividade no cotidiano dos gestores e dos profissionais de saúde. A avaliação passaria a ser uma demanda

interna de acompanhamento de todo o processo de planejamento e gestão das políticas ou programas, permitindo o direcionamento de prioridades (FELISBERTO, 2006).

A institucionalização da avaliação tem como objetivo consolidar o SUS por meio da qualificação das práticas de saúde. Seu uso rotineiro auxilia os gestores e profissionais de saúde a planejar, implantar intervenções e a aferir se os objetivos e os resultados esperados foram alcançados. Além de estimular o interesse dos cidadãos em atribuir valor aos serviços públicos e contribuir com o gerenciamento dos resultados, na perspectiva de uma maior eficiência nos gastos (FELISBERTO, 2006; TANAKA; MELO, 2002).

Segundo FIGUEIRÓ et al. (2004) a avaliação é fundamental para a compreensão das ações realizadas e dos resultados obtidos no campo da atenção à saúde, permitindo a verificação da execução e da qualidade das ações desenvolvidas. Além de ser um importante instrumento para a tomada de decisões, a avaliação orienta a correção, reorganização, reestruturação, implantação e implementação de políticas, programas e projetos e de novas práticas nos serviços de saúde (FREESE et al., 2005).

VIERA-DA-SILVA (2005) caracteriza a avaliação em saúde como um campo de conhecimento marcado por uma diversidade conceitual e terminológica, uma pluralidade metodológica e por uma multiplicidade de questões consideradas pertinentes. O termo avaliação reúne diversas atividades, cujo espectro varia desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social até uma pesquisa avaliativa. Sendo que as práticas de saúde podem constituir-se em objeto de avaliação em diversas dimensões, variando do cuidado individual até os níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas e serviços ou sistemas (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994).

Devido às diversas possibilidades de expressão da avaliação em saúde e sua polissemia conceitual e metodológica torna-se obrigatório uma explicação das opções teóricas e técnicas adotadas por aqueles que pretendem realizar estudos avaliativos (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; WORTHEN et al., 2004).

Nesse sentido, no presente estudo optou-se pela definição de Contandriopoulos et al. (p. 34, 1997) devido ao seu caráter simples e abrangente. Esses autores definem avaliação como “[...] fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. A intervenção é um conjunto de meios organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens e serviços e para modificar uma situação problemática. O significado do “julgamento” pode variar desde a formulação de um juízo de valor dicotômico qualitativo ou

quantitativo até uma análise que envolva o significado do fenômeno (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Freese et al. (2005) destacam que o julgamento de valor não é um ato neutro. Os valores e as referências que fundamentam a visão de mundo de quem interpreta a situação irá influenciar diretamente no resultado da avaliação por meio da escolha do referencial teórico, das categorias de análise, do método, das técnicas, dos instrumentos e dos indicadores utilizados.

Hartz (1999) chama a atenção ao fato de que além de permitir um julgamento de valor, a avaliação também objetiva garantir a implantação prática das políticas ou o funcionamento dos serviços. As informações produzidas contribuem no julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões (CONTRANDIOPOULOS, 2006).

Em relação à abordagem adotada no presente estudo seguiu-se o referencial proposto por Donabidian (1988). Este autor, com base no enfoque sistêmico e principalmente preocupado em avaliar a qualidade do cuidado médico, sistematizou diversas propostas de abordagens na tríade: estrutura-processo-resultados.

A estrutura corresponde às características relativamente estáveis como os recursos materiais, humanos e organizacionais. O processo se refere ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação profissionais e pacientes. E os resultados são o produto das ações e as modificações no estado de saúde de indivíduos e da população (DONABIDIAN, 1988).

O referido autor considera o processo como a melhor abordagem para avaliar a qualidade do cuidado. Ressalta, também, a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e, conseqüentemente, de seus resultados. Alerta, contudo, que o uso isolado de qualquer uma destas abordagens apresenta-se insuficiente e que a melhor estratégia seria a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens (DONABIDIAN, 1988).

Segundo Vuori (1991) o fundamento da abordagem da estrutura consiste em que boas pré-condições têm maior possibilidade de resultar em um processo favorável do que pré-condições básicas precárias. A abordagem do processo, por sua vez, está baseada no fundamento de que o processo realizado à luz do conhecimento científico corrente tem maior probabilidade de que seus resultados sejam melhores do que se o processo correto não seja seguido.

Uchemura; Bosi (2002) relatam que o modelo proposto por Donabidian tem apresentado grande aceitabilidade nas avaliações na área de saúde, em virtude de sua

comparabilidade e subsequente utilidade para os programas de saúde, uma vez que essa abordagem contempla a lógica de funcionamento desses serviços: recursos, organização, atividades, serviços e efeitos. Vieira-da Silva (2005) chama atenção da real adequação da utilização desse modelo na prática dos serviços de saúde uma vez que a estrutura necessariamente não influi no processo, e o processo nem sempre guarda relação com o resultado.

A partir da definição de Contrandiopoulos et al. (1997) identifica-se o objetivo básico da avaliação que é o de produzir julgamento de valor. Segundo esses autores, o julgamento poderá ser feito a partir de uma avaliação normativa ou de uma pesquisa avaliativa.

A avaliação normativa consiste em “[...] fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços e bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas”. Os critérios e normas podem ser resultados de uma pesquisa avaliativa ou de outros tipos de pesquisa, ou fundamentado no julgamento de pessoas bem-informadas ou de *experts* na área (CONTRANDIOPOULOS et al., 1997, p. 34).

A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção utilizando metodologias científicas. Esse tipo de avaliação é utilizado para analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, além de examinar as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção e o contexto no qual está situada. A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análise: estratégica; de intervenção, da produtividade, da implantação, do rendimento; e dos efeitos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Segundo Viera-da-Silva (2005) a análise de implantação é um tipo de pesquisa avaliativa muito relevante para a avaliação de programas de saúde, uma vez que permite ao investigador estudar os processos relacionados à operacionalização dos referidos programas. Este tipo de pesquisa é de grande utilidade quando existe uma ampla variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

O interesse pelos problemas ligados à implantação das intervenções surgiu dos limites existentes nas avaliações tipo “caixa preta”. Nesse tipo de avaliação os efeitos de uma intervenção são avaliados sem se levar em consideração os processos envolvidos, fazendo com que muitas vezes se avalia os efeitos de uma intervenção com um grau de implantação inferior ao previsto, levando a um julgamento negativo dos resultados encontrados (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Denis; Champagne (1997) propuseram uma tipologia para análise de implantação. Segundo os autores a análise de implantação pode ser classificada em três componentes: o primeiro que analisa os determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção; o segundo, analisa a influência da variação da implantação sobre os efeitos observados; e o terceiro, analisa a influência da interação entre o contexto da implantação e a intervenção sobre os efeitos observados.

Segundo essa tipologia, a análise do contexto é etapa fundamental da análise de implantação, principalmente no seu primeiro e terceiro componentes (BODSTEIN, 2002). Denis; Champagne (1997) relatam que vários modelos conceituais têm sido utilizados para estudar o contexto no qual uma intervenção foi implantada. Os modelos mais frequentemente utilizados são o racional; o de desenvolvimento organizacional; o psicológico; o estrutural; e o político. Esses autores citam que cada um dos referidos modelos apresenta limitações, o que os fizeram propor um novo modelo denominado político-contingente. Segundo o qual, o processo de implantação deve ser abordado a partir de uma perspectiva política. Deve-se, contudo, levar em consideração características estruturais que influenciam no processo de implantação das intervenções.

Bodstein (2002) enfatiza que a análise do contexto de implantação é fundamental para se alcançar uma compreensão mais global da intervenção, uma vez que a presença de atores, interesses diversos e o cenário político-institucional podem explicar o sucesso ou o fracasso na implantação da intervenção. Além disso, também influencia na distância entre o planejado e o executado.

Tanaka; Melo (2002) chamam a atenção ao fato de que a análise do contexto deve ser considerada não apenas na fase inicial da avaliação, mas, como parte integrante dos achados. A análise do contexto permitirá um melhor entendimento sobre grande parte das explicações encontradas, e enfatizam que muitas avaliações que não consideram o contexto em que é realizada produzem resultados binários de causa e efeito, o que permite um julgamento bastante direcionado, prescritivo e com características punitivas.

Outro aspecto relevante no campo da avaliação diz respeito ao crescimento da importância das avaliações orientadas pela teoria do programa. Chen (1990) define teoria de um programa como um conjunto de pressupostos, princípios ou proposições que explicam ou guiam a ação social. A teoria de um programa deve especificar tudo que deve ser feito para alcançar os objetivos desejados; quais os impactos que podem ser antecipados; e como isso se produz (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Medina et al. (2005) ressaltam a importância da explicitação clara dos pressupostos que orientam a formulação da avaliação de programas. Os mesmos autores citam ainda que a explicitação dos pressupostos traz como vantagem uma maior precisão do desenho do programa, um maior manejo na definição de responsabilidades e um melhor planejamento dos estudos avaliativos.

A ênfase na teoria como estratégia metodológica para avaliação de programas remete a elaboração de modelos lógicos ou teóricos como componentes necessários desse processo (CONTRANDIOPOULOS et al., 1997). A construção lógica pode derivar de várias fontes, entre elas, os resultados de pesquisas prévias, teorias das ciências sociais e da experiência dos gestores, avaliadores e profissionais que atuam na área (HARTZ, 2002).

Um modelo lógico ou teórico descreve a seqüência de eventos, por meio de uma síntese dos componentes essenciais desenhados em um fluxo, demonstrando como o modelo teoricamente pode ser utilizado (ELIAS; PATROCLO, 2005). Os elementos que compõe um modelo podem variar, mas de modo geral incluem insumos (inputs), as atividades, os produtos (outputs) e os efeitos a curto, médio e longo prazo (HARTZ, 1997).

Apresentar e discutir o modelo lógico de um programa permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados esperados (MEDINA et al, 2005), ajudando os avaliadores a estabelecer a razão do programa bem como conceber um instrumento de avaliação adequado (HARTZ, 2002).

2 JUSTIFICATIVA

Considerando:

- Os processos associados de transição epidemiológica, demográfica e nutricional que vêm passando a população brasileira nas últimas décadas;
- A importância da hipertensão arterial na morbimortalidade da população acima dos 20 anos, com impacto negativo na qualidade e expectativa de vida;
- O elevado número de complicações cardiovasculares acarretado pelo tratamento inadequado dessa doença;
- A importância da estratégia de Saúde da Família na prevenção e controle da hipertensão arterial;
- A importância da avaliação para melhoria na organização das práticas assistenciais e no planejamento de ações futuras.

Este estudo se justifica pela:

- Necessidade de avaliar a implantação da atenção à hipertensão arterial desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife, visando a sua implementação e aperfeiçoamento;
- Carência de estudos que avaliem a implantação da atenção ao hipertenso na atenção básica;
- Possibilidade de contribuir na reorganização da atenção ao hipertenso no nível primário de atenção.

Desta forma, a presente pesquisa pretende responder as seguintes questões:

- 1) Qual o grau de implantação da atenção à hipertensão arterial realizadas pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife no ano de 2006?
- 2) Quais as principais dificuldades na implantação e execução da atenção à hipertensão arterial realizadas pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

- Avaliar a implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife-PE, em 2006.

3.2 Objetivos Específicos:

- Estimar o grau de implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife-PE;
- Identificar as principais dificuldades na implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife-PE;

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Área de Estudo

O estudo foi realizado no município do Recife, situado a oeste do estado de Pernambuco. Este município possui uma área territorial de 218,7 km² e uma densidade demográfica de 6.501,8 habitantes por km² (RECIFE, 2002).

O Recife foi fundado em 1537, mas apenas tornou-se capital do estado em 1823. Em 1973 foi criada a Região Metropolitana do Recife (RMR), atualmente composta por 14 municípios, sendo o Recife o município-núcleo, exercendo influência social, econômica, cultural e política direta nos demais municípios Pernambucanos e em outros estados do Nordeste (RECIFE, 2002).

Segundo estimativa do censo IBGE (2001) para o ano de 2006, o Recife apresentava uma população de aproximadamente 1.501.010 habitantes, sendo 704.542 (46,5%) do sexo masculino e 810.508 (53,5%) do feminino. Outra característica demográfica importante é o elevado percentual de indivíduos em faixas etárias mais jovens e a tendência de estreitamento da base da pirâmide etária, indicativo do processo de envelhecimento populacional pelo qual vem passando sua população (FIGURA 3).

A base econômica do Recife se insere no setor terciário, no qual as atividades comerciais e de prestação de serviços são predominantes e respondem por 95% de todo o valor da riqueza gerada. As principais atividades econômicas se concentram nos centros comerciais, no setor de serviços médicos, de informática, de engenharia, de consultoria empresarial, nas atividades ligadas ao turismo, ensino e pesquisa, entre outras. Apesar do desempenho da economia formal, o Recife ainda se encontra fortemente ligado à chamada economia informal. Persiste uma enorme rede de atividades vinculadas ao comércio e serviços informais que mantém ocupada significativa parcela da população (RECIFE, 2002).

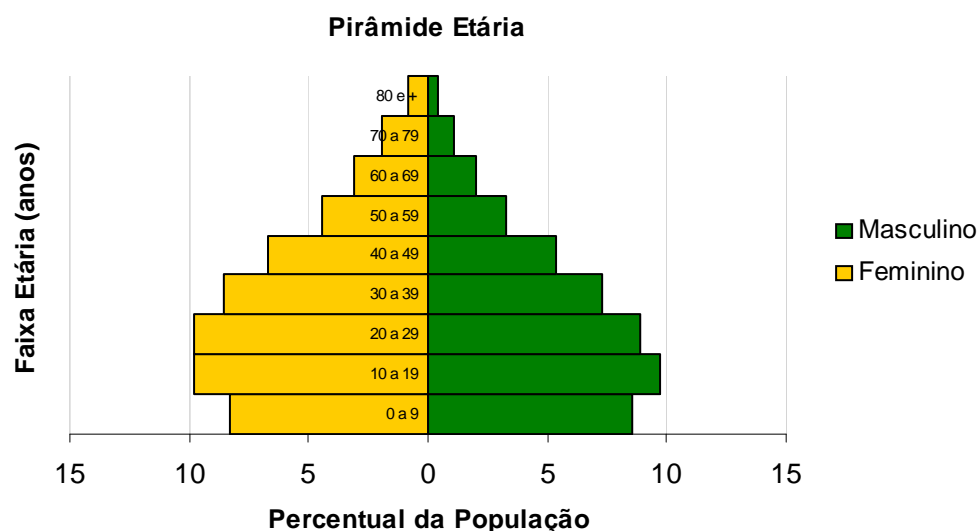


Figura 3 – Pirâmide etária do Recife, 2006
 Fonte: Datasus, Caderno de informações em saúde, dez./2006.

Apesar de Recife ser o município mais desenvolvido de Pernambuco com um IDH de 0,797 e 100% de área urbanizada, apresenta graves problemas sociais caracterizado por uma mortalidade infantil de 16,6 óbitos por mil nascidos vivos, para o ano de 2006, um percentual de analfabetos de 11,7% e 31,5% dos indivíduos vivendo com menos de ½ salário mínimo por mês (QUADRO 3).

O território do Recife, atualmente, está dividido em 94 bairros, distribuídos em seis Regiões político administrativas (RPA). Cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS) que é a unidade gerencial mínima da Secretaria de Saúde do município.

Em relação ao perfil epidemiológico para o ano de 2005, os dados da Divisão de Mortalidade da Secretaria Municipal de Saúde do Recife mostram que o município apresentou as doenças do aparelho circulatório como a principal causa de óbito (33,3 %), seguido pelas neoplasias (15,3%) e pelas causas externas (15,2%). Entre as doenças do aparelho circulatório predominaram os óbitos por infarto agudo do miocárdio (30,5%) e pelas seqüelas de doenças cerebrovasculares (10,4%). Em relação às internações hospitalares, os dados do SIH/SUS demonstram que a principal causa de internação, neste mesmo ano, foi a gravidez, o parto ou o puerpério (20,3%), seguida pelas internações por doenças do aparelho respiratório (9,7%) e do aparelho digestivo (9,6%).

CARACTERÍSTICA SÓCIO-ECONÔMICA		INDICADOR
Mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos)		16,6/ 1000 NV
Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos)		43,5/100000 NV
Esperança de vida ao nascer (anos)		68,6
Educação	Taxa de analfabetismo	11,7
	Média de anos de estudo	7,6
Renda	Renda per capita média	392,5
	Proporção de pobres (%)	31,5
Acesso a serviços	Água encanada (%)	87,8
	Energia elétrica (%)	99,9
	Coleta de lixo (%)	96,0
Índice de desenvolvimento humano (IDH)		0,797

Quadro 3 - Características sócio-econômicas. Recife, 2006

Fonte: Elaboração própria com dados dos do Datasus e da DVS/GOINM /SSRecife

Recife encontra-se habilitado em gestão plena do sistema municipal e apresenta a estratégia de Saúde da Família como o modelo de reorganização da atenção básica. Em dezembro de 2005, possuía 103 unidades de Saúde da Família com 213 equipes distribuídas nos seis distritos sanitários. O que representa uma cobertura de 44,95% da população residente no município.

4.2 Estratégia de Pesquisa

Foi realizada uma avaliação normativa das dimensões da estrutura e do processo de trabalho e analisado aspectos do contexto que possam influenciar o grau de implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família.

As etapas adotadas no desenvolvimento da pesquisa foram:

- Construção do modelo lógico;
- Avaliação da estrutura;
- Avaliação do processo;

- Determinação do grau de implantação;
- Análise de aspectos contextuais.

4.2.1 Modelo lógico

A construção do modelo lógico é uma importante etapa no planejamento de uma avaliação, permitindo a explicitação clara dos pressupostos que orientam sua formulação. Segundo Medina et al. (2005), o modelo lógico consiste em uma representação esquemática dos componentes e da forma de operacionalização do programa, considerando a seqüência lógica dos eventos. Para sua elaboração torna-se necessário ter clareza do problema, do contexto que o envolve e dos componentes essenciais do programa (HARTZ, 1999).

Dessa forma, a apresentação e discussão do modelo lógico permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados, além de otimizar o tempo disponível, os recursos destinados ao estudo e a definição dos indicadores a serem utilizados (MEDINA et al., 2005).

Baseado nas abordagens conceituais anteriormente citadas foi construído o modelo lógico da atenção à hipertensão arterial a ser desenvolvido na atenção básica. Para tanto, foram utilizados os seguintes documentos:

- Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/01 (BRASIL, 2001d);
- O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001b);
- Portaria Conjunta nº 2 de 05 de março de 2002 (BRASIL, 2002c);
- Portaria nº 235/GM de 20 de fevereiro de 2001 (BRASIL, 2001a);
- Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002 (BRASIL, 2002b);
- Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus (BRASIL, 2001c);
- Portaria nº 648/GM de março de 2006 (BRASIL, 2006b).

A construção do modelo lógico partiu da identificação dos problemas (ações de controle da hipertensão pouco efetivas, elevada prevalência de hipertensão e elevada morbimortalidade por doenças cardiovasculares). Após essa etapa apontou-se a intervenção a ser avaliada (reorganização da atenção à hipertensão arterial, tendo com eixo a atenção básica), identificou-se seus componentes (ações de prevenção, de controle e o uso dos sistemas de informação) e sub-componentes (as ações de controle estão divididas em:

diagnóstico, vinculação, tratamento e sistema de referência). Para cada componente e/ou sub-componente foi especificado a estrutura necessária (recursos humanos e materiais) e o processo adequado (ações a serem realizadas), visando resultados a curto e médio prazo que levariam em longo prazo a redução da morbimortalidade por hipertensão arterial e suas complicações cardiovasculares. O modelo lógico completo encontra-se no Apêndice A, e o resumido na figura 4.

4.2.2 Avaliação da estrutura

A avaliação da estrutura compreende um dos componentes da avaliação normativa. Segundo Contrandiopoulos et al (1997, p.35) consiste em “...saber em que medida os recursos são empregados para atingir os resultados esperados”. Esta medida ocorre através da comparação dos recursos e da organização da intervenção com critérios e normas pré-definidas.

Dessa forma, foi avaliado a estrutura física, a qualificação dos recursos humanos e a existência de equipamentos, insumos e medicamentos básicos quanto às normas preconizadas.

4.2.3 Avaliação da dimensão do processo de trabalho

A avaliação do processo de trabalho é outro componente da avaliação normativa. Consiste em “...saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas pré-determinadas em função dos resultados visados” (CONTRANDIOPOULOS et al., 1997, p. 36).

Neste sentido foram avaliados as ações de prevenção, de controle e o uso da informação. Sendo que nas ações de controle foi analisado o diagnóstico de casos, o cadastramento dos hipertensos, o tratamento e acompanhamento, e a existência de referência pra realização de exames laboratoriais, clínicas especializadas e hospitais.

4.2.4 Determinação do grau de implantação

Com base na avaliação de estrutura e do processo foi estimado o grau de implantação. Para tanto, utilizou-se um sistema de escores, a partir do método proposto por Felisberto (2001) (ver item 3.6), que permitiu classificar os Distritos Sanitários e o município do Recife em distintos níveis de implantação da atenção ao hipertenso desenvolvidas pelas ESF, em sua área de abrangência.

4.2.5 Análise do contexto

No intuito de melhor compreender as diferenças no grau de implantação encontradas, foi analisado alguns elementos do contexto nas dimensões político-normativa e tecnico-gerencial e organizacional que possam estar influenciando no grau de implantação da atenção à hipertensão arterial pelas ESF.

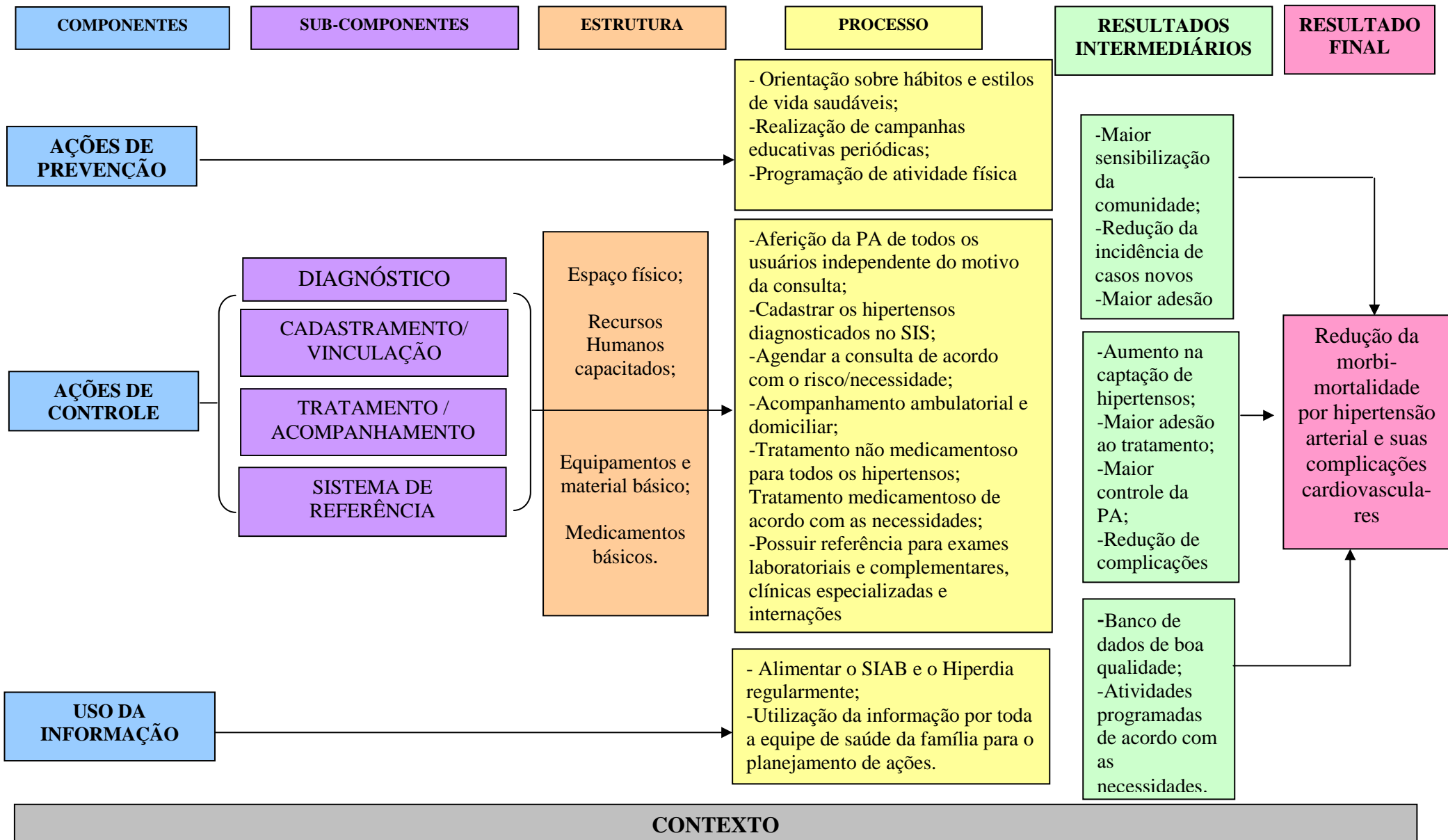


Figura 4 Modelo Lógico resumido da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família.

4.3 Sujeitos de estudo

Para responder aos objetivos propostos foram selecionadas diferentes sujeitos de estudo para avaliação do grau de implantação e para a análise dos determinantes contextuais, como se seguem:

4.3.1 Grau de implantação

Na avaliação das dimensões da estrutura e do processo de trabalho para a definição do grau de implantação, a população de estudo compreendeu uma amostra das ESF representativa dos seis DS do Recife, existentes e prestando atividades assistenciais em dezembro de 2005.

4.3.1.1 Desenho amostral

No processo de amostragem foi considerado um total de 213 ESF distribuídas em 104 Unidades de Saúde da Família (USF), utilizando-se os seguintes parâmetros: um P de 85% baseado em estudo realizado por Cavalcante (2004) que encontrou em 85% das ESF do município de Camaragibe as ações de controle da hipertensão implantadas; erro de 10% e um efeito do desenho de 1,3.

Encontrou-se uma amostra de 72 ESF (cerca de 1/3 das equipes) a serem analisadas, distribuídas em 35 USF (cerca de 1/3 das unidades). A seleção da amostra ocorreu por meio de sorteio aleatório em dois estágios, consistindo o primeiro deles na seleção das USF, e posteriormente, na seleção das ESF por Distrito Sanitário (TABELA 1).

Tabela 1 Número de Unidades e Equipes de Saúde da Família segundo Distrito Sanitário e tamanho da amostra. Recife, 2005

Distrito Sanitário	USF		ESF	
	Existentes	Amostra	Existentes	Amostra
I	8	3	15	5
II	17	6	38	13
III	21	7	38	13
IV	17	6	34	11
V	12	4	27	9
VI	28	9	61	21
Total	104	35	213	72

Fonte: Elaborado pela autora com dados da Gerência de Atenção Básica

/ Secretaria de Saúde do Recife, 2006

4.3.2 Análise do contexto

Na análise do contexto os sujeitos de estudo foram os coordenadores do programa de hipertensão arterial dos seis Distritos Sanitários do Recife. Nos distritos onde não havia coordenação do programa foram entrevistados os gerentes do Departamento de Atenção à Saúde.

4.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

Foram elaborados dois tipos de instrumentos para a coleta de dados, destinados à verificação do grau de implantação e análise do contexto. Também foram utilizados como fonte de informações os Planos Municipais de Saúde do Recife dos períodos de 2002/2005 e 2006/2009 (RECIFE, 2002, 2006) e os documentos oficiais que tratam da normatização da atenção à hipertensão arterial e do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1994, 1997, 2001a, 2001b, 2001c, 2002a, 2002b, 2002d, 2006b).

Foi realizado estudo piloto em uma ESF que não estava contida na amostra, para o pré-teste do instrumento e calibração das pesquisadoras no mês de maio de 2006. Neste piloto foram observados se todas as perguntas foram respondidas adequadamente, se ocorreram dificuldades de entendimento das questões, se alguma pergunta causou constrangimento, se existia termos dúbios, se a ordem das perguntas estavam adequada entre outros.

Antes das entrevistas foi realizado um contato prévio com os gerentes dos Distritos Sanitários onde foi esclarecido os objetivos do estudo para posterior agendamento das visitas as ESF.

4.4.1 Grau de implantação

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e duas auxiliares de pesquisa nos meses de junho e julho de 2006, por meio de entrevistas com um profissional diretamente relacionado à assistência ao hipertenso – médico ou enfermeiro, nas USF. Utilizou-se um questionário estruturado, construído a partir de critérios e normas para a atenção ao hipertenso, subsidiados pelo modelo lógico (APÊNDICE B).

4.4.2 Análise do contexto

A pesquisadora realizou nos meses de julho, agosto e setembro de 2006, entrevistas com coordenadores do programa de hipertensão nos DS ou com a gerente do Departamento de Atenção à Saúde nos DS que não possuíam coordenação do programa de hipertensão. Foram utilizados questionários estruturados (APÊNDICE C). Além das entrevistas foi analisado os Planos Municipais de saúde 2002/2005 e 2006/2009 (RECIFE, 2002, 2006) e documentos oficiais que tratam da normatização da atenção à hipertensão arterial e do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1994, 1997, 2001a, 2001b, 2001c, 2002a, 2002b, 2002d, 2006a).

4.5 Descrição das variáveis de estudo

As variáveis utilizadas no estudo foram:

- Avaliação da estrutura
 - Área física: Considerada o ambiente adequado ao interrelacionamento da equipe de Saúde da Família com os hipertensos. Essa área deve conter no mínimo uma sala de espera, uma recepção, consultórios em número suficiente para a consulta médica e de enfermagem, sala para reuniões e palestras;
 - Recursos humanos: São as pessoas envolvidas no cuidado do hipertenso. Foram verificadas a qualificação desses profissionais por meio da realização de curso de Especialização em Saúde Pública o Saúde da Família, de Treinamento Introdutório no PSF e Capacitação nas Ações de Controle da Hipertensão Arterial;
 - Equipamentos e material básico: São os insumos mínimos necessários para o atendimento adequado aos hipertensos. São eles: estetoscópio, esfignomamômetro com manguito de 12, 15 e 18cm, balança antropométrica para adultos, manual de controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, material educativo, ficha B do SIAB, ficha do HIPERDIA e prontuário multiprofissional;
 - Medicamentos básicos: São as medicações essenciais que a unidade de saúde deve manter para tratamento medicamentoso do hipertenso. São eles: captopril, propranolol e hidroclorotiazida.
- Avaliação do processo de trabalho
 - Medidas preventivas: Verificação da realização de ações educativas com a população em geral, com os hipertensos individualmente e com os hipertensos em grupo;
 - Diagnóstico de casos: Verificação da realização do diagnóstico clínico da hipertensão arterial sistêmica pela equipe de Saúde da Família;
 - Cadastramento dos hipertensos: Verificação do cadastramento dos hipertensos nos sistemas de informações em saúde (SIAB e Hiperdia);
 - Busca ativa: Verificação da realização de busca ativa de pacientes assintomáticos e faltosos;

- Tratamento e acompanhamento: Verificação das ações de tratamento e acompanhamento dos hipertensos;
 - Sistema de referência: Verificação da existência de referência para a realização de exames laboratoriais básicos, radiografia de tórax, eletrocardiograma, clínicas especializadas e unidades hospitalares de alta complexidade.
- Análise do contexto
- Dimensão político-normativa: Análise da normatização que rege a atenção ao hipertenso na atenção básica, bem como a priorização da atenção à hipertensão arterial no âmbito municipal por meio da análise dos planos municipais de saúde 2002/2005 e 2006/2009;
 - Dimensão técnico-gerencial e organizacional: Identificação dos principais entraves no processo de gestão e na organização da atenção ao hipertenso no município do Recife, levando em consideração as peculiaridades dos DS.

4.6 Plano de análise

No plano de análise estão discriminados os procedimentos adotados para avaliação do grau de implantação e a análise das variáveis contextuais.

4.6.1 Grau de Implantação

Após o processo de coleta de dados foi realizada revisão dos questionários pela pesquisadora conjuntamente com as auxiliares de pesquisa. Nos casos de dúvida ou inconsistência da informação os profissionais foram contatados por telefone para esclarecimento das questões pendentes. Foi construído um banco de dados, utilizando os Softwares SPSS 13.0 e Excel 5.0, também utilizados para descrição e análise estatística dos dados. Utilizou-se a frequência simples para o cálculo de proporções.

Para relacionar os resultados encontrados com o preconizados pela normatização dos instrumentos oficiais, foi utilizado um sistema de escores proposto por Felisberto (2001), e utilizados por Samico (2003) e Bezerra (2006). Foram analisados 44 itens, sendo os 16 primeiros referentes à estrutura e os demais (28), ao processo de trabalho. A partir o total de questões foi distribuído a pontuação, ficando 36 pontos pra a dimensão da estrutura e 64 pra a dimensão do processo de trabalho (TABELA 2).

Tabela 2 Número de questões por dimensão avaliada e pontuação recebida.

Dimensão	Nº questões	% questões	Pontuação
Estrutura	16	36,4	36
Processo	28	63,6	64
Total	44	100,0	100

Esse sistema de escores permitiu a identificação de dificuldades na implantação da atenção à hipertensão arterial pelas ESF, e possibilitou a classificação do grau de implantação dessas atividades em cada DS e no município do Recife.

Para a construção do sistema de escores utilizou-se as variáveis contidas no instrumento de coleta de dados, sendo atribuído, a cada variável, um valor específico arbitrariamente definido de acordo com a relação que cada um guarda com o estado de saúde do hipertenso, identificado por meio de revisão teórica sobre o assunto (QUADRO 4). São destacados, a seguir, alguns fatores que nortearam a pontuação dos itens e a construção dos escores:

- Em relação à estrutura física considerou-se a existência de sala de espera/recepção, reuniões/palestras e a existência de consultórios suficientes para consulta médica e de enfermagem. A pontuação para sala de reuniões/palestras obteve destaque devido a importância da existência de um espaço para o desenvolvimento de atividades educativas de promoção de saúde com a comunidade e em grupos de hipertensos. Estratégia considerada fundamental para motivação dos hipertensos em aderir ao tratamento (BRASIL, 1997, 2001b, 2006b).
- A pontuação referente aos recursos humanos considerou-se sua qualificação quanto a realização de curso de Especialização em Saúde da Família ou Saúde Pública, Introdutório para o PSF e capacitação específica para atenção ao hipertenso. Essa última

atividade recebeu maior pontuação por ser considerada prioritária na atenção ao hipertenso e estar prevista como parte integrante do plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus (BRASIL, 2001b).

- Em relação aos recursos materiais considerou-se os equipamentos e materiais básicos para execução das atividades e os medicamentos a serem disponibilizados nas USF (captopril, propranolol e hidroclorotiazida) (BRASIL, 2002b). Em relação às medicações para o atendimento das urgências hipertensivas considerou-se tanto as medicações específicas como nifedipina e clonitidina, quanto o uso do captopril por ser medicação eficaz e indicada no controle da crise hipertensiva (TAVARES; KOHLMANN Jr, 1998; ROSA et al., 2003; BRASIL, 2006b).
- O processo de trabalho foi dividido em ações preventivas, ações de controle e uso da informação. Dentre as ações preventivas foram destacadas a existência de grupos de hipertensos, a realização de campanhas educativas na comunidade e a realização de palestras com os usuários do posto. A educação em saúde se constitui em ação estratégica da atenção básica e faz parte das atribuições de todos os membros da equipe de Saúde da Família (BRASIL, 1997; ALVES; NUNES, 2006).
- As ações de controle foram subdivididas em: 1) diagnóstico de casos, com destaque para o critério utilizado na classificação dos hipertensos e as estratégias utilizadas para captação de casos novos; 2) Cadastramento / vinculação, com destaque para o cadastramento nos sistemas de informação e o agendamento das consultas de acordo com o risco/necessidade dos hipertensos; 3) Tratamento e acompanhamento, com destaque para o critério utilizado para a prescrição do tratamento medicamentoso e a realização de busca ativa de faltosos como forma de manter um acompanhamento rigoroso evitando complicações; 4) Sistema de referência foi considerado a existência de referência formal pra realização de exames laboratoriais, radiografia de tórax, eletrocardiograma, clínicas especializadas e unidade hospitalar.
- No componente uso da informação destacou-se a alimentação dos sistemas de informação (SIAB e Hiperdia) e a utilização das informações no planejamento de ações. Por ser estratégia fundamental na organização dos serviços em responder as necessidades de saúde da população (BRASIL, 1997).

Dimensão	Componente	Critério/Indicador	Pontuação	Fonte de verificação
ESTRUTURA (36,0)	Área física (8,0)	Sala de recepção	2,0	Brasil, 1997, 2001a, 2006a
		Sala palestra/reunião	3,0	Brasil, 1997; 2001a, 2006a
		Consultório suficiente	3,0	Brasil, 1997, 2001a, 2006a
	Recursos Humanos (10,0)	Especialização saúde pública/família (médico)	1,0	Brasil, 2005b
		Especialização saúde pública/família (enfermeiro)	1,0	Brasil, 2005b
		Introdutório PSF (médico)	0,5	Brasil, 1997, 2001a, 2006a
		Introdutório PSF (enfermeiro)	0,5	Brasil, 1997, 2001a, 2006a
		Introdutório PSF (auxiliar enfermagem)	0,5	Brasil, 1997, 2001a, 2006a
		Introdutório PSF (ACS)	0,5	Brasil, 1997, 2001a, 2006a
		Capacitação hipertensão (médico)	1,5	Brasil, 2001a, 2001b
		Capacitação hipertensão (enfermeiro)	1,5	Brasil, 2001a, 2001b
		Capacitação hipertensão (auxiliar enfermagem)	1,5	Brasil, 2001a, 2001b
		Capacitação hipertensão (ACS)	1,5	Brasil, 2001a, 2001b
	Equipamentos e material básico (12,0)	Estetoscópio	0,5	Brasil, 2001c, 2005b
		Tensímetro	1,0	Brasil, 2001c, 2005b
		Manguito (12, 16 e 18)	0,5	Brasil, 2001c, 2005b
		Balança antropométrica	0,5	Brasil, 2001c, 2005b
		Fita métrica	0,5	Brasil, 2001c
		Manutenção equipamentos	2,0	Brasil, 2001c, 2005b
		Protocolo hipertensão	1,5	Brasil, 2001c, 2005b
		Manual hipertensão	1,0	Brasil, 2001c, 2005b
Material educativo		2,5	Brasil, 2001c, 2005b	

Matriz de medidas (continua...)

Dimensão	Componente	Critério/Indicador	Pontuação	Fonte de verificação
ESTRUTURA (Continuação)		Ficha B SIAB	1,0	Brasil, 1997
		Ficha Hipertensão	1,0	Brasil, 2002a
	Medicamentos básicos (6,0)	Hidroclorotiazida	1,0	Brasil, 2001c, 2002a, 2005b
		Propranolol	1,0	Brasil, 2001c, 2002a, 2005b
		Captopril	1,0	Brasil, 2001c, 2002a, 2005b
		Medicação de Urgência	1,0	Brasil, 2001c, 2002a, 2005b
		Regularidade na distribuição de medicamentos	2,0	Brasil, 2001c, 2002a, 2005b
PROCESSO (64,0)	Ações de prevenção (9,0)	Ações educativas	0,5	Brasil, 1997, 2001a, 2001c, 2002c, 2005a, 2006a
		Campanhas com a comunidade	2,0	Brasil, 1997, 2001a, 2001c, 2002c, 2005a, 2006a
		Palestras usuários do posto	1,5	Brasil, 1997, 2001a, 2001c, 2002c, 2005a, 2006a
		Grupos de hipertensos	2,5	Brasil, 1997, 2001a, 2001c, 2002c, 2005a, 2006a
		Hipertensos individualmente	1,5	Brasil, 1997, 2001a, 2001c, 2002c, 2005a, 2006a
		Profissionais envolvidos	1,0	Brasil, 1997, 2001a, 2001c, 2002c, 2005a, 2006a
		Diagnóstico de casos (9,0)	Diagnóstico clínico HAS	1,0
	Critério diagnóstico		2,0	Brasil, 2001a, 2001c, 2002c
	Aferição PA usuários USF		1,5	Brasil, 2001a, 2001c, 2002c

Matriz de medidas (continua...)

Dimensão	Componente	Critério/Indicador	Pontuação	Fonte de verificação
PROCESSO (Continuação)		Aferição PA gestantes	1,5	Brasil, 2001a, 2001c, 2002c
		Aferição PA domicílio	1,5	Brasil, 2001a, 2001c, 2002c
		Campanhas/multirões	1,5	Brasil, 2001a, 2001c, 2002c
	Cadastramento /vinculação (10,0)	Cadastra SIAB	1,5	Brasil, 1997, 2002a
		Cadastra Hiperdia	1,5	Brasil, 1997, 2002a
		Prontuário individualizado	1,5	Brasil, 2002a
		Agenda consulta de acordo com o risco	2,5	Brasil, 2001c, 2005b
		Freq consulta não aderentes com lesão órgão alvo	1,0	Brasil, 2001c, 2005b
		Freq consulta controlados com lesão órgão alvo	1,0	Brasil, 2001c, 2005b
		Freq consulta controlados sem lesão órgão alvo	1,0	Brasil, 2001c, 2005b
	Tratamento/Acompanhamento (16,0)	Acompanhamento ambulatorial	1,0	Brasil, 1997, 2001a, 2001b, 2001c, 2001e, 2006a
		Acompanhamento domiciliar	1,0	Brasil, 1997; 2001a, 2001b; 2001c, 2001e, 2006a
		Tratam não medicamentoso	1,0	Brasil, 2001c, 2005b
		O que consiste o tratam não medicamentoso	1,0	Brasil, 2001c, 2005b
		Tratamento medicamentoso	2,0	Brasil, 2001c, 2002a, 2005b
		Acompanha domicílio AVC	1,0	Brasil, 2001c
		Frequência de acompanhamento AVC	1,0	Brasil, 2001c
		Glicemia capilar	1,0	Brasil, 2001c
		Frequência glicemia capilar	1,0	Brasil, 2001c

Matriz de medidas (continua...)

Dimensão	Componente	Critério/Indicador	Pontuação	Fonte de verificação
PROCESSO (continuação)	Tratamento/Acomp. (16,0)	Atendimento de urgência	1,0	Brasil, 2001c, 2005b
		Acompanhamento em domicílio após urgência	1,0	Brasil, 2001c
		Busca ativa faltosos	1,5	Brasil, 2001b, 2001c, 2005b
		Envolvimento multiprofissional	1,0	Brasil, 1997, 2001b, 2001c
		Parceria ONG/outros setores	1,5	Brasil, 2001c, 2005b
		Cota exames	1,0	Brasil, 2001b, 2001c, 2005b
	Referência e contra-referência (10,0)	Glicemia jejum	0,25	Brasil, 2001b, 2001c,2005b
		Colesterol	0,25	Brasil, 2001b, 2001c,2005b
		Triglicerídeos	0,25	Brasil, 2001b, 2001c,2005b
		Uréia	0,25	Brasil, 2001b, 2001c,2005b
		Creatinina	0,25	Brasil, 2001b, 2001c,2005b
		Hemograma	0,25	Brasil, 2001b, 2001c,2005b
		Eletrocardiograma	1,5	Brasil, 2001b, 2001c,2005b
		RX tórax	1,5	Brasil, 2001b, 2001c,2005b
		Cardiologista	0,5	Brasil, 2001b, 2001c,2005b
		Neurologia	0,5	Brasil, 2001b, 2001c,2005b
		Oftalmologia	0,5	Brasil, 2001b, 2001c,2005b
		Nutricionista	0,5	Brasil, 2001b, 2001c,2005b
		Psicologia	0,5	Brasil, 2001b, 2001c,2005b
		Hospital	2,0	Brasil, 2001b, 2001c,2005b
		Uso da Informação (10,0)	Alimenta SIAB	1,5
	Frequência de alimentação do SIAB		1,5	Brasil, 1997, 2001c, 2005a

Matriz de medidas (conclui)

Dimensão	Componente	Critério/Indicador	Pontuação	Fonte de verificação
PROCESSO (continuação)	Uso da Informação (10,0)	Alimenta Hiperdia	2,0	Brasil, 1997, 2001c, 2002a, 2005b
		Freq alimenta Hiperdia	2,0	Brasil, 1997, 2001c, 2002a, 2005b
		Usa a informação planejamento	2,0	Brasil, 1997, 2001c, 2002a, 2005b
		Quais profissionais utilizam a informação	1,0	Brasil, 1997, 2001c, 2002a, 2005b

Quadro 4 - Matriz de medidas com as dimensões, componentes, critérios avaliados, pontuação e fontes de verificação

Quando a ESF possuía o insumo ou realizava a atividade preconizada recebia a pontuação, quando não possuía o insumo ou não realizava a atividade a pontuação não era computada, de forma que a pontuação final obtida pelos DS e pelo município do Recife nas dimensões da estrutura e do processo de trabalho foram obtidas utilizando-se as seguintes fórmulas:

$$P = \sum e/n^{\circ} \text{ESF}$$

$$P = \sum p/n^{\circ} \text{ESF}$$

Para a definição do grau de implantação da atenção ao hipertenso pelas ESF foi dado um maior peso às questões referentes ao processo de trabalho por considerá-lo de maior importância na atenção ao hipertenso. Desta forma, as questões referentes à estrutura receberam peso quatro e ao processo peso seis. A pontuação final obtida pelos DS e pelo município do Recife utilizou-se a seguinte fórmula:

$$P = (\sum e)4 + (\sum p)6/n^{\circ} \text{ESF}$$

Onde: P: pontuação final

e: pontuação de cada item da estrutura

p: pontuação de cada item do processo

ESF: equipes de saúde da família.

A partir destas pontuações máximas descritas na matriz de medidas e da pontuação obtida por cada Distrito Sanitário e pelo município do Recife, foi calculado por meio de uma regra de três simples o grau de implantação. Este foi classificado em quatro situações arbitrariamente definidas: excelente, quando apresentou de 90 a 100% da atenção ao hipertenso implantada, satisfatório de 70 a 89%, insatisfatório de 50 a 69% e crítico < 50%.

4.6.2 Análise do Contexto

Para análise do contexto foi realizada uma análise descritiva. Foi construído um banco de dados, utilizando os softwares SPSS e Excel 5.0, estes também foram utilizados para a manipulação de dados e para análise estatística, onde foi utilizada a frequência simples para o cálculo de proporções.

Na análise dos Planos Municipais de Saúde (RECIFE, 2002, 2006) procurou-se identificar o modelo assistencial proposto e das ações de atenção à hipertensão arterial planejadas para os períodos em questão.

4.7 Aspectos éticos

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz para seu parecer técnico com registro nº 40/05 (ANEXO A), obtendo aprovação por estar condizente com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com o Código de Ética, resolução do CNS 196/96 e complementares. Seguindo as recomendações dessa resolução todos os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, tem sua identidade preservada e foram convidados a assinar termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE D).

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em três etapas. A primeira traz informações sobre o processo de coleta de dados. A segunda aborda a avaliação do grau de implantação nas dimensões da estrutura e do processo. Estas dimensões foram analisadas separadamente, permitindo a identificação dos principais entraves na operacionalização da atenção ao hipertenso, e em conjunto, possibilitando a determinação do grau de implantação da atenção ao hipertenso pelas equipes de Saúde da Família. A última etapa, por sua vez, se refere à análise de alguns determinantes contextuais que possam estar influenciando no grau de implantação.

5.1 Caracterização dos sujeitos pesquisados

As entrevistas foram realizadas nos meses de junho e julho de 2006 após contato com a gerência dos Distritos Sanitários. O planejamento e definição das estratégias da pesquisa de campo foram realizados conjuntamente com os gerentes de território de cada DS. Os encontros aconteceram no consultório do médico e/ou enfermeiro da Equipe de Saúde da Família, exceto em duas entrevistas que foram realizadas em um centro comunitário, e na sede do DS, devido à inadequação do espaço físico das Unidades de Saúde da Família.

Nas USF entrou-se em contato com o gerente da unidade, quando havia, ou a recepcionista. Foram explicados os objetivos da pesquisa e solicitado que o médico (de preferência) ou enfermeiro participasse da pesquisa. O profissional era escolhido de acordo com a disponibilidade de tempo e sua anuência em responder a entrevista.

Cada entrevista durou cerca de 35 minutos, em média. O tempo mínimo de duração foi de 15 e o máximo de 75 minutos. O período das entrevistas variou em decorrência da quantidade de pacientes que estavam esperando para serem atendidos, da receptividade e do grau de envolvimento dos profissionais na atenção ao hipertenso.

Em algumas ESF encontrou-se profissionais envolvidos na prevenção, tratamento e acompanhamento dos hipertensos que reconheciam a importância da pesquisa. Em outras, profissionais indiferentes ou queixosos da quantidade de tarefas a serem realizadas com um baixo envolvimento na atenção ao hipertenso. Não houve recusa em nenhuma ESF em participar da entrevista, quando o médico não tinha disponibilidade o enfermeiro respondeu as questões.

Entre os entrevistados obteve-se uma maior participação dos enfermeiros com um percentual de 61,1% de profissionais participantes da pesquisa, o restante (38,9%) eram médicos. Em relação ao sexo predominaram os profissionais do sexo feminino (88,9%) (QUADRO 5).

O tempo médio de trabalho dos profissionais entrevistados nas ESF era de 33 meses, o que mostra uma certa estabilidade das ESF. O tempo mínimo foi de 1 mês e o máximo de dez anos. Cerca de 26,4% dos profissionais estão trabalhando na ESF há menos de um ano e 31,9% há mais de três (QUADRO 5).

Categoria profissional	N	%
médico	28	38,9
enfermeiro	44	61,1
Sexo	N	%
masculino	8	11,1
feminino	64	88,9
Tempo de trabalho (meses)	N	%
1-12	19	26,4
13-24	18	25
25-36	12	16,7
>37	23	31,9

Quadro 5 – Caracterização dos sujeitos pesquisados.

5.2 Avaliação do Grau de Implantação

A avaliação do grau de implantação foi realizada a partir dos componentes do modelo lógico: ações preventivas; uso da informação e ações de controle com seus subcomponentes, diagnóstico de casos, cadastramento/vinculação, tratamento/acompanhamento e sistema de referência. Os resultados estão descritos por componentes e subcomponentes. Para definição final do grau de implantação da atenção à hipertensão arterial foram atribuídos pesos específicos para as dimensões de estrutura e do processo, conforme definições apresentadas no item 4.1 (Material e Método).

5.2.1 Avaliação da dimensão estrutura

A avaliação da dimensão da estrutura está dividida em quatro componentes: área física, recursos humanos, equipamentos e material básico e medicamentos básicos. Para pontuação do desempenho dos DS foi considerado a média da pontuação das ESF de cada DS e para o município do Recife a média do consolidado das ESF.

O grau de implantação da estrutura foi considerado *insatisfatório* para o município do Recife. Em relação aos DS, pode ser destacado o fato de nenhum DS ter alcançado um grau de implantação *excelente* (90 a 100%) ou *satisfatório* (70 a 89%). Os DS I, II, III e VI obtiveram um grau de implantação *insatisfatório* (50 a 69%) e os DS IV e V apresentaram um grau *crítico* (<50%). O componente da estrutura que obteve escore mais elevado foi o referente aos medicamentos básicos (74.8) que apresentou um grau de implantação *satisfatório*. Os recursos humanos (44.0) e os equipamentos e materiais básicos (45.9) foram os componentes que obtiveram pontuação mais baixa, ambos com um grau de implantação *crítico* (TABELA 3).

O componente área física obteve um grau de implantação *insatisfatório* para o município do Recife. Os DS I e V apresentaram um grau de implantação *crítico*, os DS II, III e IV *insatisfatório* e, apenas o DS VI um grau *satisfatório*. O item que apresentou pior desempenho foi o referente ao número de consultórios suficientes para a consulta médica e de enfermagem (38,9), sendo a pior situação encontrada no DS V (11,1) e a melhor situação no DS VI (52,4). Outro item que apresentou um baixo desempenho foi a presença de sala de palestra ou reuniões com um escore de 55,6. A ausência deste espaço físico dificulta o desenvolvimento de atividades educativas em grupos (TABELA 4). Nestas unidades as palestras / reuniões ocorriam nos consultórios, na sala de espera, na comunidade ou simplesmente não ocorriam.

Tabela 3 - Avaliação da estrutura por componente e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006

Estrutura	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		Recife	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Área Física	3.80	47.5	4.08	51.0	4.38	54.8	4.00	50.0	2.67	33.3	5.86	73.2	4.44	55.6
Recursos Humanos	5.30	53.0	5.23	52.3	4.92	49.2	4.05	40.5	4.33	43.3	3.57	35.7	4.40	44.0
Equipamentos e material básico	5.00	41.7	5.73	47.8	6.69	55.8	5.55	46.2	4.78	39.8	5.07	42.3	5.51	45.9
Medicamentos básicos	4.60	76.7	4.31	71.8	5.23	87.2	4.09	68.2	4.22	70.4	4.43	73.8	4.49	74.8
Total Estrutura	18.70	51.2	19.35	53.7	21.23	59.0	17.68	49.1	16.00	44.4	18.93	52.6	18.85	52.4

Grau de implantação: ■ excelente ■ satisfatório ■ insatisfatório ■ crítico

P: pontuação; E: escore

Tabela 4 - Avaliação do componente área física e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006

Área Física	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		Recife	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Sala de recepção	2.00	100.0	2.00	100.0	1.85	92.3	1.82	90.9	2.00	100.0	2.00	100.0	1.94	97.2
Sala palestra/reunião	0.60	20.0	0.69	23.1	1.38	46.2	1.36	45.5	0.33	11.1	2.29	76.2	1.33	44.4
Consultório suficiente	1.20	40.0	1.38	46.2	1.15	38.5	0.82	27.3	0.33	11.1	1.57	52.4	1.17	38.9
Total	3.80	47.5	4.08	51.0	4.38	54.8	4.00	50.0	2.67	33.3	5.86	73.2	4.44	55.6

Grau de implantação: ■ excelente ■ satisfatório ■ insatisfatório ■ crítico

*P: pontuação; E: escore

Em relação aos recursos humanos levou-se em consideração sua qualificação. Este componente obteve um grau de implantação considerado *crítico* para o município do Recife. Os DS IV, V e VI apresentaram um grau de implantação *crítico* e os demais um grau *insatisfatório*. O DS que apresentou o melhor desempenho foi o DS I (53,0) e o pior o DS VI (35,7).

Apesar do elevado escore obtido nos itens referentes à realização de curso de especialização em Saúde da Família ou Saúde Pública, o quantitativo de profissionais que realizaram capacitação específica na atenção ao hipertenso foi muito baixo apresentando com um escore de 37,5 para os médicos, 25,0 para os enfermeiros, 6,9 para os auxiliares de enfermagem e 6,9 para os agentes comunitários de saúde (ACS). Além disto, observou-se uma pior qualificação dos profissionais de nível médio (auxiliares de enfermagem e ACS) em relação aos de nível superior (médicos e enfermeiros) reflexo de uma menor oportunidade de realização de capacitações destes profissionais (TABELA 5). Quando questionados da necessidade de realização de capacitação sobre a atenção ao hipertenso 84,7% dos entrevistados referiu que

necessitam de capacitação principalmente para se manterem atualizados sobre os esquemas terapêuticos e o manejo dos hipertensos (FIGURA 5).

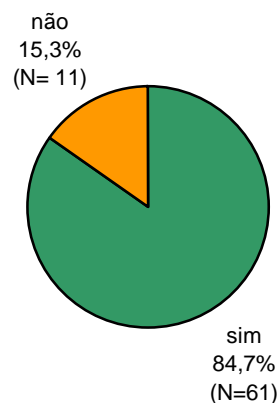
Tabela 5 - Avaliação do componente recursos humanos e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006

Recursos Humanos	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		Recife	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Especialização SF (médico)	0.80	80.0	0.92	92.3	1.00	100.0	1.00	100.0	0.89	88.9	0.86	85.7	0.92	91.7
Especialização SF (enfermeiro)	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0
Curso introdutório PSF (médico)	0.30	60.0	0.31	61.5	0.38	76.9	0.32	63.6	0.39	77.8	0.36	71.4	0.35	69.4
Curso introdutório PSF (enfermeiro)	0.40	80.0	0.46	92.3	0.42	84.6	0.36	72.7	0.44	88.9	0.31	61.9	0.39	77.8
Curso introdutório PSF (aux. enfermagem)	0.40	80.0	0.31	61.5	0.35	69.2	0.18	36.4	0.39	77.8	0.12	23.8	0.26	51.4
Curso introdutório PSF (ACS)	0.30	60.0	0.38	76.9	0.38	76.9	0.36	72.7	0.39	77.8	0.29	57.1	0.35	69.4
Capacitação hipertensão (médico)	0.60	40.0	0.81	53.8	0.58	38.5	0.41	27.3	0.33	22.2	0.57	38.1	0.56	37.5
Capacitação hipertensão (enf.)	0.60	40.0	0.69	46.2	0.58	38.5	0.41	27.3	0.33	22.2	0.00	0.0	0.38	25.0
Capacitação hipertensão (aux. enfermagem)	0.60	40.0	0.23	15.4	0.12	7.7	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.10	6.9
Capacitação hipertensão (ACS)	0.30	20.0	0.12	7.7	0.12	7.7	0.00	0.0	0.17	11.1	0.07	4.8	0.10	6.9
Total	5.30	53.0	5.23	52.3	4.92	49.2	4.05	40.5	4.33	43.3	3.57	35.7	4.40	44.0

Grau de implantação: ■ excelente ■ satisfatório ■ insatisfatório ■ crítico

*P: pontuação; E: escore

Figura 5 - Necessidade de capacitação na atenção a hipertensão arterial segundo profissionais das Equipes de Saúde da Família. Recife, 2006.



Os equipamentos e materiais básicos obtiveram um grau de implantação *crítico* para o município do Recife. Entre os DS o grau de implantação não apresentou uma variação significativa, todos obtiveram um grau *crítico* exceto o DS III que apresentou um grau de implantação *insatisfatório*. O item que apresentou pior desempenho foi o referente à manutenção periódica dos equipamentos (5,6). Nos DS I, III, IV e V nenhuma ESF recebia este serviço, a assistência técnica era prestada apenas quando algum equipamento quebrava. A existência de manguito de 12, 16, e 18 cm, de protocolo clínico e a presença de material educativo foram outros itens que apresentaram baixo desempenho com escores de 8,3, 25,0 e 26,4, respectivamente (TABELA 6).

Tabela 6 - Avaliação do componente equipamentos e material básico e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006

Equipamento e material básico	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		Recife	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Estetoscópio	0.40	80.0	0.42	84.6	0.38	76.9	0.32	63.6	0.33	66.7	0.43	85.7	0.39	77.8
Tensiômetro	0.80	80.0	0.85	84.6	0.77	76.9	0.64	63.6	0.78	77.8	0.90	90.5	0.81	80.6
Manguito (12, 16 e 18)	0.10	20.0	0.04	7.7	0.04	7.7	0.05	9.1	0.06	11.1	0.02	4.8	0.04	8.3
Balança antropométrica	0.40	80.0	0.50	100.0	0.42	84.6	0.32	63.6	0.39	77.8	0.45	90.5	0.42	84.7
Fita métrica	0.50	100.0	0.46	92.3	0.50	100.0	0.41	81.8	0.44	88.9	0.45	90.5	0.46	91.7
Manutenção equipamentos	0.00	0.0	0.31	15.4	0.00	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.19	9.5	0.11	5.6
Protocolo Hipertensão	0.60	40.0	0.35	23.1	0.58	38.5	0.55	36.4	0.33	22.2	0.14	9.5	0.38	25.0
Manual Hipertensão	0.40	40.0	0.46	46.2	0.62	61.5	0.45	45.5	0.00	0.0	0.48	47.6	0.43	43.1
Material educativo	0.00	0.0	0.58	23.1	1.54	61.5	0.91	36.4	0.56	22.2	0.24	9.5	0.66	26.4
Ficha B SIAB	0.80	80.0	0.85	84.6	0.92	92.3	0.91	90.9	1.00	100.0	0.76	76.2	0.86	86.1
Ficha Hiperdia	1.00	100.0	0.92	92.3	0.92	92.3	1.00	100.0	0.89	88.9	1.00	100.0	0.96	95.8
Total	5.00	41.7	5.73	47.8	6.69	55.8	5.55	46.2	4.78	39.8	5.07	42.3	5.51	45.9

Grau de implantação: ■ excelente ■ satisfatório ■ insatisfatório ■ crítico

*P: pontuação; E: escore

Os medicamentos básicos obtiveram um grau de implantação *satisfatório* no município do Recife e em todos os DS, com exceção do DS IV que obteve um grau *insatisfatório*. A distribuição pelas ESF das medicações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o tratamento dos hipertensos contidas na lista da farmácia básica (hidroclorotiazida, captopril e propranolol) obteve um grau de implantação *excelente* com um escore de 97,2. Apenas uma ESF localizada no DS II não disponibilizava a medicação por não ter sido inaugurada oficialmente. Contudo, esta

equipe, desenvolvia ações educativas e cadastrava as famílias há cerca de dois anos. Além de estar funcionando em sede própria há cerca de seis meses com a realização de todas as atividades de promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento preconizados pelo PSF. Apesar da quase totalidade das ESF distribuírem os medicamentos, a regularidade em sua distribuição mostrou-se baixa com um escore de 37,5. O melhor desempenho foi encontrado no DS III (69,2) que mesmo assim apresentou um grau de implantação *insatisfatório* e o pior nos DS V (11,1) e VI (33,3), ambos com um grau *crítico* (TABELA 7).

Tabela 7 - Avaliação do componente medicamentos básicos e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006

Medicamentos básicos	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		Recife	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Hidroclorotiazida	1.00	100.0	0.85	84.6	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	0.97	97.2
Propranolol	1.00	100.0	0.85	84.6	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	0.97	97.2
Captopril	1.00	100.0	0.85	84.6	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	0.97	97.2
Medicação de Urgência	1.00	100.0	0.85	84.6	0.85	84.6	0.73	72.7	1.00	100.0	0.76	76.2	0.83	83.3
Regularidade no fornecimento														
medicação	0.80	40.0	0.92	46.2	1.38	69.2	0.36	18.2	0.22	11.1	0.67	33.3	0.75	37.5
Total	4.80	80.0	4.31	71.8	5.23	87.2	4.09	68.2	4.22	70.4	4.43	73.8	4.50	74.8

Grau de implantação: ■ excelente ■ satisfatório ■ insatisfatório ■ crítico

*P: pontuação; E: escore

5.2.2 Avaliação da dimensão do processo de trabalho

A avaliação da dimensão do processo de trabalho foi dividida em três componentes: ações de prevenção, ações de controle e uso da informação. Para pontuação do desempenho dos DS e do município do Recife utilizou-se o mesmo princípio da avaliação da estrutura, isto é, a média da pontuação das ESF de cada DS e a média do consolidado das ESF para o município do Recife.

O grau de implantação do processo foi considerado *insatisfatório* para o município do Recife. Apenas o DS I obteve um grau de implantação *satisfatório*, os demais obtiveram um grau *insatisfatório*. O componente que apresentou o pior desempenho foi o referente ao uso da

informação (38,4) com um grau de implantação *crítico* e o melhor o diagnóstico de casos (73,0) com grau de implantação *satisfatório* (TABELA 8).

Tabela 8 - Avaliação da dimensão do processo por componente e subcomponente e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006

Processo	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		Recife	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Ações de prevenção	5.80	64.4	5.23	58.1	6.77	75.2	4.55	50.5	5.69	63.3	5.52	61.4	5.59	62.1
Diagnóstico de casos	6.30	70.0	6.00	66.7	6.85	76.1	6.59	73.2	6.94	77.2	6.64	73.8	6.57	73.0
Cadastramento (vinculação)	6.70	67.0	5.65	56.5	7.38	73.8	6.64	66.4	6.89	68.9	7.52	75.2	6.89	68.9
Tratamento / acompanhamento	10.70	66.9	11.19	70.0	11.23	70.2	10.50	65.6	10.70	66.7	10.79	67.4	10.83	67.8
Sistema de referência	7.50	75.0	6.56	65.6	6.73	67.3	6.70	67.0	5.80	58.0	7.19	71.9	6.60	66.0
Uso da Informação	2.30	23.0	4.38	43.8	5.19	51.9	4.91	49.1	2.67	26.7	2.98	29.8	3.84	38.4
Total Processo	39.30	61.4	39.02	61.0	44.15	69.0	39.89	62.3	38.70	60.5	40.64	63.5	40.31	63.0

Grau de implantação: ■ excelente ■ satisfatório ■ insatisfatório ■ crítico

*P: pontuação; E: escore

O grau de implantação das ações de prevenção foi considerado *insatisfatório* para o município do Recife. Apenas o DS III apresentou o grau de implantação *satisfatório*, os demais obtiveram um grau *insatisfatório* (TABELA 9).

Todas as ESF estudadas realizavam algum tipo de atividade educativa. Contudo, quando analisado o tipo de atividade constatou-se o predomínio de atividades individuais em detrimento das atividades coletivas. Grande parte destas atividades estão voltadas para os indivíduos sabidamente doentes como parte do tratamento. As ações educativas destinadas à população visando a prevenção da hipertensão arterial ainda são desenvolvidas por uma pequena parcela das equipes estudadas, como a realização de campanhas educativas com a comunidade e palestras com os usuários da USF. Estas atividades obtiveram um grau de implantação *crítico* com um escore de 25,0 e 43,1, respectivamente (TABELA 9).

A realização de grupos de hipertensos apresentou um grau de implantação *insatisfatório* com um escore de 58,3. O melhor desempenho foi encontrado no DS III no qual todas as ESF realizavam este tipo de atividade e o pior o DS V (33,3) (TABELA 9). Além disto, algumas distorções foram detectadas na função precípua dos grupos que é a de educação e motivação para favorecimento da adoção de hábitos de vida saudáveis e uma maior adesão ao tratamento

medicamentoso. Os principais problemas detectados foram: alguns grupos com um número elevado de participantes (mais de 60), outros eram utilizado apenas para distribuição de medicamentos e outros eram utilizado como consulta coletiva de triagem.

Quando questionados sobre a realização de ações educativas individuais com os indivíduos sabidamente hipertensos, todos os entrevistados responderam positivamente. Este foi o tipo de atividade educativa predominante que contribuiu favoravelmente para a pontuação final obtida (TABELA 9).

Tabela 9 - Avaliação do componente ações de prevenção e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006

Ações de prevenção	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		Recife	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Ações educativas	0.50	100.0	0.50	100.0	0.50	100.0	0.50	100.0	0.50	100.0	0.50	100.0	0.50	100.0
Campanhas com a comunidade	0.40	20.0	0.62	30.8	0.46	23.1	0.00	0.0	1.33	66.7	0.38	19.0	0.50	25.0
Palestras usuários do posto	0.90	60.0	0.46	30.8	0.81	53.8	0.41	27.3	0.67	44.4	0.71	47.6	0.65	43.1
Grupos de hipertensos	1.50	60.0	1.15	46.2	2.50	100.0	1.14	45.5	0.83	33.3	1.43	57.1	1.46	58.3
Hipertenso individualmente	1.50	100.0	1.50	100.0	1.50	100.0	1.50	100.0	1.50	100.0	1.50	100.0	1.50	100.0
Profissionais envolvidos	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	0.86	86.1	1.00	100.0	0.98	98.3
Total	5.80	64.4	5.23	58.1	6.77	75.2	4.55	50.5	5.69	63.3	5.52	61.4	5.59	62.1

Grau de implantação: ■ excelente ■ satisfatório ■ insatisfatório ■ crítico

*P: pontuação; E: score

O componente ações de controle está dividido em quatro subcomponentes: diagnóstico de casos, cadastramento/vinculação, tratamento e acompanhamento e sistema de referência.

O subcomponente diagnóstico de casos obteve um grau de implantação *satisfatório*, com exceção do DS II onde este foi considerado *insatisfatório*. A quase totalidade das ESF estudadas realizava o diagnóstico clínico da hipertensão arterial (98,6). Apenas uma ESF não realizava o diagnóstico clínico por estar a quatro meses sem médico. Neste subcomponente o item que apresentou o pior desempenho foi o referente à realização de campanhas ou mutirões para detecção de casos novos (15,3) e a aferição da pressão arterial em domicílio (61,1). A forma de captação de casos novos predominante foi por meio da aferição da pressão arterial dos usuários do posto (90,3), realizadas no interior das unidades de saúde. Evidencia-se desta forma, a fragilidade das ações realizadas “extra muros” perdendo-se a oportunidade de captar casos novos em indivíduos assintomáticos (TABELA 10).

Tabela 10 - Avaliação do subcomponente diagnóstico de casos e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006

Diagnóstico de casos	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		Recife	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Diagnóstico clínico HAS	0.80	80.0	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	0.99	98.6
Critério diagnóstico	1.60	80.0	1.54	76.9	1.69	84.6	1.64	81.8	1.78	88.9	1.43	71.4	1.58	79.2
Aferição PA demanda	1.20	80.0	1.15	76.9	1.38	92.3	1.50	100.0	1.50	100.0	1.36	90.5	1.35	90.3
Aferição PA gestantes	1.50	100.0	1.50	100.0	1.50	100.0	1.50	100.0	1.50	100.0	1.50	100.0	1.50	100.0
Aferição PA domicílio	0.90	60.0	0.58	38.5	0.92	61.5	0.82	54.5	1.00	66.7	1.14	76.2	0.92	61.1
Campanhas/mutirões	0.30	20.0	0.23	15.4	0.35	23.1	0.14	9.1	0.17	11.1	0.21	14.3	0.23	15.3
Total	6.30	70.0	6.00	66.7	6.85	76.1	6.59	73.2	6.94	77.2	6.64	73.8	6.57	73.0

Grau de implantação: ■ excelente ■ satisfatório ■ insatisfatório ■ crítico

*P: pontuação; E: escore

O grau de implantação do subcomponente cadastramento/vinculação foi considerado *insatisfatório* no Recife. Apenas os DS III e VI obtiveram um grau *satisfatório*, os demais obtiveram um grau *insatisfatório*. Os itens que apresentaram as melhores pontuações foram os referentes ao cadastramento no SIAB (87,5) e no Hiperdia (79,2). O item que apresentou o escore mais baixo foi o referente a presença de prontuário individualizado (54,2). Neste item também foi considerado para pontuação as ESF que possuíam prontuário da família com ficha individualizada dos hipertensos. O agendamento das consultas de acordo com o risco / necessidade dos hipertensos apresentou um grau de implantação *insatisfatório* (59,7), a melhor situação foi encontrada no DS IV (81,8) e a pior no DS I no qual nenhuma ESF agendava a consulta de acordo com o risco/necessidade do hipertenso (TABELA 11).

Considerando-se a periodicidade de agendamento das consultas médicas preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) que é semestralmente para os hipertensos controlados e sem lesão em órgão-alvo, bimestralmente para os controlados e com lesão e órgão-alvo e mensalmente para os sem controle e com lesão em órgão-alvo, observou-se um maior acompanhamento dos hipertensos controlados e sem lesão em órgãos alvo (84,7). A medida em que a gravidade (e necessidade de acompanhamento) foi aumentando o quantitativo de ESF que cumpre a norma do MS foi diminuindo. O agendamento das consultas para os hipertensos controlados e com lesões em órgãos alvo obteve um escore de 73,6, para aqueles indivíduos que estavam com a pressão arterial sem controle e apresentavam lesão em órgãos alvo o escore caiu para 50,0 (TABELA 11).

Tabela 11 - Avaliação do subcomponente cadastramento (vinculação) e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006

Cadastramento (vinculação)	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		Recife	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Cadastra SIAB	1.50	100.0	1.27	84.6	1.38	92.3	1.36	90.9	1.33	88.9	1.21	81.0	1.31	87.5
Cadastra Hiperdia	1.50	100.0	1.04	69.2	1.27	84.6	0.95	63.6	1.33	88.9	1.21	81.0	1.19	79.2
Prontuário individualizado	1.50	100.0	0.92	61.5	0.69	46.2	0.27	18.2	0.50	33.3	1.07	71.4	0.81	54.2
Agenda consulta de acordo com o risco	0.00	0.0	0.96	38.5	1.73	69.2	2.05	81.8	1.39	55.6	1.79	71.4	1.49	59.7
Não aderentes com lesão em órgão alvo	0.60	60.0	0.15	15.4	0.62	61.5	0.45	45.5	0.56	55.6	0.62	61.9	0.50	50.0
Controlados com lesão em órgão alvo	0.60	60.0	0.54	53.8	0.85	84.6	0.73	72.7	0.89	88.9	0.76	76.2	0.74	73.6
Controlados sem lesão órgão alvo	1.00	100.0	0.77	76.9	0.85	84.6	0.82	81.8	0.89	88.9	0.86	85.7	0.85	84.7
Total	6.70	67.0	5.65	56.5	7.38	73.8	6.64	66.4	6.89	68.9	7.52	75.2	6.89	68.9

Grau de implantação: ■ excelente ■ satisfatório ■ insatisfatório ■ crítico

*P: pontuação; E: escore

O subcomponente tratamento e acompanhamento obteve um grau de implantação *insatisfatório* no Recife e em quatro dos DS. Apenas os DS II e III apresentaram um grau de implantação *satisfatório*. O item que apresentou a maior pontuação foi o referente a realização de acompanhamento ambulatorial onde todas as ESF estudadas relataram realizar esta atividade. Outro item que obteve destaque foi a realização de acompanhamento domiciliar (98,7), sendo que esta atividade era realizada predominantemente pelos ACS. Os médicos e enfermeiros realizavam o acompanhamento domiciliar apenas nos indivíduos acamados e com dificuldade de locomoção como é o caso dos indivíduos sequelados devido às complicações de um acidente vascular cerebral (AVC) resultante, muitas vezes, da pressão arterial não controlada. A realização de acompanhamento domiciliar desses indivíduos obteve um grau de implantação *excelente* com um escore de 95,8. Contudo, a frequência de acompanhamento preconizada pelo MS (mensal) apresentou um grau de implantação *insatisfatório* (TABELA 12).

A prescrição de tratamento não medicamentoso obteve uma boa adesão por parte dos profissionais (97,8) com um grau de implantação considerado *excelente*. Consiste em estímulo a realização de atividade física, abandono do hábito de fumar e orientações sobre a dieta (redução da ingestão de álcool, sal e gordura). Em relação ao tratamento medicamentoso, a estratificação do

risco cardiovascular apresentou um grau de implantação *insatisfatório* (53,4). O pior desempenho foi encontrado no DS I (20,0) e o melhor no DS VI (66,7), corroborando a afirmação dos profissionais quanto a necessidade de capacitação na atenção ao hipertenso, principalmente em relação à adoção dos esquemas terapêuticos (TABELA 12).

O tratamento das urgências hipertensivas obteve um grau de implantação *satisfatório* com escore de 80,7. Os profissionais entrevistados referiram utilizar o captopril sublingual por falta de uma medicação específica para o tratamento das crises hipertensivas. A maioria das ESF que realizavam este tipo de atendimento administrava a medicação e deixava o hipertenso em observação por aproximadamente meia hora, caso a pressão arterial não diminuísse o mesmo era encaminhado para uma unidade de saúde de maior complexidade. Após a crise hipertensiva, o acompanhamento domiciliar dos hipertensos mostrou-se *crítico* (23,1). A maioria das ESF agendava uma consulta médica para estes indivíduos, ficando o acompanhamento domiciliar apenas para os indivíduos acamados ou com dificuldade de locomoção (TABELA 12).

O envolvimento multiprofissional no tratamento e acompanhamento dos hipertensos obteve um grau de implantação *satisfatório* (88,8). Nas equipes que não possuíam esta prática, as atividades de tratamento e acompanhamento eram divididas entre os profissionais. O enfermeiro realizava a puericultura, o pré-natal e a alimentação dos sistemas de informações e os médicos assistiam os demais agravos incluindo a hipertensão arterial (TABELA 12).

Os itens que receberam as piores pontuações foram os referentes à realização de parcerias com ONGs/outros setores (12,4) e a realização de glicemia capilar nos hipertensos (44,6). As ESF que realizaram algum tipo de parceria citaram: o canal Futura, a Academia da Cidade e ONGs. Em relação à glicemia capilar nos hipertensos o baixo desempenho encontrado se deveu à quantidade insuficiente de fitas para quantificação da glicemia capilar, sendo as mesmas priorizadas para os indivíduos diabéticos. (TABELA 12).

Tabela 12 - Avaliação do subcomponente tratamento e acompanhamento e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006.

Tratamento / acompanhamento	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		Recife	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Ambulatorial	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	0.98	100.0
Domiciliar	1.00	100.0	1.00	100.0	0.92	92.3	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	0.99	98.7
Tratam não medicamentoso	1.00	100.0	1.00	100.0	0.92	92.3	1.00	100.0	1.00	100.0	0.95	95.2	0.98	97.9
O que consiste o tratam não medicamentoso	1.00	100.0	0.92	92.3	0.92	92.3	1.00	100.0	1.00	100.0	0.90	90.5	0.96	95.8
Tratamento medicamentoso	0.40	20.0	1.23	61.5	0.92	46.2	1.64	81.8	0.89	44.4	1.33	66.7	1.07	53.4
Acompanha domicílio AVC	1.00	100.0	1.00	100.0	1.00	100.0	0.91	90.9	1.00	100.0	1.00	100.0	0.98	98.5
Freq acomp. AVC	0.60	60.0	0.92	92.3	0.92	92.3	0.36	36.4	0.89	88.9	0.81	80.9	0.75	75.1
Glicemia capilar	0.60	60.0	0.38	38.5	0.77	76.9	0.36	36.4	0.22	22.2	0.33	33.3	0.45	44.6
Frequencia glicemia capilar	0.60	60.0	0.00	0.0	0.62	61.5	0.09	9.1	0.11	11.1	0.29	28.6	0.28	28.4
Atendimento de urgência	0.80	80.0	0.77	76.9	0.85	84.6	0.73	72.7	0.89	88.9	0.81	81.0	0.81	80.7
Acomp domicílio após urgência	0.20	20.0	0.46	46.2	0.08	7.7	0.09	9.1	0.22	22.2	0.33	33.3	0.23	23.1
Busca ativa faltosos	1.20	80.0	1.27	84.6	1.27	84.6	1.36	90.9	1.33	88.9	1.21	81.0	1.27	85.0
Envolvimento multiprofissional	1.00	100.0	1.00	100.0	0.92	92.3	0.82	81.8	0.78	77.8	0.81	81.0	0.89	88.8
Parceria ONG/outros setores	0.30	20.0	0.23	15.4	0.12	7.7	0.14	9.1	0.33	22.2	0.00	0.0	0.19	12.4
Total	10.70	66.9	11.19	70.0	11.23	70.2	10.50	65.6	10.70	66.0	10.79	67.4	10.83	67.8

Grau de implantação: ■ excelente ■ satisfatório ■ insatisfatório ■ crítico

*P: pontuação; E: escore

O subcomponente sistema de referência apresentou um grau de implantação *insatisfatório* para o Recife e em quatro dos DS. Apenas os DS I e VI apresentaram um grau *satisfatório*. A existência de cotas para a realização de exames laboratoriais obteve um grau de implantação *excelente* (93,1) V (TABELA 13). Quando questionados se as cotas eram suficientes para a demanda 64,3% dos profissionais responderam que eram suficientes (FIGURA 7), contudo, existiam problemas quanto à qualidade dos exames e na entrega dos resultados que demorava em média um mês.

Em relação à referência para realização de exames mais específicos que permitam a avaliação da condição cardíaca, a referência para a realização de radiografia de tórax obteve um grau de implantação *excelente* (97,2), contudo foi identificado que os exames não eram de boa qualidade e muitas vezes não vinham com o laudo do radiologista. Por outro lado, a referência para a realização do eletrocardiograma obteve um grau de implantação *crítico* com um escore de 40,3. O pior desempenho foi verificado no DS V (11,1) e o melhor no DS I (80,0). As ESF que não possuíam referência para a realização do eletrocardiograma, encaminhavam os hipertensos

para uma consulta com o cardiologista e este profissional encaminhava o indivíduo para a realização do exame (TABELA 13).

A existência de referência formal para as clínicas especializadas variou de acordo com o tipo de clínica. A referência para o cardiologista apresentou um grau de implantação *excelente* (95,8), contudo o tempo de espera variou de 15 dias a seis meses ficando com uma média de espera de três meses. Em mais de uma ESF os profissionais relataram casos de pacientes que vieram a óbito e não conseguiram serem consultados pelo cardiologista. A dificuldade de agendamento de consultas era maior para o Centro de Saúde Professor Ermírio de Moraes (referência municipal para o tratamento de hipertensão e diabetes) exatamente onde são encaminhados os casos mais graves e que necessitam de um maior acompanhamento.

A referência para o neurologista obteve um grau de implantação *satisfatório* com um escore de 80,6. O tempo médio de espera para uma consulta com este profissional foi de aproximadamente um mês. A referência para o oftalmologista obteve o melhor escore entre as referências para as clínicas especializadas (98,6), não ocorrendo problemas na marcação de consultas para esta especialidade médica. Apenas uma ESF do DS VI não possuía referência formal para este tipo de profissional. A existência de referência para o nutricionista e o psicólogo apresentou os escores mais baixos, 75,0 e 70,8, respectivamente. Apesar de apresentarem um grau de implantação *satisfatório*, os mesmos se aproximaram do nível inadequado do grau de implantação (TABELA 13).

A existência de referência formal para unidades hospitalares foi o item que apresentou o pior desempenho com um grau de implantação crítico. Esta situação é reflexo da insipiente articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde do Recife e a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco no que se refere à instituição de um sistema de referência e contra-referência (TABELA 13). Os hospitais citados como referência foram: Oscar Coutinho (DS I), Santo Amaro (DS II), Evangélico e Barros Lima (DS III), Santo Amaro e São João da Escócia (DS VI). Os hospitais supracitados fazem parte da rede própria, contratada e conveniada municipal, exceto o hospital São João da Escócia que encerrou suas atividades em setembro de 2003.

Figura 6 Suficiência de cotas para realização de exames laboratoriais básicos segundo profissionais das Equipes de Saúde da Família. Recife, 2006

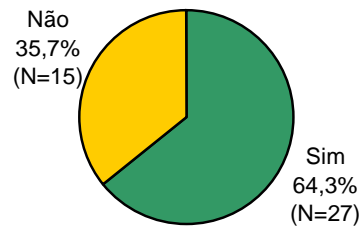


Tabela 13 - Avaliação do subcomponete sistema de referência e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006

Sistema de referência	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		Recife	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Cota exames	0.80	80.0	0.85	84.6	0.92	92.3	1.00	100.0	1.00	100.0	0.95	95.2	0.93	93.1
Glicemia jejum	0.25	100.0	0.25	100.0	0.25	100.0	0.25	100.0	0.25	100.0	0.24	95.2	0.25	98.6
Colesterol	0.25	100.0	0.25	100.0	0.25	100.0	0.25	100.0	0.25	100.0	0.24	95.2	0.25	98.6
Triglicerídeos	0.25	100.0	0.25	100.0	0.25	100.0	0.25	100.0	0.25	100.0	0.24	95.2	0.25	98.6
Uréia	0.25	100.0	0.23	92.3	0.25	100.0	0.23	90.9	0.19	77.8	0.24	95.2	0.23	93.1
Creatinina	0.25	100.0	0.23	92.3	0.25	100.0	0.25	100.0	0.19	77.8	0.24	95.2	0.24	94.4
Hemograma	0.25	100.0	0.23	92.3	0.25	100.0	0.25	100.0	0.22	88.9	0.24	95.2	0.24	95.8
Eletrocardiograma	1.20	80.0	0.35	23.1	0.58	38.5	0.55	36.4	0.17	11.1	0.86	57.1	0.60	40.3
RX tórax	1.50	100.0	1.38	92.3	1.50	100.0	1.50	100.0	1.33	88.9	1.50	100.0	1.46	97.2
Cardiologista	0.40	80.0	0.50	100.0	0.50	100.0	0.50	100.0	0.44	88.9	0.48	95.2	0.48	95.8
Neurologia	0.40	80.0	0.46	92.3	0.35	69.2	0.50	100.0	0.39	77.8	0.36	71.4	0.40	80.6
Oftalmologia	0.50	100.0	0.50	100.0	0.50	100.0	0.50	100.0	0.50	100.0	0.48	95.2	0.49	98.6
Nutricionista	0.40	80.0	0.46	92.3	0.27	53.8	0.36	72.7	0.28	55.6	0.43	85.7	0.38	75.0
Psicologia	0.40	80.0	0.31	61.5	0.31	61.5	0.32	63.6	0.33	66.7	0.43	85.7	0.35	70.8
Hospital	0.40	20.0	0.15	7.7	0.31	15.4	0.00	0.0	0.00	0.0	0.29	14.3	0.20	10.0
Total	7.50	75.0	6.40	64.0	6.73	67.3	6.70	67.0	5.80	58.0	7.19	71.9	6.75	67.5

Grau de implantação: ■ excelente ■ satisfatório ■ insatisfatório ■ crítico

*P: pontuação; E: escore

O componente uso da informação obteve um grau de implantação *crítico*, apenas o DS III apresentou um grau *insatisfatório*. A alimentação do SIAB foi o item que apresentou o melhor

escore (68,1) variando de 92,3 no DS III a 40,0 no DS I. A alimentação mensal deste sistema de informação conforme é preconizado pelo MS apresentou um escore se 65,3.

A alimentação do Hiperdia apresentou um grau de implantação *crítico* com um escore de 33,3. O pior desempenho foi encontrado no DS I no qual nenhuma ESF realizava esta atividade e o melhor no DS IV (54,5). A frequência mensal de alimentação do Hiperdia mostrou-se ainda mais frágil com um escore de 23,6 (TABELA 14).

Além dos problemas quanto a alimentação dos sistemas de informações, o planejamento das atividades a partir das informações disponíveis não é uma prática rotineira na maioria das ESF. O uso da informação no planejamento de ações obteve um grau de implantação *crítico* com um escore de 23,6. A pior situação foi encontrada no DS V (11,1) e a melhor no DS I (40,0), apesar de ambos apresentarem um grau de implantação *crítico*. Uma estratégia desenvolvida no DS VI para incentivar o uso da informação pelas ESF foi a instalação de uma sala de situação nas USF. A sala consiste em um painel no qual são colocados mensalmente os dados sobre a produção de cada ESF. Em relação à hipertensão arterial tem-se o número de hipertensos cadastrados e acompanhados. Mesmo com esta iniciativa que permitiu uma maior visibilidade dos dados o uso informação para o planejamento de ações apresentou um grau de implantação *crítico* no DS VI. Das ESF que realizavam o planejamento das ações as principais atividades planejadas foram o número de consultas, a busca ativa, o horário de atendimento, as visitas domiciliares, a solicitação de medicação, a realização de palestras e de grupos de hipertensos (TABELA 14).

Tabela 14 - Avaliação do componente uso da informação e grau de implantação segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006

Uso da Informação	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V		DS VI		Recife	
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Alimenta SIAB	0.60	40.0	0.92	61.5	1.38	92.3	1.36	90.9	0.83	55.6	0.86	57.1	1.02	68.1
Freq alimenta SIAB	0.60	40.0	0.92	61.5	1.15	76.9	1.36	90.9	0.83	55.6	0.86	57.1	0.98	65.3
Alimenta Hiperdia	0.00	0.0	0.92	46.2	1.08	53.8	1.09	54.5	0.44	22.2	0.29	14.3	0.67	33.3
Freq alimenta Hiperdia	0.00	0.0	0.92	46.2	0.62	30.8	0.55	27.3	0.22	11.1	0.29	14.3	0.47	23.6
Usa a informação planejamento	0.80	40.0	0.46	23.1	0.62	30.8	0.36	18.2	0.22	11.1	0.48	23.8	0.47	23.6
Quais profissionais utilizam a informação	0.30	30.0	0.23	23.1	0.35	34.6	0.18	18.2	0.11	11.1	0.21	21.4	0.23	22.9
Total	2.30	23.0	4.38	43.8	5.19	51.9	4.91	49.1	2.67	26.7	2.98	29.8	3.84	38.4





Grau de implantação: ■ excelente ■ satisfatório ■ insatisfatório ■ crítico

*P: pontuação; E: escore

5.2.3 Determinação do grau de implantação

A definição do grau de implantação da atenção à hipertensão arterial desenvolvidas pelas ESF foi obtido a partir das médias ponderadas das dimensões da estrutura e do processo onde foi atribuído peso quatro para a estrutura e seis para o processo. Não houve uma variação significativa no grau de implantação entre os DS, todos os DS obtiveram um grau de considerado *insatisfatório*. O pior desempenho foi encontrado no DS V (54,1) e o melhor no DS III (65,0) (TABELA 15).

Tabela 15 Grau de implantação da atenção ao hipertenso segundo Distrito Sanitário. Recife, 2006

Dimensões	DS I	DS II	DS III	DS IV	DS V	DSVI	Recife
Estrutura	51.2	53.7	59.0	49.1	44.4	52.6	52.4
Processo	61.4	61.0	69.0	62.3	60.5	63.5	63.0
Grau de Implantação (estrutura x 4 + processo x 6)/10	57.3	58.1	65.0	57.0	54.1	59.1	58.8
Grau de implantação: Excelente  Satisfatório  Inadequado  Crítico 							

5.3 Análise do Contexto

A análise dos elementos contextuais foi realizada quanto às dimensões político-normativa e técnico-gerencial e organizacional. Na análise político-normativa procurou-se identificar a posição do município do Recife quanto a priorização na atenção aos hipertensos e as principais medidas de intervenção propostas. A análise da dimensão técnico-gerencial e organizacional procurou identificar os principais entraves processo de gestão e organização da atenção ao hipertenso no município do Recife, levando em consideração as peculiaridades dos Distritos Sanitários.

5.3.1 Dimensão político-normativa

Apesar do Ministério da Saúde definir as diretrizes e os parâmetros da atenção ao hipertenso, sua operacionalização ocorre em âmbito municipal. O processo de implementação desta política depende do reconhecimento por parte do gestor municipal de sua importância e da criação de condições positivas para sua efetivação. Desta forma a análise dos Planos Municipais de Saúde do Recife dos períodos de 2002/2005 e de 2006/2009 revelaram:

- No Plano Municipal de Saúde de 2002/2005 não há referências ao planejamento de ações referentes as DCNT e a hipertensão arterial;
- O Plano Municipal de Saúde de 2006/2009 reconhece a hipertensão arterial como um dos principais problemas do município e estabelece proposições e metas para a atenção e vigilância deste agravo. Além disto, propõe a ampliação dos serviços especializados de média e alta complexidade e a implementação da política de assistência farmacêutica visando a garantia da regularidade no abastecimento de medicamentos.

5.3.2 Dimensão técnico-gerencial e organizacional

Na análise do contexto técnico-gerencial e organizacional, foram detectadas algumas características em comum ao conjunto dos DS do município do Recife que parecem estar fortemente influenciadas pela **ausência de uma coordenação geral** do programa de hipertensão. Os responsáveis por este programa nos DS não têm a quem se reportar para o esclarecimento de dúvidas quanto a sua operacionalização, não recebem apoio técnico e financeiro para aquisição de material educativo e para realização de capacitações. Além, de não existir cobrança por parte de uma instância superior quanto ao alcance de resultados e metas do programa.

Além da ausência de uma coordenação geral, a coordenação do programa de hipertensão nos DS apresenta-se de forma frágil e incipiente. Desde sua implantação em 2002, **nenhum DS apresentou um coordenador exclusivo para este programa**. Em dois distritos não existia coordenador e, nos demais os coordenadores dividiam suas atividades na coordenação de outros programas que muitas vezes não se relacionam entre si como: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Programa Nacional de Imunização (PNI), saúde mental, entre outros.

Nos distritos onde havia coordenador todos possuíam formação de nível superior na área de saúde ou de ciências sociais. **Apenas uma coordenadora possuía especialização em saúde pública**. Um fato importante ocorrido em dois distritos sanitários foi a saída do coordenador do programa e a demora na substituição do mesmo (em torno de seis meses). Neste período o programa ficou sob responsabilidade da farmácia apenas com a função de distribuição de medicamentos.

As atividades de coordenação em grande parte dos DS se restringiam a atividades burocráticas como o monitoramento do envio das fichas de cadastramento e acompanhamento pelas unidades básicas de saúde (sem haver grandes cobranças neste sentido) e a distribuição de medicamentos. **A utilização da informação não faz parte da rotina dos coordenadores**. Em apenas um DS a informação era utilizada para o planejamento de ações. Mesmo assim esta era utilizada unicamente para planejar a distribuição de medicamentos. Nestes quatro anos de funcionamento do programa em nenhum DS foi realizada análise da situação de saúde dos

hipertensos, não houve capacitação de nenhum profissional, nem existe previsão para a realização de capacitações em 2007.

Outro aspecto relevante foi a **dificuldade de comunicação interna nos DS**. As coordenações realizam suas atividades isoladamente e as ações dos diversos programas são superpostos. No caso dos DS em que ocorreu mudança na coordenação, as informações sobre a implantação do programa se perderam com a saída do coordenador. Grande parte das informações não estava documentada nem foram repassadas para os sucessores nem a outros membros do DS. Apenas em dois distritos nos quais a coordenação do programa de hipertensão era a mesma desde sua criação obtivemos informações sobre seu processo de implantação.

Alguns aspectos do processo de implantação deste programa parecem ainda influenciar na coordenação e na atuação dos profissionais de saúde, entre estes podem ser destacados: 1) a condução do processo de implantação do programa de hipertensão que apesar de sua operacionalização ocorrer na atenção básica, foi realizado pela Alta e Média Complexidade; 2) A existência de dificuldade dos coordenadores em **distinguir entre o programa de hipertensão e o sistema de informação Hiperdia**. Alguns profissionais não compreendiam que o sistema de informação é apenas uma ferramenta para subsidiar o planejamento das ações voltadas para o controle da hipertensão e acompanhamento dos hipertensos. **No processo de implantação valorizou-se o sistema de informação** ficando as atividades do programa de hipertensão reduzidas a coleta de informações para alimentar este sistema; 3) A falta de compreensão das potencialidades do Hiperdia dificultou a sensibilização dos profissionais da atenção básica que tiveram uma **pequena adesão no cadastramento dos hipertensos** e, sobretudo na alimentação contínua deste sistema de informações. Além disto, no processo de implantação foi exigido o cadastramento de 30% da população adulta na área de abrangência da USF num curto prazo de tempo. Os profissionais das USF tiveram que sair da rotina, organizar mutirões e ir para a comunidade cadastrar o máximo possível de hipertensos.

Desta forma, o Hiperdia não conseguiu atingir seu objetivo básico que é o de subsidiar o planejamento para a dispensação de medicamentos, ocorrendo **falta de medicação** em várias unidades de Saúde da Família do Município. **A meta de cadastramento nunca foi alcançada**, a adesão continua baixa, **os coordenadores não conseguem sensibilizar os profissionais que vêem o Hiperdia como mais um “papel para preencher”**, não reconhecendo sua importância e potencialidades.

Considerando todas estas dificuldades quando questionados se a hipertensão arterial era considerada um problema prioritário no DS. As coordenadoras responderam que o programa estava no **mesmo nível dos demais ou que não era prioridade**, necessitando de uma maior atenção e investimento. Nos DS onde não havia coordenação do programa as gerentes de atenção à saúde consideraram que a hipertensão era um problema prioritário. Seus principais argumentos foram de ordem normativa. Citaram o pacto de atenção básica, a NOAS e que todas as atividades realizadas no PSF são prioritárias. Contudo, **não apontaram nenhuma ação específica** realizada no DS para controlar este problema.

Em relação à organização da atenção ao hipertenso todos os DS seguem o mesmo padrão: os hipertensos são atendidos nas UBS, onde são realizadas atividades educativas, o diagnóstico clínico, o tratamento, a distribuição de medicamentos, o acompanhamento e a busca ativa. Os casos mais graves são encaminhados para consultas com especialistas, apesar de **não haver uma programação por parte da coordenação e não existir um protocolo** municipal ou nos DS para o tratamento e acompanhamento dos hipertensos.

Em todos os DS as coordenadoras afirmaram **não haver dificuldade** em referenciar os hipertensos para a realização de exames laboratoriais. Estes são realizados no Laboratório Municipal ou na rede de saúde complementar, apesar da **demora no recebimento dos resultados** que leva em torno de um mês. Em relação ao encaminhamento para clínicas especializadas, a maior **dificuldade encontrada na referência para o cardiologista**. Apesar da maioria das ESF possuírem referência para este profissional, as cotas são insuficientes e o número de profissionais reduzidos. O agendamento das consultas para estes profissionais demorava em média três meses. **Em nenhum DS havia referência formal para unidades hospitalares de alta complexidade**, o que fato comprometia o atendimento integral dos hipertensos.

Em relação ao funcionamento do sistema de informações Hiperdia as fichas de cadastramento e acompanhamento são enviadas das unidades de saúde para o DS que possuem um digitador responsável por processá-las. Contudo, alguns entraves foram detectados quanto ao efetivo funcionamento deste sistema. Destaca-se a qualidade dos equipamentos, a regularidade no envio das fichas de cadastramento e acompanhamento pelas unidades de saúde e o funcionamento do próprio sistema.

Em relação aos equipamentos, o nível central não disponibilizou para os DS computadores novos. Os DS tiveram que se adequar à estrutura existente e o Hiperdia foi

instalado em **computadores antigos que quebram com certa frequência**. Outro problema encontrado em todos os DS foi a **falta de regularidade e a baixa adesão por parte dos profissionais no envio das fichas de cadastramento e acompanhamento**, comprometendo a qualidade da informação. Por fim, a configuração do Hiperdia apresenta entraves na entrada de dados da ficha de acompanhamento, não permite atualizações e não detecta duplicidades, comprometendo a qualidade e desestimulando o uso das informações.

6 DISCUSSÃO

No Brasil, as últimas décadas foram marcadas por intensas transformações sociais, políticas, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas. Neste cenário, o incremento da participação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no perfil de morbimortalidade trouxe novos desafios para o poder público representado por seu elevado custo médico e social (CESSE; FREESE, 2006). A alta prevalência dessas doenças na população acarretam elevados gastos públicos com internações hospitalares, licenças médicas prolongadas, aposentadorias precoces por incapacidade/invalidez, mortes prematuras e diminuição da qualidade de vida dos portadores e de seus familiares (CESSE; FREESE, 2006; FUCHS, 2004; LIMA-COSTA et al., 2004; MARCOPITO et al., 2005; SOUZA et al, 2003; YUSUF et al., 2004).

Considerando-se essas evidências torna-se imprescindível a adoção de medidas específicas de intervenção que necessitam estar epidemiologicamente orientadas para se obter um impacto positivo na redução da morbimortalidade por DCNT. Apesar da reconhecida importância da epidemiologia em subsidiar o planejamento de políticas de intervenção, a vigilância epidemiológica das DCNT no Brasil é recente e encontra-se em processo de implementação (LESSA, 2004; MENDONÇA, 2001). Excetuando-se o programa de câncer, monitorado pelos registros de câncer de base populacional, que se apresenta como uma experiência exitosa e bem consolidada na área da vigilância das DCNT no Brasil (LESSA, 2004).

No caso das DCNT, as principais fontes de informações para o planejamento, monitoramento e avaliação de medidas de intervenção são as provenientes das estatísticas de mortalidade e de morbidade hospitalar, obtida por meio dos sistemas de informação sobre mortalidade e de internações hospitalares do Ministério da Saúde, respectivamente. Estes sistemas apesar de possuírem uma boa cobertura, não retratam a real contribuição da hipertensão arterial na mortalidade devido às regras de seleção de causa básica (CHOR, 1999; LESSA, 1998) e apenas oferecem informações indiretas sobre a prevalência desse agravo, uma vez que os casos de maior gravidade é que demandam internações (LESSA, 1998). Além, de não contemplarem os fatores de risco dificultando o planejamento de medidas preventivas.

Apesar dessas limitações estes sistemas de informação apresentam-se como importantes ferramentas que permitem a construção de indicadores para o planejamento, o gerenciamento e a avaliação dos serviços de saúde (BEZERRA, 1999). Felisberto et al. (2006) mostraram a contribuição do uso dos sistemas de informação (SIM, SIH, SIAB) no monitoramento e avaliação

da hipertensão arterial. Esses autores utilizaram indicadores traçadores do impacto das ações básicas de prevenção e controle da doença hipertensiva, tais como: taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares, taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC), taxa de internação por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e a proporção de hipertensos acompanhados pelo PACS/PSF. Os resultados para o período de 1998 a 2004, mostram que ocorreu uma expansão da cobertura dos serviços de acompanhamento e controle da hipertensão arterial, redução na mortalidade por doenças cerebrovasculares e diminuição nas internações por AVC e ICC.

Outras importantes fontes de informações são os inquéritos de base populacional. Esse tipo de investigação é considerado o “padrão ouro” na determinação da prevalência da hipertensão e seus fatores de risco. Contudo, no Brasil, não foi realizado um inquérito de abrangência nacional. Grande parte dos estudos existentes é proveniente das regiões sul e sudeste do país não sendo representativos da população brasileira (FORMIGLI et al., 1999; FREITAS et al., 2001; GUS et al., 2004; LIMA-COSTA et al., 2004; MARCOPITO et al., 2005; SOUZA et al., 2003).

Além da escassez de informações que orientem o planejamento de políticas de intervenção, outros fatores influenciam diretamente na concepção e implementação dessas políticas. Entre esses a formação dos profissionais de saúde centrada na prática clínica (JAEGER et al, 2004), a conformação histórica das ações de vigilância e de assistência à saúde voltadas prioritariamente para o controle das doenças transmissíveis (LESSA, 1998) e o modelo assistencial hegemônico, centrado no atendimento curativo e individual (PAIM, 1999; SILVA JÚNIOR, 1998) que eleva os custos do sistema de saúde sem obter impacto significativo no padrão de adoecimento e morte da população (GOULART, 1998; PAIM, 1999; TEIXEIRA, 2006).

Na tentativa de superar alguns desses entraves o governo federal propôs a reorganização do modelo de atenção à saúde por meio da estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 1997). Essa proposta visa à ampliação e qualificação da atenção básica (TEIXEIRA, 2006) com a priorização das ações de proteção e promoção à saúde, além da assistência individual (CHIESA; FRACOLLI, 2004; IBAÑES, 2006). Esta medida visa proporcionar uma atenção integral e um acompanhamento sistemático, extremamente importante no que se refere as DCNT que, na

maioria dos casos, possuem um longo curso clínico e necessitam de acompanhamento constante durante toda a vida do indivíduo (LESSA, 1998).

Apesar do grande número de normas que orientam o PSF e de suas potencialidades em imprimir um novo padrão de atenção à saúde, Merhy et al. (2004); Teixeira (2006) citam algumas situações que tem reduzido a potência do PSF em produzir mudanças efetivas no modelo assistencial hegemônico. Entre estas destacam: a concepção de um formato único para todo o país e equipes que desconsideram as diferenças locais, a burocratização do processo de gerenciamento do trabalho das equipes, o desconhecimento da necessidade de atendimento a demanda espontânea, o desvirtuamento das visitas domiciliares, a alta rotatividade dos profissionais, a instabilidade das equipes e a desarticulação com a regionalização da assistência.

Pelo exposto, os desafios são muitos na concepção e implementação de políticas de intervenção voltadas para a prevenção e controle das DCNT. Esses desafios necessitam ser consideradas e superadas, uma vez que podem influenciar diretamente no êxito das medidas propostas. Entre as DCNT, o Ministério da Saúde vêm priorizando a prevenção do câncer de colo do útero e o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, por serem doenças passíveis de prevenção e controle no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2001a). O objetivo central do controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus é impactar positivamente na morbimortalidade por doenças cardiovasculares, principais causas de óbito no país desde a década de 1960 (KALANCHE et al., 1987; LAURENTI, 1990).

Do ponto de vista político-normativo, o presente estudo identificou um importante avanço no que se refere à atenção ao hipertenso. A criação do programa de hipertensão, no final da década de 1980, representou a primeira iniciativa no sentido de instituir em âmbito nacional uma política de prevenção e controle deste agravo. Embora este programa apresentasse propostas de promoção, prevenção e controle, as ações não conseguiram se enquadrar na prevenção primária de baixo custo, desviando-se exclusivamente para a prática clínica individual, de baixa cobertura e acesso restrito (LESSA, 1998, 2004). Conseqüentemente, muitos dos objetivos propostos não foram alcançados (LESSA, 2004; LOTUFO, 1998).

Mesmo com sua ineficiência comprovada esse programa norteou a política de prevenção e controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus por mais de dez anos. Apenas em 2001 foram estabelecidas novas diretrizes na atenção a esses agravos. Do ponto de vista normativo, duas medidas foram de extrema importância: a primeira foi a promulgação da NOAS/01 que

estabeleceu as diretrizes para ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica e definiu o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus como área de atuação estratégica mínima deste nível de atenção (BRASIL, 2001d). A segunda foi o lançamento pelo governo Federal do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus (BRASIL, 2001b). A implantação deste plano ocorreu em uma conjuntura favorável, na qual o PSF proporcionou um aumento na oferta de serviços básicos de saúde (FELISBERTO, 2006; PAIVA et al., 2006;) e permitiu entre outros avanços a criação de vínculo entre os usuários e a ESF, além de ser dada uma maior ênfase nas atividades de promoção e prevenção (MERHY et al., 2004), diferentemente do ocorrido na implantação do plano original em 1989 (LESSA, 1998, 2004).

Na concepção do plano de reorganização foram consideradas as diretrizes do PSF e instituída uma série de normas que orientam a implantação deste plano no território Nacional. As principais propostas consistem na atualização dos profissionais da rede básica de saúde, a realização de ações de promoção da saúde e controle dos fatores de risco, a garantia de diagnóstico e da vinculação do hipertenso às unidades básicas de saúde para tratamento e acompanhamento, a disponibilização contínua de medicamentos e a instituição de elencos mínimos de informações sobre a ocorrência destes agravos (BRASIL, 2001a, 2002a, 2002b). Contudo, estas medidas apenas serão adequadamente implantadas se os gestores municipais assumirem a hipertensão como um problema prioritário e disponibilizarem recursos técnicos e financeiros ao seu adequado funcionamento.

No município do Recife a implantação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus ocorreu em 2002. A análise do plano municipal de saúde referente a este período (2002/2005) demonstrou que não há menção ao planejamento de ações de prevenção e controle da hipertensão arterial (RECIFE, 2002). Apenas o plano do período seguinte (2006/2009) reconhece a hipertensão como um dos principais problemas de saúde do município e estabelece proposições e metas para a atenção e vigilância deste agravo (RECIFE, 2006). Apesar do compromisso político assumido pelo gestor municipal, as coordenadoras do programa nos Distritos Sanitários não vêem o programa como prioritário. Fato constatado pelo baixo desempenho do município na avaliação do grau de implantação da atenção ao hipertenso encontrado por este estudo.

A contemporaneidade da implantação do PSF e do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus traz a necessidade do conhecimento das medidas que

foram efetivamente implantadas e aquelas que encontraram algum tipo de entrave ao seu funcionamento. A verificação do distanciamento das medidas propostas e das efetivamente implantadas permitirá o aprimoramento do programa de hipertensão, promovendo uma maior qualidade e resolutividade na atenção ao hipertenso. Nesse sentido, a avaliação e o monitoramento em saúde se apresentam como importantes ferramentas para melhoria da qualidade da atenção ofertada e no planejamento de ações futuras (SALA et al., 1998; UCHIMURA; BOSI, 2002; VIEIRA-DA-SILVA, 2005), uma vez que permite identificar os limites e as potencialidades do programa que está sendo avaliado. Vieira-da-Silva; Formigli (1994) chamam atenção ao fato da necessidade de definição de estratégias de avaliação para os projetos de reorganização das práticas de saúde que devem estar sintonizadas com as modificações propostas para um novo modelo assistencial.

Na literatura foram identificados poucos estudos que abordam a avaliação da atenção à hipertensão arterial na atenção básica, considerando-se o contexto brasileiro. Recentemente foram publicados alguns estudos que avaliaram o grau de implantação (CAVALCANTE, 2004) e o desempenho da atenção à hipertensão arterial (ALVES; NUNES, 2006; PAIVA et al., 2006; PICCINI et al., 2006; SOUSA et al., 2006; STRUMER et al., 2006; ZAITUNE et al., 2006;), sendo a maioria destes estudos realizados nas regiões sul e sudeste do país. A região Nordeste e, inclusive o município do Recife carecem de informações quanto à atenção ao hipertenso que possibilitem subsidiar o planejamento de ações de prevenção e controle, considerando as especificidades locais.

Apesar de todo o aparato normativo que subsidia a atenção a hipertensão arterial (BRASIL, 2001a, 2002a, 2002b), no Recife as ações de prevenção e controle encontram-se bastante fragilizadas. A ausência de uma coordenação geral do programa de hipertensão parece ser o fator mais relevante para a situação encontrada. Não existe uma coordenação no âmbito do município que articule as ações propostas pelo governo federal e oriente as coordenações dos Distritos Sanitários (DS), embora a hipertensão seja considerada um problema prioritário segundo o Plano Municipal de saúde – 2006/2009 (RECIFE, 2006).

Este estudo considerou insatisfatório o grau de implantação da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas ESF do Recife. O percentual de cumprimento das atividades preconizadas pelos documentos oficiais foi de 59,5%. Resultado inferior ao encontrado por

Cavalcante (2004) em Camaragibe-Pe, que considerou o controle da hipertensão como implantado e encontrou um percentual de cumprimento das atividades preconizadas de 85,8%.

Diferenças contextuais entre os municípios analisados podem explicar parcialmente os valores encontrados, além de diferenças metodológicas entre os estudos, uma vez que a avaliação em saúde caracteriza-se pela emissão de um juízo de valor a cerca do objeto a ser avaliado (CONTRANDIOPOULOS et al., 1997). Considerando que este julgamento de valor não é um ato neutro, os valores e as referências que fundamentam a visão de mundo de quem interpreta a situação irá influenciar diretamente no resultado da avaliação por meio da escolha do referencial teórico, das categorias de análise, do método, das técnicas, dos instrumentos e dos indicadores utilizados (FREESE et al., 2005).

Entre os DS não foram encontradas variações significativas no grau de implantação. Todos apresentaram um grau considerado insatisfatório. Os DS parecem compartilhar as mesmas dificuldades que envolvem problemas de infra-estrutura, deficiência de insumos, baixa qualificação profissional e ausência (DS II e III) ou deficiência (demais DS) na coordenação do programa de hipertensão que afetam direta ou indiretamente na qualidade do serviço ofertado.

As coordenadoras apresentavam acúmulo de funções, sendo responsáveis pela coordenação de outros programas que muitas vezes não se relacionam entre si como: o Programa Nacional de Imunização (PNI), o Programa de Saúde da Mental, entre outros. As atividades de coordenação estavam na maioria dos DS reduzidas a ações burocráticas de supervisão do envio das fichas de cadastramento e acompanhamento do Hiperdia e na distribuição de medicação para as UBS. Estes achados apontam para a necessidade de um coordenador exclusivo para o programa de hipertensão e para a capacitação dos coordenadores atividades de gestão, planejamento em saúde e análise epidemiológica.

A avaliação da dimensão da estrutura demonstrou uma série de fragilidades em relação à infra-estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), aos recursos materiais e à qualificação dos profissionais das ESF na atenção ao hipertenso. Um maior investimento por parte do gestor municipal se faz necessário no intuito de superar grande parte dos problemas identificados.

Em relação à infra-estrutura, as UBS apresentaram-se inadequadas ao funcionamento das ESF de acordo com as diretrizes propostas pelo PSF (BRASIL, 1997, 2006b), obtendo um grau de implantação crítico. Mais da metade das ESF pesquisadas não possuíam sala de reuniões/palestras nem um número suficiente de consultórios para a consulta médica e de

enfermagem. O município do Recife adotou o PSF como estratégia de reorganização do modelo assistencial desde 1998 quando as primeiras ESF foram implantadas (RECIFE, 2002). Desta forma, muitas unidades de saúde tradicionais (UST) foram transformada em unidade de saúde da família (USF), sem, contudo, ter havido reformas na infra-estrutura das unidades necessárias ao adequado funcionamento das ESF. Vieira-da-Silva; Formigli (1994) chamam atenção ao fato de que problemas na infra-estrutura dos serviços podem influenciar no grau de adesão dos pacientes ao tratamento e às ações preventivas recomendadas pelos profissionais de saúde.

A ausência de sala de reuniões/palestras se apresenta como um obstáculo à realização de atividades em grupos, considerada importante estratégia para o aumento da adesão ao tratamento e às consultas subseqüentes. Nas atividades em grupo os usuários encontram a oportunidade de redimensionar as dificuldades ao compartilhar dúvidas, sentimentos e conhecimentos (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999).

Embora a ausência do espaço físico adequado nas USF se constitua em um importante entrave a realização das atividades em grupo, a articulação das ESF com a comunidade/ONGs permite a realização destas atividades em outros espaços como: igrejas, associações de moradores, centros comunitários, ONGs, entre outros. Fato observado em algumas das ESF estudadas, apesar de ainda serem poucas as ESF que desenvolveram este tipo de parceria. Fato também constatado por Cavalcante (2004) que identificou em apenas um quinto das ESF de Camaragibe-PE a realização de parceria com outros setores/ONGs.

Um programa realizado pela Prefeitura do Recife de grande importância para a prevenção e controle da hipertensão arterial é a Academia da Cidade. Este programa foi implantado em 2002 e tem como seus principais objetivos promover a realização de atividades físicas de forma regular e com orientação adequada, contribuindo para uma atenção integral com a divulgação de hábitos saudáveis e combate as DCNT. Atualmente são quinze pólos espalhados pelos seis DS do município (RECIFE, 2007). Apesar de seu elevado potencial, apenas duas ESF e uma coordenadora do programa de hipertensão referiram a Academia da Cidade como um importante parceiro no controle da hipertensão.

A disponibilidade de materiais básicos para o diagnóstico clínico foi aspecto da estrutura considerado crítico. Entre os itens avaliados os que apresentaram pior desempenho foram os referentes à manutenção rotineira dos equipamentos e a presença de manguitos nos tamanhos pequeno, médio e grande. A insuficiência tanto quantitativa quanto qualitativa de material

diagnóstico poderá afetar na efetividade das medidas adotadas na medida em que contribuem para a ocorrência de falsos diagnósticos da hipertensão arterial. Apesar da técnica de aferição da pressão arterial ser relativamente simples, exige treinamento dos profissionais, materiais de boa qualidade e uma calibração regular de forma a ser mantida a precisão das leituras (BRASIL, 2001c). Além disto, o tamanho do manguito deve estar de acordo com a largura do braço do indivíduo uma vez que a desproporção entre os mesmos provocará um erro sistemático na medida da pressão arterial. Esta poderá ser subestimada se o manguito for muito largo ou superestimada se o mesmo for muito estreito (BRASIL, 1993b).

A presença de material educativo sobre hábitos de vida saudáveis e/ou hipertensão arterial nas ESF foi outro item que apresentou um baixo desempenho com um grau de implantação crítico. Apenas um quarto das ESF analisadas possuíam este tipo de material. Nos DS as coordenadoras do programa de hipertensão relataram não disponibilizar material educativo para as UBS por não receberam do nível central este tipo de material, uma vez que os DS não possuem recursos financeiros para sua confecção. Estes achados estão em conformidade com os da avaliação realizada pelo Ministério da Saúde que identificou a disponibilidade de material educativo em aproximadamente um quarto das ESF implantadas no Brasil em 1999 (BRASIL, 2001d) e contrastam com os de Cavalcante (2004) que encontrou em cerca de três quartos das ESF de Camaragibe-PE material educativo sobre hábitos de vida saudáveis e/ou hipertensão arterial.

Além dos problemas anteriormente identificados a ausência no âmbito do município de um protocolo clínico na atenção ao hipertenso contribuiu para o fraco desempenho encontrado, comprometendo a qualidade das ações desempenhadas. Apesar da implantação deste protocolo ser um dos objetivos específicos do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001b), no Recife este ainda não foi efetivado. Desta forma, as ações de prevenção e controle não possuem uma diretriz específica e dependem da formação e informação de cada profissional.

Considerando a complexidade no manejo dos hipertensos, a dificuldade em se conseguir o controle ideal da pressão arterial com um único agente terapêutico e a necessidade de capacitação contínua dos profissionais (ZAITUNE et al., 2006), a instituição de um protocolo de atendimento clínico se faz necessário no sentido de se garantir uma prescrição segura e eficaz. Nesse sentido, Picon; Beltrame (2007) enfatizam a importância dos protocolos clínicos no sentido de deixar

claro para os profissionais da rede de atenção à saúde os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas dosagens corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento, a verificação de resultados e a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos.

Dos profissionais participantes do presente estudo, três quartos relataram não seguir nenhum protocolo no atendimento clínico aos hipertensos, os demais afirmaram seguir as orientações do Ministério da Saúde (MS). Estes achados contrastam com os de Piccini et al. (2006) que realizaram um estudo de linha de base do PROESF e encontraram em cerca de 80,0% das ESF do Nordeste a utilização de algum protocolo para o atendimento dos hipertensos. Segundo estes autores os trabalhadores das UBS devem estar capacitados em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar e operar protocolos para ações programáticas e específicas às necessidades de maneira integrada com as demais práticas da rede de cuidado social.

Contudo, o que se observou foi uma baixa qualificação dos profissionais na atenção à hipertensão arterial, aspecto considerado crítico em todos os DS. Apesar do elevado percentual de médicos e enfermeiros que realizaram curso de especialização em Saúde da Família, considerado ponto positivo na qualificação da atenção básica (BRASIL, 2005b), apenas um terço dos profissionais realizaram capacitação específica na atenção ao hipertenso. Embora a capacitação seja uma diretriz do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001b), o percentual de profissionais capacitados mostrou-se inferior a média nacional, que em 2004, era de aproximadamente 50,0% (BRASIL, 2004c). Piccini et al (2006) encontraram um percentual próximo à média nacional de profissionais capacitados nas regiões Nordeste e Sul do país e Cavalcante (2004) identificou um percentual de 63,9% das ESF capacitadas no município de Camaragibe-PE.

Piccini et al. (2006) atribuíram entre outros fatores a perda de efetividade no cuidado ao hipertenso ao baixo percentual profissionais capacitados. Fato constatado em estudo realizado por Paiva et al. (2006) que encontraram um elevado percentual de anamneses e exames físicos insatisfatórios entre os hipertensos atendidos pelo PSF de um município Paulista. Estes achados apontam para a necessidade de uma melhor qualificação dos profissionais no cuidado ao hipertenso.

Além dos problemas referentes à qualificação profissional, a questão dos recursos humanos foi apontada por Conill (2004) como um dos principais problemas na implantação do PSF em Santa Catarina-SC. Este autor identificou problemas no recrutamento, na motivação, na supervisão e na rotatividade dos profissionais. A rotatividade dos profissionais dificulta a criação do vínculo entre os usuários e os serviços de saúde comprometendo a qualidade da atenção ofertada (GÓES; MARCON, 2002). O Ministério da Saúde avaliou a implantação e o funcionamento das ESF no período de 2001/2002 e identificou que embora um terço das ESF estivessem funcionando a menos de um ano, dois terços dos médicos e enfermeiros estavam inseridos no programa neste mesmo período de tempo, apontando para uma rotatividade dos profissionais (BRASIL, 2004b). Fato não identificado no presente estudo, no qual foi constatada uma certa estabilidade das ESF. O tempo médio de implantação das ESF foi de aproximadamente dois anos e cerca de três quartos dos profissionais estavam inseridos no PSF num período de tempo igual ou superior aos dois anos.

Outro aspecto de grande importância para obtenção de um efetivo controle dos níveis tensionais e na redução das complicações e co-morbidades associadas à hipertensão arterial é a disponibilização ininterrupta de medicação anti-hipertensiva pelas UBS. A quase totalidade das ESF estudadas afirmou disponibilizar os medicamentos anti-hipertensivos que fazem parte da farmácia básica. Contudo, a regularidade na distribuição mostrou-se insatisfatória em cerca de dois terços das ESF analisadas.

Estudo realizado por Piccini et al. (2006) identificou que cerca de três quartos dos idosos hipertensos atendidos em UBS do Nordeste brasileiro conseguiam medicação na UBS, os demais tinham de adquirir os medicamentos com recursos próprios o que favorecia o abandono do tratamento. Apesar da disponibilização de medicação para os hipertensos estar assegurada pelo Programa Nacional de Assistência Farmacêutica ao Hipertenso (BRASIL, 2002a), problemas no cadastramento dos hipertensos pelas UBS têm impossibilitado um planejamento adequado, ocorrendo falta de medicação em várias USF do Recife.

Os problemas organizacionais anteriormente identificados, somados as limitações na estrutura (recursos humanos e materiais) influenciaram no desenvolvimento de algumas atividades do processo de trabalho (atividades de prevenção, controle e uso da informação). Uma vez que o fundamento da abordagem da estrutura consiste em que boas pré-condições têm maior possibilidade de resultar em um processo favorável do que pré-condições básicas precárias

(VUORI, 1991). Desta forma, a avaliação da dimensão do processo de trabalho obteve um grau de implantação considerado insatisfatório.

As ações de prevenção são consideradas atividades estratégicas prioritárias do PSF e atribuição de todos os membros que integram a ESF (BRASIL,1997, 2001g). Apesar deste fato, o componente ações preventivas obteve um grau de implantação considerado insatisfatório. Embora todas as ESF realizassem algum tipo de ação educativa, as atividades individuais predominaram em detrimento das atividades coletivas. Estas estão voltadas para os indivíduos sabidamente doentes como parte integrante do tratamento, havendo uma baixa adesão as ações preventivas destinadas à população em geral. Estes achados estão em conformidade com os estudos de Noronha et al. (2004); Alves; Franco (2003); Moura; Rodrigues (2003) que demonstraram uma frequência reduzida no desenvolvimento de ações educativas coletivas pelas ESF.

A realização de atividades educativas voltadas para os indivíduos hipertensos é de grande importância no sentido de aumentar a adesão ao tratamento. O indivíduo passa a tomar consciência da importância de seu papel ativo na incorporação de novos hábitos e no seu próprio cuidado (PAIVA et al., 2006). Peñal et al. (2001) em estudo sobre a efetividade de um programa educativo para os hipertensos assistidos em uma UBS, identificaram um elevado percentual de indivíduos que desconheciam a etiologia, as complicações e os fatores de risco modificáveis da hipertensão arterial. O grau de informação melhorou após a execução do programa avaliado, bem como a adesão dos hipertensos às recomendações realizadas pelos profissionais de saúde.

Outro aspecto que deve ser valorizado nas ações educativas diz respeito à postura e as técnicas utilizadas pelos profissionais de saúde que irão influenciar nos resultados imediatos e em longo prazo alcançados. Alves; Nunes (2006) avaliaram o desenvolvimento de ações educativas durante consultas médicas ao paciente hipertenso por médicos do PSF de três municípios baianos e constataram que a condução da consulta enfatiza a medicalização e o controle da hipertensão. Além do que a narrativa dos pacientes era inibida ou interrompida pelo médico e em grande parte das vezes a ação educativa apresentou-se secundária e superficial, objetivando a redução dos riscos individuais. Desta forma, os fatores de risco relacionados à condição de vida deixaram de ser abordados.

Nesse sentido, Filgueiras; Deslandes (1999) chamam a atenção da importância da interação entre os profissionais de saúde e os usuários para o estabelecimento de práticas

educativas duradouras e eficazes. Estas autoras ressaltam que no processo educativo os profissionais devem reconhecer que os usuários detêm um conhecimento prévio, baseado nas experiências pessoais e no saber do senso comum. E, também considerar que este escopo informativo muitas vezes é suficientemente arraigado e capaz de orientar o comportamento cotidiano destes indivíduos. A não consideração destes fatos levará a realização de ações burocráticas e prescritivas com baixo potencial de influenciar positivamente na adoção de hábitos de vida saudáveis.

Uma estratégia de educação em saúde que vem sendo bastante utilizada são as atividades em grupos de hipertensos. O presente estudo encontrou em um pouco mais da metade das ESF do município a realização deste tipo de atividade. Percentual inferior ao encontrado por Piccini et al. (2006) que identificaram a realização de grupos de hipertensos pela quase totalidade (96,0%) das ESF da região Nordeste. Góes; Marcon (2002) ressaltam que esta abordagem se apresenta como um papel muito importante para o estímulo a mudanças nos hábitos de vida e uma maior adesão ao tratamento. Além, de promover a socialização, a troca de experiências e o apoio mútuo entre os participantes.

Além da baixa adesão por parte das ESF na realização dos grupos de hipertensos, o presente estudo identificou algumas disfunções na operacionalização destes grupos. Entre estas pode ser destacado: grupos com um elevado número de participantes (mais de 60), a realização de grupos apenas para a distribuição de medicação e a utilização dos grupos para consulta coletiva de triagem na qual apenas os casos de maior gravidade recebiam atendimento médico. Além desses problemas, alguns estudos vêm demonstrando uma cobertura insuficiente dos grupos de hipertensos no qual uma pequena parcela dos hipertensos tem acesso a este tipo de atividade (PAIVA et al., 2006; PICCINI et al., 2006; ZAITUNE et al., 2006), indicando as poucas oportunidades oferecidas pelos serviços de saúde para a realização de intervenções educativas voltadas para esta patologia.

Em relação às ações de controle, alguns aspectos merecem destaque por se apresentarem como ações exitosas ou como verdadeiros entraves a uma assistência efetiva aos hipertensos. O diagnóstico de casos apresentou um grau de implantação considerado satisfatório. Os itens que contribuíram favoravelmente na pontuação obtida foram a realização de diagnóstico clínico pela quase totalidade das ESF e a adoção do critério diagnóstico preconizado pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Por outro lado, a realização de atividades comunitárias para detecção de casos novos foi o item que apresentou o pior desempenho. Apenas um sexto das ESF estudadas tinham realizado alguma campanha ou mutirão para detecção de hipertensos assintomáticos. A principal forma de captação de casos novos foi a aferição da pressão arterial dos usuários do posto independente do motivo da consulta. A busca ativa de indivíduos assintomáticos é uma atividade considerada essencial no intuito controlar a doença e prevenir suas complicações, uma vez que cerca metade dos indivíduos hipertensos não sabem de sua condição (GUS et al., 2004). Sala et al. (1993) chamam atenção ao fato da insuficiência da abordagem de detecção de casos novos considerando apenas a aferição da pressão arterial dos usuários do posto de saúde. Esta estratégia apresenta uma baixa efetividade, considerando que uma parcela da população que não frequenta o serviço de saúde ou o faz em condições de atendimento muito sumárias, não terão acesso a um diagnóstico precoce da hipertensão arterial.

A vinculação (cadastramento) dos hipertensos diagnosticados às UBS tem sido considerada uma das principais estratégias para se obter um acompanhamento eficaz destes indivíduos (BRASIL, 2001b), uma vez que a criação de vínculo entre os profissionais e usuários favorece um melhor acompanhamento dos hipertensos, aumentando as chances de adesão ao tratamento e um controle mais eficaz dos níveis tensionais (GÓES; MARCON, 2002; OIGMAN; NEVES, 1998;).

O cadastramento dos hipertensos no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e no Hiperdia é uma atividade considerada essencial para obtenção de informações fidedignas que subsidiem o planejamento das ações de prevenção e controle, bem como a distribuição dos medicamentos. Aproximadamente 80,0% das ESF afirmaram cadastrar os hipertensos no Hiperdia. Percentual inferior ao encontrado por Cavalcante (2004) que identificou a quase totalidade das ESF de Camaragibe-PE cadastravam os hipertensos neste sistema de informações.

Apesar deste elevado percentual de ESF que afirmaram realizar o cadastramento dos hipertensos, o mesmo não deve ser realizado com regularidade uma vez que os dados provenientes do Hiperdia indicam uma cobertura de aproximadamente 10,0% de hipertensos cadastrados, bem abaixo da meta proposta pelo MS que é de 30,0% da população adulta com idade igual ou superior a vinte anos. As coordenadoras do programa de hipertensão nos DS apontam como a maior dificuldade na operacionalização do Hiperdia à baixa adesão dos profissionais no cadastramento dos hipertensos neste sistema de informações. Torna-se

necessário, a criação de estratégias de sensibilização dos profissionais, na tentativa de superar o caráter prescritivo e burocrático do Hiperdia e enfatizar as potencialidades deste sistema de informações como uma importante ferramenta de melhoria da qualidade da atenção ao hipertenso.

Outro ponto que mereceu destaque no subcomponente vinculação (cadastramento) foi o agendamento das consultas de acordo com o risco/necessidade do hipertenso. O MS preconiza uma periodicidade de agendamento das consultas semestralmente para os hipertensos controlados e sem lesão em órgãos-alvo, bimestralmente para os controlados e com lesão em órgãos-alvo e mensalmente para os sem controle e com lesão em órgão-alvo (BRASIL, 2001c). O presente estudo identificou que o agendamento de acordo com o risco/necessidade era realizado por um pouco mais da metade das ESF estudadas. As demais ESF ou agendavam a consulta independente do risco ou ainda atendiam na lógica da demanda espontânea. Fato também observado por Sousa et al. (2006) que avaliaram o desempenho de uma ESF de um município de pequeno porte da região Sul país quanto à atenção aos portadores de hipertensão arterial e identificaram entre outros aspectos o predomínio do atendimento à demanda espontânea destes indivíduos e a dificuldade de reversão do modelo assistencial.

Nas ESF que agendavam as consultas de acordo com o risco/necessidade observou-se um maior acompanhamento nos hipertensos controlados. A medida em que a gravidade da hipertensão foi aumentando o percentual de ESF que cumpre a norma do MS foi diminuindo, sendo estes hipertensos muitas vezes referenciados para unidades de maior complexidade, ficando sem acompanhamento na rede básica de saúde.

Em relação ao tratamento dos hipertensos, as ações estão divididas em medidas não-medicamentosas e medicamentosas. A adoção do tratamento não-medicamentoso é de grande importância para diminuir os fatores de risco associados à hipertensão arterial. Em muitos casos de hipertensão leve se consegue o controle dos níveis pressóricos apenas com a adoção de medidas higiênico-dietéticas (BRASIL, 2002c). Vários estudos têm enfatizado a importância de modificações nos estilos de vida, especialmente na redução do peso, a diminuição da ingestão de sal e de álcool, como também a adoção de uma dieta hipocalórica, além da prática de atividade física regular, na redução da pressão arterial e na diminuição do risco cardiovascular associado (CARDOSO et al., 2001; GUS et al., 2004; PICCINI; VICTORA, 1994; PEÑAL et al., 2001).

O presente estudo identificou uma excelente adesão à prescrição ao tratamento não-medicamentoso por parte dos profissionais das ESF. A quase totalidade dos profissionais pesquisados referiu prescrever este tipo de tratamento e reconhecem a importância do mesmo para um controle mais eficaz e duradouro da pressão arterial. Apesar da reconhecida importância deste tipo de tratamento Strumer et al. (2006) identificaram um manejo não-medicamentoso inadequado em aproximadamente três quartos dos hipertensos residentes em Pelotas-RS. As recomendações menos frequentes dadas pelos médicos foram parar de fumar e realizar atividade física regularmente.

Zaitune et al. (2006) identificaram diferenças estatisticamente significante no entendimento e incorporação das medidas não-medicamentosas entre hipertensos de diversas escolaridades. Os indivíduos de maior escolaridade reconheceram mais frequentemente a prática de atividade física e o uso de dietas como estratégias de controle da pressão arterial. Estes indivíduos obtiveram uma maior incorporação dessas atividades nas suas práticas de controle da doença quando comparados os hipertensos de menor escolaridade. Marcon et al. (2004) chama atenção ao fato de que indivíduos com baixa condição sócio-econômica encontram maiores dificuldades em alterar alguns hábitos de vida que em grande parte das vezes envolvem questões financeiras.

Em muitos casos, o uso isolado do tratamento não-medicamentoso não é suficiente para controlar os níveis tensionais. Tornando-se necessário a união desta estratégia terapêutica com a utilização de medicamentos. O tratamento medicamentoso ou farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou com lesão importante de órgãos-alvo (BRASIL, 2002c). Apesar da quase totalidade das ESF realizarem tratamento medicamentoso, apenas cerca da metade dos profissionais afirmou estratificar os risco cardiovascular dos hipertensos. A estratificação do risco cardiovascular serve de orientação para abordagem adequada aos hipertensos (BRASIL, 2002b). Os problemas anteriormente citados de ausência de um protocolo clínico e de qualificação inadequada dos profissionais no atendimento ao hipertenso contribuem para a situação encontrada.

Um aspecto que merece destaque é o tratamento das urgências hipertensivas. Apesar de três quartos das ESF realizarem o primeiro atendimento de urgência hipertensiva, alguns profissionais encontram uma grande resistência à realização desta atividade. O principal

argumento utilizado pelos profissionais para a não realização do atendimento das urgências era a falta de medicamentos específicos como a nifedipina e a clonitidina. Contudo, o uso do captopril por via oral tem se mostrado uma medicação eficaz no controle da crise hipertensiva (BRASIL, 2006; ROSA et al., 2003; TAVARES; KOHLMANN JÚNIOR, 1998), além de ser um medicamento disponibilizado pela farmácia básica (BRASIL, 2002). Estes achados corroboram os de Cavalcante (2004) que identificou um pouco mais de três quartos das ESF de Camaragibe-PE realizava o atendimento de urgência hipertensiva. Algumas ESF não tinham clareza de sua atribuição na realização deste procedimento. Contudo, reiteramos a importância da realização do atendimento de urgência como uma forma de aumentar a resolutividade da atenção básica. Apenas os casos no qual não se consegue um controle satisfatório da pressão arterial, após o primeiro atendimento de urgência, devem ser referenciados para unidades de saúde de maior complexidade.

Embora três quartos das ESF realizassem o primeiro atendimento de urgência, o acompanhamento domiciliar dos indivíduos após crise hipertensiva mostrou-se insuficiente. Este tipo de atendimento era realizado por apenas um quarto das ESF estudadas. Percentual inferior ao encontrado por Cavalcante (2004) que identificou realização de acompanhamento domiciliar após crise hipertensiva na quase totalidade das ESF de Camaragibe-PE.

Apesar da expressiva ampliação da oferta dos serviços básicos de saúde com a implantação do PSF, o acesso aos serviços de média e alta complexidade ainda se constitui em um verdadeiro entrave a um atendimento integral ao hipertenso. Em relação às referências das ESF para realização de exames laboratoriais e diagnósticos, clínicas especializadas e hospitais foi observada uma certa organização dos serviços de média complexidade que estão sob gestão municipal.

Existiam cotas para a realização de exames laboratoriais básicos na quase totalidade das ESF do município. Contudo, um terço dos entrevistados afirmou que as cotas eram insuficientes para a demanda. Além, da demora no recebimento dos resultados e da qualidade dos exames. Estes achados corroboram os de Cavalcante (2004) que identificou a totalidade das ESF de Camaragibe-PE possuíam referência para a realização de exames laboratoriais.

Em relação à referência para os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, a quase totalidade das ESF possuíam referência para a realização de radiografia de tórax e apenas dois quintos das ESF possuíam referência para realização do eletrocardiograma. Estudo realizado pelo

Ministério da Saúde identificou a existência de referência para a realização de eletrocardiograma em dois terços das ESF implantadas no país entre 2001 e 2002, e Cavalcante (2004) encontrou a quase totalidade das ESF de Camaragibe-PE com referência para a realização do eletrocardiograma. Estes achados mostram a necessidade de ampliação na oferta deste tipo de exame para a população residente no Recife.

Nas ESF que não possuíam referência para a realização do eletrocardiograma os hipertensos eram encaminhados para consulta com o cardiologista e este profissional o referenciava para a realização do exame. Apesar da quase totalidade das ESF possuírem referência para este tipo de profissional, o tempo de espera de agendamento para uma consulta era em média de três meses. Considerando que os indivíduos que são referenciados constituem os casos de maior gravidade, a integralidade da atenção e sua resolutividade encontram-se comprometidas. Conforme a observação feita por Viera-da-Silva; Formigli (1994) que o tempo de espera para o acesso a procedimentos especializados pode interferir com o próprio efeito do cuidado se o mesmo não for feito em tempo oportuno.

Embora se observe uma certa organização do sistema de referência para os serviços de média complexidade, a referência para unidades hospitalares de alta complexidade é praticamente inexistente no Recife. Apenas 10,0% das ESF referiu possuir este tipo de referência. A maioria dos hospitais de grande porte de Pernambuco se encontra no território do Recife, contudo, estas unidades hospitalares se encontram sob gestão estadual, apesar do município estar habilitado em gestão plena do sistema municipal de saúde. Torna-se necessário uma maior articulação entre os gestores estadual e municipal no intuito de se implementar um sistema de referência e contra-referência que venha contribuir para a efetivação da integralidade da atenção oferecida à população.

Além das dificuldades nas atividades assistenciais (ações de prevenção e controle), o componente uso da informação apresentou um grau de implantação crítico. O uso da informação para o planejamento de ações não faz parte da rotina da coordenação do programa de hipertensão nem dos profissionais das ESF. Em apenas um DS a coordenadora referiu utilizar a informação unicamente para o planejamento da distribuição de medicamentos. E mesmo assim esta atividade é prejudicada pela qualidade da informação proveniente do Hiperdia. A operacionalização deste sistema de informações apresenta dificuldades estruturais que vão desde a precariedade dos computadores disponíveis nos DS a problemas no sistema que não permite a entrada de alguns

dados da ficha de acompanhamento, não permite atualizações dos dados nem a exclusão de duplicatas.

Além destas dificuldades, a regularidade no preenchimento e envio das fichas de cadastramento e acompanhamento é baixa, comprometendo a qualidade da informação. Apenas um terço das ESF afirmaram alimentar o sistema regularmente. Somado aos problemas de alimentação do Hiperdia o uso da informação no planejamento de ações é precário, sendo realizado por apenas um quarto das ESF. Percentual inferior ao encontrado em avaliação realizada pelo Ministério da Saúde que identificou o uso da informação no planejamento de ações em cerca da metade das ESF do país (BRASIL, 2004c). Ao mesmo tempo em que corrobora os achados de Sousa et al. (2006) que identificou um despreparo das ESF de um município de pequeno porte da região Sul do Brasil na utilização dos sistemas de informações para o planejamento e avaliação das ações de saúde realizadas em sua área de abrangência.

Uma alternativa para melhorar a qualidade dos dados do Hiperdia é o estímulo ao uso rotineiro da informação disponível. A coordenação do programa de hipertensão precisa transcender as atividades atualmente realizadas e utilizar a informação para a análise da situação de saúde dos hipertensos, planejar atividades de intervenção e estimular as ESF a fazer o mesmo com os dados de seu território. O uso contínuo da informação favorece uma maior compreensão por parte dos profissionais das potencialidades do planejamento em modificar a realidade de saúde e em facilitar seu processo de trabalho, aumentando a possibilidade de adesão no cadastramento dos hipertensos e conseqüentemente na qualidade da informação do Hiperdia.

No sentido de estimular o uso da informação, no DS VI foi instalada uma sala de situação em cada ESF. Segundo Bueno (2004) a sala de situação é um instrumento inovador que permite conhecer a situação de saúde, o perfil de necessidades, da demanda e da oferta de serviços de saúde e a resposta institucional em um espaço-população definido que pode ser a abrangência de uma UBS, um DS, um município e até um país. A sala é composta por um painel onde são anotados os dados de produção mensal da ESF. No caso da hipertensão arterial é registrado o número de hipertensos cadastrados e acompanhados. Apesar desta importante iniciativa, os profissionais deste DS ainda não incorporaram em sua rotina o uso da informação no planejamento das ações. Torna-se necessário o estímulo constante no seu uso além, de um maior envolvimento da coordenação do programa de hipertensão nos DS, uma vez que esta iniciativa esta sendo conduzida apenas pelos gerentes de território.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia utilizada mostrou-se adequada aos objetivos propostos por este estudo, apesar das limitações metodológicas representadas pela ausência de uma técnica de consenso na construção do modelo lógico e da subjetividade decorrente das respostas para a construção do grau de implantação. Embora a técnica de consenso aumente a validade interna do estudo, o tempo necessário à realização desta técnica inviabilizou a sua execução. Além disso, a construção do modelo lógico foi respaldado pela literatura existente no qual foram utilizados documentos oficiais e toda a normatização no que se refere a atenção ao hipertenso. O uso da técnica de amostragem aleatória foi um ponto positivo que aumentou a validade externa do estudo, permitindo que os resultados encontrados fossem representativos dos Distritos Sanitários e do município do Recife.

Do ponto de vista político-normativo o presente estudo identificou um importante avanço no que se refere à atenção ao hipertenso, desde a criação do programa de hipertensão arterial, no final da década de 1980, até a implantação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em 2001. Apesar de todo o aparato normativo que subsidia a atenção à hipertensão arterial, no município do Recife as ações de prevenção e controle encontram-se bastante fragilizadas, não recebendo uma atenção adequada.

Embora tenha sido identificado o compromisso político assumido pelo gestor municipal de saúde na prevenção e controle deste agravo por meio das proposições e metas contidas no Plano Municipal de Saúde 2006/2009, falta o reconhecimento de fato da prioridade deste agravo e a implementação de medidas que garantam um adequado funcionamento das medidas preconizadas pelos documentos oficiais.

O presente estudo encontrou um grau de implantação *insatisfatório* da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família do Recife. Entre os Distritos Sanitários do município não houve uma variação significativa, ficando todos os DS com um grau de implantação *insatisfatório*. Além disto, foi constatado que a dimensão da estrutura obteve um pior desempenho do que a dimensão do processo de trabalho. Apesar de ambas apresentarem um grau de implantação *insatisfatório*, o escore da dimensão da estrutura se aproximou nível *crítico* do grau de implantação.

Os principais entraves identificados foram compartilhados por todos os DS que envolviam problemas de infra-estrutura das Unidades de Saúde da Família, deficiência de insumos e uma baixa qualificação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) no que se refere à

atenção ao hipertenso. Além destes problemas, a ausência de uma coordenação geral do programa de hipertensão e a insipiência das coordenações nos DS contribuiu para o baixo desempenho encontrado.

Estas limitações de natureza organizacional e na estrutura disponível para a atenção ao hipertenso, aliados a dificuldades dos profissionais em incorporar os princípios e diretrizes do Programa de Saúde da Família em sua prática diária contribuíram para que muitas ações do processo de trabalho não fossem realizadas conforme o preconizado. Os principais problemas identificados foram: a insipiência nas ações de prevenção primária, na busca ativa de hipertensos assintomáticos, na alimentação dos sistemas de informações e no uso da informação para o planejamento de ações.

No que diz respeito à análise dos elementos contextuais as variáveis estudadas não permitiram atribuir relação direta entre os graus de implantação específicos de cada DS e as citadas variáveis uma vez que não houve uma diferença significativa entre os graus de implantação dos DS. Contudo, a análise destas variáveis permitiu compreender alguns aspectos políticos e organizacionais que estavam influenciando na atenção ao hipertenso no âmbito do município com reflexo em todos os DS. Entre os fatores condicionantes mais significativos destacam: a não priorização deste agravo por parte da gestão, a ausência de uma coordenação geral do programa e o baixo investimento na qualificação dos profissionais e na disponibilização de insumos estratégicos para a realização das atividades de prevenção e controle da hipertensão arterial.

8 RECOMENDAÇÕES

Diante dos resultados apresentados recomenda-se algumas medidas no sentido de fortalecer a atenção ao hipertenso no âmbito do Saúde da Família:

- Criar uma coordenação da atenção as DCNT no âmbito do município;
- Fortalecer as coordenações distritais e criar uma coordenação nos distritos que não as possuam;
- Instituir um protocolo de atendimento clínico aos hipertenso em todas as UBS;
- Realizar capacitação dos coordenadores do programa de hipertensão focando ações gerenciais, retirada de relatórios dos sistemas de informações, análise dos dados e planejamento de ações a partir destas informações;
- Realizar capacitação continuada na atenção ao hipertenso para todos os integrantes da ESF;
- Estimular o uso da informação tanto por parte da coordenação do programa de hipertensão nos DS quanto pelos profissionais das ESF;
- Melhorar a coordenação entre a atenção básica, a média e a alta complexidade;
- Promover uma maior agilidade na entrega dos resultados dos exames laboratoriais;
- Ampliar as referências para as clínicas especializadas, principalmente para o cardiologista;
- Instituir referências para unidades hospitalares de alta complexidade;
- Estimular a criação de parcerias interinstitucionais;
- Incorporar práticas de monitoramento e avaliação no cotidiano dos serviços de saúde;
- Disseminar os resultados desta avaliação com os gestores, gerentes e profissionais diretamente envolvidos na atenção ao hipertenso da Secretaria Municipal de Saúde do Recife.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A. C. et al. O controle da hipertensão arterial em Porto Alegre: resultados de estudos populacionais de 1978 a 1989. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 288-298, 1988.

ALVES, V. S.; FRANCO, A. L. S. Estratégias comunicacionais do médico de saúde da família para educação em saúde no contexto clínico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, supl. 1, p. 144, 2003.

ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no programa Saúde da Família. **INTERFACE - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 131-147, jan./jun., 2006.

AUGUSTO, A. L. P.; GERUDE, M. Nutrição na hipertensão arterial sistêmica. In: AUGUSTO, A. L. P. et al. **Terapia Nutricional**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 81-88.

BARRETO, M. L.; MEIRA, R. L. Hipertensão arterial em uma comunidade do oeste do estado da Bahia (Brasil). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 34, p. 363-366, 1980.

BEZERRA, L. C. **A vigilância epidemiológica na perspectiva do programa Saúde da Família: avaliando o processo de implantação das ações**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

BEZERRA, T. M. **A participação do usuário na produção de informação em saúde: um referencial teórico**, 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 1999.

BODESTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BLOCH, K.V. Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes mellitus. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. p. 43-72.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988, p. 92-93.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias nº 15 a 20 de 8 de janeiro de 1991. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 1991. Disponível em <www6.senado.gov.br/sicon/executapesquisabasica.action>. Acesso em: 8 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços da saúde**: a ousadia de cumprir e se fazer cumprir a lei. Brasília, 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da hipertensão arterial**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: Ed. Ministério da Saúde, 1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PACS**: Normas e diretrizes. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 6 de novembro de 1996. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 1996a. Disponível em <www6.senado.gov.br/sicon/executapesquisabasica.action>. Acesso em: 12 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforço a Reorganização do Sistema Única de Saúde**. Brasília, 1996. Disponível em : <<http://reforsus.saude.gov.br>>. Acesso em: 4 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 476 de 14 de abril de 1999. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 1999. Disponível em <www6.senado.gov.br/sicon/executapesquisabasica.action>. Acesso em: 2 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 2000. Disponível em <www6.senado.gov.br/sicon/executapesquisabasica.action>. Acesso em: 20 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 235/GM de 20 de fevereiro de 2001**. Brasília, 2001a. Disponível em: <<http://dtr2001saude.gov.br/sas/cnhd/legislacao/port2001/port235>>. Acesso em: 9 set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Hipertensão arterial e Diabets mellitus**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95/GM de 26 de Janeiro de 2001. In: _____. **Gestão Municipal de Saúde**: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ed. Ministério da Saúde, p. 129-186, 2001d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. In: _____. **Gestão Municipal de Saúde**: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, p. 15-34, 2001e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. BRASIL. In: _____. **Gestão Municipal de Saúde**: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, p. 35-38, 2001f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família**: análise por estados. Brasília, 2001g. Disponível em: <www.saude.gov.br/publicacoes/psf>. Acesso em: 31 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 2002a. Disponível em: <www6.senado.gov.br/sicon/executapesquisabasica.action>. Acesso em: 2 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002**. Brasília, 2002b. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas/cnhd/legislacao/port2002/port371.htm>. Acesso em: 7 out. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria conjunta nº 2 de 05 de março de 2002**. Brasília, 2002c. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas/cnhd/legislacao/port2002/port2.htm>. Acesso em: 7 out. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. O projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família: PROESF. **Informe da Atenção Básica**, Brasília, n. 17, p. 1-2, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2004. Rio de Janeiro: INCA, 2004a. 186 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família – 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**: documento técnico. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 28 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 2006a. Disponível em <www6.senado.gov.br/sicon/executapesquisabasica.action>. Acesso em: 2 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 2006b. Disponível em <www6.senado.gov.br/sicon/executapesquisabasica.action>. Acesso em: 2 fev. 2007.

BUENO, H. Utilização da sala de situação em saúde no Distrito Federal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 9., 2004. Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Informação em Saúde, 2004. p. 83-87.

CARDOSO, A. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovasculares na população Guarani-Mbyá do estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 345-354, mar./abr. 2001.

CARVALHO, E. M. F. **Estudo de los factores psicosociales asociados com la hipertension arterial primaria**. 1993. Tese (Doutorado) - Facultad de Medicina, Universidad Complutense Madrid, Madrid, 1993.

CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação de saúde: revisão e discussão da situação atual. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 4, p. 7-46, out./dez. 1997.

CAVALCANTE, M. G. S. **Avaliação da implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família de Camaragibe-PE, 2004**. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) – Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Recife, 2004.

CÉSAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. 559-570, 1996.

CESSE, E.; FREESE, E. Características e determinantes do padrão brasileiro de ocorrência das DCNT no século XX. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 2, p. 47-72.

CHEN, H. T. **Theory-driven evaluations**. Neebury Park: Sage Publications, 1990.

CHIESA, A. M.; FRACOLI, L. A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise de seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 7, p. 42-49, 2004.

CHOR, D. Saúde Pública e mudanças comportamentais: uma questão contemporânea. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 423-425, abr. 1999.

CHOR, D. et al. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, Maria Cecília S. **Os muitos Brasis: saúde da população na década de 80**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 57-86.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Relatório final. In: _____. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. p. 381-389.

CONIL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, supl. p. 191-202, 2002.

CONTRANDIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 2, p. 29-48.

CONTRANDIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

COSTA, E. A. A hipertensão arterial como problema de massa no Brasil: caracteres epidemiológicos e fatores de risco. **Ciência e Cultura**, Campinas, v. 35, p. 1642-1649, 1983.

COSTA, E. A. Sal Y Tensión arterial en Rio Grande do Sul, Brasil. **Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana**, Washington, v. 109, n. 3, p. 226-243, 1990.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ed. Ministério da Saúde. 2001. cap. 12, p. 285-304.

DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1997. cap. 3, p. 49-88.

DONABIDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, p. 1743-1748, 1988.

DRAGER, L. F.; KRIGER, J. E. A genética das síndromes hipertensivas endócrinas. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 659-665, out. 2004.

ELIAS, F. T. S.; PATROCLO, M. A. A. Utilização de pesquisas: como construir modelos teóricos para avaliação? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 215-227, 2005.

DUNCAN, B. B. et al. Fatores de risco para doenças não transmissíveis em área metropolitana na região sul do Brasil. Prevalência e simultaneidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 143-148, 1993.

FELISBERTO, E. **Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDIPI) no Programa de Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999**. Recife, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set., 2004.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FELISBERTO, E. et al. Avaliação da atenção básica e as DCNT. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 4, p. 89-104.

FIGUEIRÓ, A. C. et al. A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde. In: FREESE, E. (Org.). **Municípios: a gestão da mudança**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. cap. 6, p. 127-142.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, p. 121-131, 1999.

FORMIGLI, V. L. A.; et al. Hipertensão em adultos em um bairro de Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 23, n. 1, p. 7-20, 1999.

FREESE E. et al. Avaliação do Sistema Único de Saúde. In: AUGUSTO, L. G. S. et al. **Abordagem ecossistêmica em saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2005. p. 32-38.

FREESE, E.; FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 1, p. 17-46.

FREITAS, O. C. et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva in the State of São Paulo, Brazil. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 77, n. 1, p.16-21, 2001.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B; et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 641-656.

GOES. E. L. A.; MARCON, S. S. A convivência com a hipertensão arterial. **Acta Scientenarium**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 819-829, 2002.

GOULART, F. A. A. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 17-26, 1999.

GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, n. 5, p. 478-483, 2004.

HARTZ, Z. M. A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 1, p. 19-28.

HARTZ, Z. M. A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-259, abr./jun. 1999.

HARTZ, Z. M. A. Novos desafios para a avaliação em saúde: lições preliminares dos programas de prevenção. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 2, n. 1, jan./abr. 2002.

HUBERT, N. M. et al. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants of the Framingham Heart Study. **Circulation**, Dallas, v. 67, p. 968-977, 1983.

IBAÑES, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

IBGE. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro. 2001. p. 11-23.

JAEGER, M. L. et al. Gestão do Trabalho e da educação em saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 7, p. 86-104, 2004.

JADUE, L. et al. Factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles: metodología y resultados globales de la encuesta de base del programa CARMEN (Conjunto de acciones para la reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles). **Revista Médica del Chile**, Santiago, v. 127, n. 8, ago. 1999.

KALANCHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21 n. 3 p. 200-210, 1987.

KLEIN, C. H. Inquérito epidemiológico sobre hipertensão arterial em Volta Redonda-RJ. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 58-70, 1985.

LEAVELL, H.; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976. 744 p.

LAURENTI, R. Transição Demográfica e Transição Epidemiológica. In: Congresso brasileiro de epidemiologia, 1. Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século. 1990, Campinas, SP. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990. p. 143-165.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. cap. 2, p. 29-42.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, out., p. 637-642, 2004.

LÓLIO, C. A. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 425-432, out. 1990.

LÓLIO, C. A. et al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 357-362, 1993.

LOTUFO, P. A. Epidemiologia das doenças isquêmicas do coração. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. cap. 7, p. 115-122.

MARCON, S. S. et al. Características da doença crônica em família residentes na região norte do município de Maringá, Estado do Paraná: uma primeira aproximação. **Acta Sentenarium**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 83-93, 2004.

MARCOPITO, L. F. et al. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 738-745, 2005.

MARTINS, I. S. et al. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da Região sudeste do Brasil: II- Hipertensão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 466-471, 1997

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. cap. 1, p. 41-64.

MENDONÇA, G. A. S. Tendências da investigação epidemiológica em doenças crônicas não transmissíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 17, n. 3, p. 697-703, jun. 2001.

MERHY, E. E. et al. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org.) **Municípios**: a gestão da mudança. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. cap. 2, p. 45-76.

MOLINA, M. C. B. et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 743-750, 2003.

MONTEIRO, C. A. et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 47-57, 2005.

MOURA, E. R. F; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface**: Comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 109-118, 2003.

NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE. **Profile of the Framingham Heart Study**. 2006. Disponível: <www.framingham.com/heart/profle.htm>. Acesso em: 1 dez. 2006.

NORONHA, C. V. et al. **Projeto saúde para todos na América Latina**: identificando as necessidades de capacitação dos profissionais do programa Saúde da Família. Salvador: Ed UFBA, 2004.

OIGMAN, W.; NEVES, M. F. T. Como diagnosticar e tratar a hipertensão arterial. **Revista brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 54, p. 98-111, 1998.

- PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap. 20, p. 473-488.
- PAIVA, D. C. P. et al. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev. 2006.
- PICCINI, P. R. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.
- PICCINI, R. X; VICTORA, C. G. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 261-267, 2003.
- PICCON, P. D.; BELTRAME, A. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**. 2007. Disponível em: <www.opas.org.br/medicamentos/dob/pcdt05_protocolos.pdf>. Acesso em: 7 de fev. 2007.
- PEÑAL, E. et al. Ejecución de un Programa para reforzar el conocimiento del control de los factores de riesgo modificables de hipertensión arterial en los trabajadores de Pequiven Oficina Principal. **Revista de la Facultad de Medicina**, Caracas, v. 24, n. 2, p. 172- 180. 2001.
- RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2002-2005**. Recife, 2002.
- RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Recife, 2006.
- RECIFE. Prefeitura. **A academia da cidade**. 2003. Disponível em: <www.recife.pe.gov.br/urbis2003/academia.html> Acesso em: 8 fev. 2007.
- ROSA, E, M. et al. Perfil do diagnóstico e tratamento da crise hipertensiva realizado nos pronto-atendimentos de Caxias do Sul. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 47, p. 257-261, out./dez. 2003.
- SALA, A. et al. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, out/dez, 1998.

SAMICO, I. C. **Avaliação da Atenção à Saúde da Criança**: um estudo de caso no estado de Pernambuco. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003

SILVA, J. M. B. **Perfil das internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis em Pernambuco e mesorregiões no período de 1998-2003**. 2005. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz Recife, 2005.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. 2006. Disponível: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz.asp>>. Acesso em: 3 nov. 2006.

SOUSA, L. B. et al. Hipertensão arterial e Saúde da Família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região sul do Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, p. 496-503, 2006.

SOUZA, L. J. et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 699-676, dez, 2003.

STRUMER, G. et al. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, ago. p. 1727-1737, 2006.

TANAKA, O. Y; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M; MERCATO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. cap. 3, p. 121-136.

TAVARES, A.; KOHLMANN JÚNIOR, O. Tratamento da crise hipertensiva. **HiperAtivo**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 120-125, abr./jun. 1998.

TEIXEIRA, C. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde**: promoção, vigilância e Saúde da Família. Salvador: EDUFBA, 2006. cap. 1, p. 19-58.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov/dez., 2002.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do Sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, n. 15, p. 225-264, 2005.

VIEIRA, V. A. Hipertensão arterial e aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos: implicações para a área de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 4, p. 481-488. out/dez. 2003.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M; FORMIGLI, V. L. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, cap. 1, p. 15-40.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Cadernos de Ciência e Tecnologia**, São Paulo. n. 1, p. 17-25, fev. 1991.

YUSUF, S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **Lancet**, New York, v. 364, p. 937-952, 2004.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert Committee on Arterial hypertension**, Geneva, 1978. 628. p.

WORTHEN, B. R. et al. O objetivo, os usos e as distinções conceituais básicas da avaliação. In: WORTHEN, B. R. et al. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Ed. Gente, 2004. cap. 1. p. 33-58.

APÉNDICES

APÊNDICE A: Modelo lógico da atenção à hipertensão arterial na atenção básica

Problema	Intervenção	Componente	Sub-componente	Objetivo da Implantação	Estrutura	Processo	Produtos	Resultados (curto e médio prazo)	Resultado a longo prazo	
Ações de controle da hipertensão pouco efetivas; Elevada prevalência de hipertensão arterial e elevada morbimortalidade por doenças cardiovasculares	Reorganização da atenção ao hipertenso, tendo como eixo fundamental a atenção básica	Ações de prevenção		Esclarecer a população quanto a problemática da hipertensão e estimular a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis	Espaço físico, material educativo, recursos humanos capacitados	Orientação sobre hábitos e estilos de vida saudáveis; Realização de campanhas educativas periódicas; Programação de atividades física	Nº de orientações realizadas; nº de campanhas realizadas; nº de atividades programadas	População mais consciente e sensibilizada; aumento da captação de hipertensos; maior controle da pressão arterial; redução das complicações, aumento da adesão ao tratamento	Redução da morbimortalidade por hipertensão arterial e suas complicações cardiovasculares	
			Ações de controle	Diagnóstico	Identificar os hipertensos sintomáticos e assintomáticos	Espaço físico, equipamento diagnóstico, protocolo clínico, RH capacitados	Aferir a PA de todos os usuários independente do motivo da consulta	Nº de PA aferidas		Maior captação dos hipertensos
				Vinculação	Estabelecer acompanhamento sistemático dos hipertensos	Espaço físico, RH capacitados, ficha B SIAB e ficha do HIPERDIA	Cadastrar os hipertensos diagnosticados; agendar consultas de acordo com o risco / necessidade	Nº de hipertensos cadastrados, nº de consultas agendadas		Maior controle da pressão arterial; redução das complicações, aumento da adesão ao tratamento

APÊNDICE A: Modelo lógico da atenção à hipertensão arterial na atenção básica (continuação).

Problema	Intervenção	Componente	Sub-componente	Objetivo da Implantação	Estrutura	Processo	Produtos	Resultados (curto e médio prazo)	Resultado a longo prazo
Ações de controle da hipertensão pouco efetivas; Elevada prevalência de hipertensão arterial e elevada morbimortalidade por doenças cardiovasculares	Reorganização da atenção ao hipertenso, tendo como eixo fundamental a atenção básica	Ações de controle	Tratamento / acompanhamento	Controlar a hipertensão arterial e diminuir as complicações cardiovasculares	Espaço físico, RH capacitados, protocolo de atendimento, manual do MS, material educativo, equipamento diagnóstico (tensiómetro, estetoscópio, balança antropométrica), anti-hipertensivos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar; Tratamento não medicamentoso para todos os hipertensos; Tratamento medicamentoso de acordo com as necessidades	Nº de hipertensos acompanhados ; nº de tratamentos instituídos	Maior controle da pressão arterial, redução das complicações	Redução da morbimortalidade por hipertensão arterial e suas complicações cardiovasculares
			Sistema de referência	Fornecer atendimento integral	Protocolo de atendimento; RH capacitados; referências instituídas	Referenciar para exames laboratoriais e complementares, clínica especializada e internações	Nº de referências realizadas	Abordagem integral, maior controle da hipertensão arterial, diminuição das complicações	
		Uso da informação	Subsidiar o planejamento e a tomada de decisões	RH capacitados; ficha B do SIAB, ficha do HIPERDIA	Alimentar o SIAB e o HIPERDIA; Utilização da informação para a tomada de decisões	Nº de atividades programadas	Banco de dados de boa qualidade; atividades programadas		

APÊNDICE B

Instrumento para avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município de Recife-PE.

PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO E CONTEXTO**DADOS GERAIS**

1. Número do Questionário: _____
2. Data da Entrevista: ___/___/___
3. Entrevistado: 1. Médico 2. Enfermeiro
4. Há quanto tempo trabalha nesta ESF? _____

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Nome da Unidade: _____
2. Número da Equipe: _____
3. Endereço da ESF: _____
4. Distrito Sanitário: _____
5. Data da implantação da equipe: ___/___/___
6. A equipe está completa (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS)?
 Sim Não
- 6.1 Se não, que falta? _____
7. Nos últimos 4 anos quantos médicos trabalharam nesta equipe? _____
8. E enfermeiros? _____

ADSCRIÇÃO DE CLIENTELA

1. População da área de abrangência: _____
2. População maior ou igual a 20 anos: _____
3. Número de famílias cadastradas pela ESF: _____
4. Número de hipertensos cadastrados: _____
5. Número de hipertensos acompanhados: _____

PARTE 2 - AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

Área Física

1. Possui sala de espera/recepção?

Sim Não

2. Possui sala para reuniões/palestras?

Sim Não

3. Possui consultório(s) suficientes para a consulta médica e de enfermagem?

Sim Não

Recursos Humanos

1. Possui curso de especialização em saúde da família/saúde pública?

Médico Enfermeiro

2. Treinamento introdutório para o PSF?

Médico Enfermeiro Auxiliar de enfermagem ACS

3. Capacitação específica na atenção à hipertensão arterial?

Médico Enfermeiro Auxiliar de enfermagem ACS

3.1 Sente necessidade de capacitação neste tema?

Sim Não

Recursos Materiais

Equipamentos e material básico

1. Dispõe de material para o diagnóstico?

Estetoscópio: sim não

Tensiómetro: sim não

Manguito de 12, 16 e 18 cm: sim não

Balança antropométrica para adultos: sim não

Fita métrica: sim não

2. Existe manutenção periódica dos equipamentos?

Sim Não

3. Possui protocolo para o atendimento dos casos de hipertensão?

Sim Não

4. Possui o manual para o controle da hipertensão arterial e do Diabetes mellitus?

Sim Não

5. Existe material educativo (folder, álbum seriado, kits educativos, fitas de vídeo) para o controle da HAS ou a promoção de hábitos saudáveis?

Sim Não

6. A USF possui a ficha B – hipertensão do SIAB?

Sim Não

7. A USF possui a ficha do HIPERDIA?

Sim Não

Medicamentos básicos

8. Fornece os seguintes medicamentos para o controle da hipertensão arterial?

Hidroclorotiazida: sim não

Propranolol: sim não

Captopril: sim não

9. Dispõe de medicamentos para o atendimento de urgência?

Sim Não Quais? _____

10. Falta algum dos medicamentos para os hipertensos?

Sim Não Se não, Quais? _____

10.1 Se sim com que frequência? _____

PARTE 3 - AVALIAÇÃO DO PROCESSO

Ações de Prevenção

1. Desenvolve ações educativas para o controle das situações de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo) e prevenção de complicações?

Sim Não Quantas por semana? _____

2. Qual a abordagem utilizada?

Campanhas educativas com a comunidade? Sim Não Onde? _____

Palestras para os usuários do posto? Sim Não Quantas por semana? _____

Grupos de hipertensos? Sim Não Quantos grupos? _____ Número de participantes por grupo: _____

Individual? Sim Não

3. Quais os profissionais envolvidos nas ações preventivas?

Médico Enfermeiro Auxiliar de enfermagem ACS Todos

Ações de controle

Diagnóstico de casos

1. A ESF realiza o diagnóstico clínico da HAS?

Sim Não

2. Qual o critério utilizado para se considerar um indivíduo hipertenso?

Níveis da PA Fatores de risco Doenças concomitantes

Aspectos familiares e sócio-econômicos Estratificação do risco

3. Realiza medição da pressão arterial:

Demanda espontânea (qualquer pessoa independente do motivo da consulta)?

Sim Não

Gestantes em TODAS as consultas de pré-natal? Sim Não

Visita domiciliar? Sim Não

Campanhas/multirões? Sim Não

Cadastramento dos hipertensos (vinculação)

4. Os portadores de HAS são cadastrados nos sistemas de informações:

SIAB HIPERDIA

5. TODOS os hipertensos possuem prontuário individualizado?

Sim Não

6. Agenda as consultas de acordo com o risco/necessidade dos hipertensos?

Sim Não

7. Qual a freqüência de consultas MÉDICAS para os hipertensos:

Não aderentes de difícil controle, portadores de lesões em órgãos alvo:

Mensal Trimestral Semestral Não tem regularidade

Controlados, com lesão em órgãos alvo ou co-morbidades:

Mensal Trimestral Semestral Não tem regularidade

Controlados sem lesão em órgãos alvo ou co-morbidades

Mensal Trimestral Semestral Não tem regularidade

Tratamento/acompanhamento

8. Realiza acompanhamento dos pacientes com HAS:

8.1 Ambulatorial? Sim Não

Se sim com que freqüência? _____

Quem realiza? _____

8.2 Domiciliar? Sim Não

Se sim com que freqüência? _____

Quem realiza? _____

9. É prescrito tratamento não medicamentoso?

Sim Não Qual? _____

9.1 O tratamento não medicamentoso consiste em:

Estímulo a atividade física Orientação alimentar

Orientação para a redução da ingesta de sal Orientação para a redução da ingesta de álcool Estímulo para o abandono do hábito de fumar Todos

10. Em quais situações o tratamento medicamentoso é prescrito?

PA \geq 130 x 80 mm Hg PA \geq 130 x 80 mm Hg + fatores de risco e co-morbidades

PA \geq 140 x 90 mm Hg PA \geq 140 x 90 mm Hg + fatores de risco e co-morbidades

11. Acompanha em domicílio os pacientes com seqüela de AVC e outras complicações?

Sim Não

11.1 Com que frequência?

Semanal quinzenal mensal semestral Não se aplica

12. Realiza glicemia capilar nos hipertensos?

Sim Não

12.1 Com qual frequência?

Trimestral Semestral Anual Não se aplica

13. Realiza o 1º atendimento de urgência?

Sim Não

14. Os casos de urgência hipertensiva, após o controle, são acompanhados em domicílio?

Sim Não Estime o número de visitas realizadas semanalmente: _____

15. Realiza busca ativa sistemática de pacientes faltosos?

Sim Não Quantas são realizadas por semana? _____

16. Há envolvimento multiprofissional na operacionalização do controle da HAS?

Sim Não

17. Há alguma ação referente ao controle da HAS desenvolvida em parceria com outros setores/ONGs?

Sim Não

Sistema de Referência

1. Existem cotas pré-estabelecidas para exames na rede de laboratórios municipal?

Sim Não

2. Realiza ou referencia os exames laboratoriais para TODOS os hipertensos:

Glicemia em jejum? Sim Não as vezes

Colesterol total/HDL/LDL? Sim Não as vezes

Triglicerídeos? Sim Não as vezes

Uréia? Sim Não as vezes

Creatinina? Sim Não as vezes

Hematimetria? Sim Não as vezes

3. Possui referência para ECG?

Sim Não Qual? _____

4. Possui referência para RX de tórax?

Sim Não Qual? _____

5. Possui referência para clínica especializada?

Cardiologia Neurologia Oftalmologia Nutrição Psicologia Quais?

6. Possui referência para alguma unidade hospitalar?

Sim Não Qual? _____

Uso da Informação

1. Alimenta regularmente os sistemas de informação:

1.1 SIAB? Sim Não

1.1.1 Com qual Frequência? Semanal Quinzenal Mensal Semestral Não se aplica

1.2 HIPERDIA? Sim Não

1.2.1 Com qual Frequência? Semanal Quinzenal Mensal Semestral Não se aplica

2. Utiliza a informação pra o planejamento de ações?

Sim Não

Quem utiliza?

2.1 Quem utiliza?

Médico Enfermeiro Auxiliar de enfermagem A S

Como a informação é utilizada?



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

APÊNDICE C - Roteiro para entrevista com os coordenadores do programa de hipertensão nos Distritos Sanitários.

- 1 – Há quanto tempo está no cargo?
- 2 – Neste período quantas pessoas exerceram esta função?
- 3 – Como ocorreu a implantação do Hiperdia no DS?
- 4 - Quando foi implantado o Hiperdia no DS?
- 5 - Como é a relação da coordenação do Hiperdia do DS com o nível central?
- 6 – Você acha que a hipertensão arterial é considerado um problema prioritário no DS?
- 7 – Quais as ações realizadas no DS para prevenir e tratar a hipertensão arterial?
- 8 – No DS vocês utilizam a informação para o planejamento de ações?
- 9 – Como a informação é utilizada?
- 10 – Já foi feita alguma análise da situação de saúde dos hipertensos?
- 11 – Como é organizada a atenção ao hipertenso no DS?
- 12 – Existe referência formal para a realização de exames laboratoriais? E para clínicas especializadas (cardiologista, neurologista, oftalmologista, psicólogo e nutricionista)? E para unidade hospitalar? Quais são?
- 13 – Estas referências estão funcionando (referência real)?
- 14 – As medicações disponibilizadas pela farmácia central são suficientes (quantitativa e qualitativamente)?
- 15 – Vocês disponibilizam para as USF material educativo (folder, álbum seriado, vídeos...)?
- 16 – Os profissionais das USF receberam alguma capacitação específica para o controle da PA? Qual o percentual de equipes capacitadas para a atenção ao hipertenso?
- 17 – Está prevista a capacitação para os profissionais de novas USF a serem implantadas?
- 18 – Como funciona o SISHIPERDA no DS? A alimentação é feita regularmente?
- 19 – Quais as principais dificuldades encontradas na coordenação do programa de hipertensão?

20- Cite algumas sugestões para sua solução.

Título da pesquisa: “Avaliação da implantação das ações de controle da hipertensão arterial realizadas pelas equipes de saúde da família”.

Instituições participantes da pesquisa:

- Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ -Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM - Departamento de Saúde Coletiva – NESC;
- Prefeitura do Recife – Secretaria de Saúde do Recife.

O Sr(a) está sendo convidado a participar do estudo científico acima referido, na qualidade de entrevistado, que tem como objetivo avaliar a implantação das ações de controle da hipertensão arterial desenvolvidas pelas equipes de saúde da família do município de Recife - PE, no ano de 2006, bem como a identificação das principais dificuldades na implantação e execução das atividades referentes ao controle desse agravo.

A metodologia do estudo compreenderá uma avaliação normativa abrangendo os componentes de estrutura e processo onde serão entrevistados os profissionais diretamente envolvidos na atenção do hipertenso, utilizando-se um questionário estruturado construído a partir das normas preconizadas por instrumentos oficiais. Além da realização de entrevistas com sujeitos-chaves, onde se pretende aprofundar aspectos contextuais que possam interferir na implantação das ações de controle da hipertensão arterial.

Sua participação não é obrigatória e sua recusa não lhe trará nenhum constrangimento ou prejuízo em relação aos pesquisadores e com as instituições participantes. A qualquer momento da pesquisa você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Os riscos relacionados com a participação dos sujeitos da pesquisa podem ser constrangimentos perante pessoas e instituições, caso a identidade venha a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma. As informações obtidas poderão ser utilizadas em eventos científicos, no entanto estando resguardada a sua identidade / participação. Os benefícios relacionados com a sua participação são: contribuir para o conhecimento do grau de adequação das atividades de controle da hipertensão arterial desenvolvidas pelas equipes de saúde da família segundo as normas preconizadas, assim como, os principais entraves na realização dessas atividades. Permitindo, desta forma, subsidiar a atenção à saúde deste grupo de indivíduos.

Qualquer esclarecimento entrar em contato com a professora Maria Rejane Ferreira da Silva pelo Telefone: 81 21012613; com a mestrandia Juliana Martins Barbosa da Silva Costa pelo telefone: 81 21012610 ou dirigir-me ao NESC/CPqAM/FIOCRUZ.

Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e outra pela pesquisadora.

Pesquisador:

Participante:

_____, ____/____/2006.

ANEXOS

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL
PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RECIFE-PE.

IMPLANTATION EVALUATION OF THE ARTERIAL HYPERTENSENESS
ATTENTION BY THE FAMILY HEALTH TEAMS IN RECIFE – PE CITY

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

Mestranda em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ

Maria Rejane Ferreira da Silva

Docente/Pesquisadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ

Eduardo Freese de Carvalho

Docente/Pesquisador do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ

Estudo financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), selecionado por meio do edital MCT/CNPq/ MS – DAB/SAS nº 49/2005 que trata sobre propostas de pesquisas avaliativas em Atenção Básica à Saúde, processo nº 402235/2005-3.

RESUMO

Objetivos: avaliar a implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família (ESF) do município do Recife-PE, em 2006. **Métodos:** foi realizada uma avaliação normativa das dimensões da estrutura e do processo de trabalho e analisado alguns elementos contextuais que possam estar influenciando no grau de implantação. Foi construído o modelo lógico da atenção ao hipertenso na atenção básica que subsidiou a construção dos instrumentos de coleta de dados. Para verificação do grau de implantação utilizou-se um questionário estruturado aplicado a profissionais de uma amostra representativa das ESF do município. Utilizou-se um sistema de escores que permitiu classificar o grau de implantação das atividades propostas em excelente quando apresentou de 90 a 100% das atividades implantadas, satisfatório de 70 a 79%, insatisfatório de 50 a 69% e crítico menor do que 50%. Para análise do contexto foram entrevistados os coordenadores do programa de hipertensão e analisados documentos oficiais. **Resultados:** detectou-se uma significativa fragilidade na atenção ao hipertenso desenvolvida pelas ESF do Recife. A ausência de uma coordenação geral do programa e a insipiência das coordenações nos Distritos Sanitários contribuiu com baixo desempenho encontrado. O grau de implantação foi considerado insatisfatório e foram identificados problemas na infra-estrutura das unidades de Saúde da Família, deficiência de insumos, inadequada qualificação profissional na atenção ao hipertenso, bem como, um insipiente uso da informação no planejamento das ações tanto por parte da coordenação do programa quanto pelos profissionais das ESF. **Conclusão:** a hipertensão arterial ainda não foi colocada como prioridade no município. A criação de uma coordenação municipal do programa de hipertensão arterial e o fortalecimento das coordenações locais torna-se imprescindível para superação de alguns entraves identificados, bem como um maior investimento na qualificação dos profissionais da rede básica de saúde, na da infra-estrutura existente e na oferta de insumos.

Palavras-chave: hipertensão arterial, avaliação em saúde, atenção básica, Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

Objectives: evaluate the attention to the arterial hypertenseness implantation by the Family Health teams in Recife-PE city at 2006. **Methods:** For in such a way, a normalized to determine the implantation degree and to analyze the context components, considering politician-normative and technician-managemental and systematized dimensions. A logical hypertenseness attention model was constructed for the basic attention using informations from oficial documents, norms and studies, The logical model subsidized the instruments construction of data collection. It was applied a structuralized questionnaire that were answered by professionals (doctor or nurse) from 72 Family Heath teams. A score system was used to classify the degree implantation of the purposal actives. It was atributed degree excellent to score between 90 and 100%, satisfactory from 70 to 79%, insatisfactory from 50 to 69% and less critic when it was 50%. The arterial hypertenseness program coordinations were interviewed for the context analysis. **Results:** a significant fragility in the attention to hypertenseness was detected developed by the family health teams of Recife. The coordination absence in the central level of the program and the insipient action of the coordinators in the sanitary districts are some of the main reasons for the lower founded practice. The implantation degree was considered insatisfactory and had been identified problems in the infrastructure of the units of Health of the Family, deficient data and low professional qualification. Beyond, the insipient use of the information to plan the actions by the hypertenseness program coordinators and the Family Health teams professionals. **Conclusions:** the attention of arterial hypertenseness is not priority in the city. The creation of a municipal coordination of the program of arterial hypertenseness and the increment of the local coordinations become essential for overcoming of some identified impediments, as well as a bigger investment in the qualification of the professionals of the basic net of health, in the one of the existing infrastructure and in it offers of materials.

Key words: arterial hypertenseness, evaluation on health, basic attention, Health of the Family Program.

INTRODUÇÃO

As intensas transformações políticas, econômicas e sociais que vêm passando o Brasil nas últimas décadas têm gerado complexos processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional^{1,2}. As principais características das “transições” são o aumento na longevidade da população com um importante incremento na expectativa de vida, modificações nos hábitos alimentares e comportamentais e a passagem de um perfil de mortalidade em idades precoces, com predomínio das doenças infecciosas e parasitárias, para um perfil de mortalidade em idades mais avançadas, provocadas por doenças crônicas não transmissíveis e por causas externas^{2,3,4}.

Neste cenário, a hipertensão arterial surge como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade. Este agravo se caracteriza por apresentar um curso clínico lento e assintomático, uma elevada prevalência, múltiplos fatores de risco que agem sinergicamente gerando dificuldades em seu controle. Além disso, quando não adequadamente tratada a hipertensão arterial causa um grande número de complicações, principalmente no sistema cardiovascular^{4,5}.

Desta forma, torna-se necessário a adoção de políticas de intervenção que visem a prevenção, o diagnóstico precoce, o acompanhamento sistemático e o tratamento da hipertensão arterial com o intuito de impactar positivamente na morbimortalidade cardiovascular, diminuindo a carga de doença e seu custo médico e social^{2,3}.

Apesar da reconhecida importância das doenças cardiovasculares no perfil de morbimortalidade da população brasileira, o programa de atenção à hipertensão arterial apenas foi criado no final da década de 1980. Embora este programa apresentasse propostas de prevenção e controle, as ações não conseguiram se enquadrar na prevenção primária, desviando-se exclusivamente para a prática clínica de baixa cobertura e acesso restrito. Apresentando, desta forma, uma baixa cobertura e resultados insatisfatórios no controle da hipertensão arterial em nível populacional^{5,6}.

Mesmo apresentando resultados insatisfatórios, esse programa norteou a política de prevenção e controle da hipertensão arterial por mais de dez anos. Apenas em 2001, foram estabelecidas novas diretrizes de atenção a esse agravo. Do ponto de vista normativo, duas medidas foram de grande importância: a promulgação da NOAS/01 que estabeleceu as diretrizes para ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica e definiu o controle da hipertensão arterial como área de atuação estratégica mínima deste nível de atenção e, o

lançamento do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus^{7,8}.

O Plano de Reorganização foi concebido para ser implantado na atenção básica, em consonância com a atual política do Ministério da Saúde que preconiza os serviços básicos de saúde como a principal porta de entrada a rede de serviços de saúde⁹. O Plano prevê a atualização dos profissionais da rede básica de saúde, a realização de ações de promoção da saúde e controle de fatores de risco, a garantia de diagnóstico e vinculação dos hipertensos as unidades básicas de saúde para tratamento e acompanhamento, a disponibilização contínua de medicamentos e a instituição de elencos mínimos de informações sobre a ocorrência destes agravos⁸.

Considerando os importantes avanços na normatização existente e a escassez de estudos que considerem a avaliação normativa da atenção à hipertensão arterial, o presente estudo pretende avaliar a implantação da atenção à hipertensão arterial pelas Equipes de Saúde da Família do município do Recife-PE, identificando os principais entraves na implantação e execução das atividades propostas com o intuito de aperfeiçoá-las e melhorar a qualidade do serviço ofertado.

MÉTODOS

Foi realizada uma avaliação normativa das dimensões da estrutura e do processo de trabalho para identificar o grau de implantação da atenção à hipertensão arterial no âmbito do Programa de Saúde da Família do município do Recife em 2006, e foram analisados alguns elementos contextuais que possam estar influenciando o grau de implantação encontrado, baseado nos fundamentos de Contrandiopoulos et al.¹⁰.

Recife é a capital do Estado de Pernambuco. Segundo estimativa do Censo IBGE¹¹ para o ano de 2006, este município possuía uma população de aproximadamente 1.500.000 habitantes. Seu território está dividido em 94 bairros distribuídos em seis Regiões Político Administrativas (RPA). Cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS) que é a unidade gerencial mínima da Secretaria Municipal de Saúde. Este município está habilitado na gestão plena do sistema municipal e apresenta a Estratégia de Saúde da Família como o eixo reorganizador da atenção básica. Em dezembro de 2005 possuía 103 Unidades de Saúde da

Família com 213 equipes o que representa uma cobertura de 44,95% da população residente no município.

A realização do estudo apresentou três etapas: a primeira correspondeu a construção do modelo lógico da atenção ao hipertenso na atenção básica (FIGURA 1). Para tanto, foram analisados documentos oficiais que tratam da atenção ao hipertenso^{7, 8, 12, 13, 14, 15, 16}. O modelo lógico subsidiou a construção dos instrumentos de coleta de dados. A segunda etapa consistiu na avaliação do grau de implantação e, a terceira, a análise de alguns elementos contextuais em suas dimensões político-normativa e técnico-gerencial e organizacional.

Para avaliação do grau de implantação utilizou-se um questionário estruturado aplicado pela pesquisadora e duas auxiliares de pesquisa a profissionais de uma amostra representativa das ESF do município. No processo de amostragem considerou-se o total de ESF (213) do município que estavam prestando atividades assistenciais em dezembro de 2005. Foram utilizados os seguintes parâmetros: $p = 85\%$, erro 10%, efeito do desenho = 1,3. A seleção da amostra ocorreu por meio de sorteio aleatório, definindo uma mostra de 72 ESF.

Para verificação do grau de implantação utilizou-se um sistema de escores no qual cada item analisado recebeu uma pontuação de acordo com a relação que guarda com a atenção ao hipertenso identificado por meio de revisão teórica sobre o assunto. Os itens referentes à estrutura receberam peso quatro e ao processo de trabalho peso seis. A partir da pontuação máxima e da pontuação obtida foi calculado por meio de uma regra de três simples o grau de implantação que foi definido em quatro situações arbitrariamente definidas: excelente quando apresentou de 90 a 100% das atividades implantadas, satisfatório de 70 a 79%, insatisfatório de 50 a 69% e crítico $< 50\%$.

Para análise do contexto foram entrevistados os coordenadores do programa de hipertensão nos Distritos Sanitários e analisados os Planos Municipais de Saúde dos períodos de 2002/2005 e 2006/2009 no qual procurou-se identificar o modelo assistencial proposto, a priorização da hipertensão no município, bem como as ações de prevenção e controle da hipertensão arterial planejadas para o período.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, sendo aprovado por meio do registro nº 40/05. Além disso, os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido ao aceitarem participar da pesquisa.

RESULTADOS

O grau de implantação da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família (ESF) do Recife foi considerado insatisfatório. Entre os DS do município não foi observada uma variação significativa ficando todos os DS com um grau de implantação insatisfatório, variando de 54,1% a 65,0%. A dimensão da estrutura apresentou um pior desempenho do que a do processo de trabalho. Apesar de ambas apresentarem um grau de implantação insatisfatório, a dimensão da estrutura se aproximou do nível crítico do grau de implantação (Tabela 1).

O componente da estrutura que apresentou o melhor desempenho foi o referente aos medicamentos básicos com um grau de implantação satisfatório. Os recursos humanos e os equipamentos e materiais básicos foram os componentes que apresentaram o pior desempenho, ambos com um grau de implantação crítico (Figura, 2).

As medicações preconizadas pelo Ministério da Saúde (Captopril, Hidroclorotiazida e propranolol) eram disponibilizadas pela quase totalidade das equipes de saúde da família (ESF) do município. Contudo, a falta de regularidade na distribuição das medicações foi um problema freqüentemente encontrado (Quadro 1).

Problemas na infra-estrutura das unidades de Saúde da Família também foram detectados. As principais limitações se referem ao número suficiente de consultórios para a consulta médica e de enfermagem e a ausência de sala de palestras ou reuniões que dificulta a realização de atividades educativas em grupos (Quadro 1).

Além dos problemas anteriormente citados, os insumos para a realização das ações de prevenção e controle da hipertensão arterial se apresentaram insuficientes. A maioria das ESF não segue um protocolo para o atendimento clínico dos hipertensos, não existe manutenção periódica dos equipamentos e os materiais educativos são escassos (Quadro 1).

Associados a estes problemas de recursos materiais, os recursos humanos apresentaram uma baixa qualificação na atenção ao hipertenso. Apesar da quase totalidade dos médicos e enfermeiros terem realizado curso de especialização em saúde pública ou saúde da família, apenas um quinto dos profissionais realizaram capacitação na atenção ao hipertenso. Além do que se observou uma pior situação em relação a qualificação dos profissionais de nível médio (auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) quando comparados com os de nível superior (Quadro 1).

Em relação à dimensão do processo de trabalho foram avaliados os componentes: uso da informação, ações de prevenção e ações de controle. As ações de controle, por sua vez, estavam divididas em quatro subcomponentes: diagnóstico de casos, cadastramento

(vinculação), tratamento/acompanhamento e referência e contra-referência. O melhor desempenho foi observado no diagnóstico de casos com um grau de implantação satisfatório e o pior o uso da informação com um grau crítico (Figura 3).

O uso da informação para o planejamento das ações não faz parte da rotina das dos profissionais das ESF. A adesão por parte dos profissionais na alimentação dos sistemas de informação (SIAB e hiperdia), foi baixa, comprometendo a qualidade das informações disponíveis (Quadro 1).

As ações de prevenção apresentaram um grau de implantação insatisfatório (Figura 3). Todas as ESF realizavam algum tipo de atividade educativa, contudo predominavam as atividades individuais em detrimento das coletivas voltadas para indivíduos sabidamente doentes e como parte do tratamento. As ações de prevenção destinadas à população em geral visando à prevenção da hipertensão arterial e seus fatores de risco ainda são desenvolvidas por uma pequena parcela das ESF (Quadro 1).

Em relação as ações de controle, a quase totalidade das ESF realizam o diagnóstico clínico da hipertensão arterial. A captação dos hipertensos era feita predominantemente por meio da aferição da pressão arterial dos usuários da unidade de Saúde da Família. A realização de ações na comunidade para captação de casos novos como campanhas e mutirões eram insipientes, realizadas por uma pequena parcela das ESF. Cerca de 50,0% dos profissionais agendavam as consultas de acordo com o risco ou necessidade dos hipertensos, bem como estratificavam o risco cardiovascular para prescrição do tratamento medicamentoso (Quadro 1).

Existiam cotas para a realização dos exames laboratoriais básicos na quase totalidade das ESF. Contudo, a qualidade dos exames e a demora na entrega dos resultados foram problemas freqüentemente encontrados. Problema semelhante foi detectado na referência para as clínicas especializadas, na qual a maioria das ESF possuía referência, contudo a demora no agendamento das consultas comprometia a qualidade da atenção ofertada. Além disso, poucas ESF afirmaram possuir referência para unidades hospitalares de maior complexidade (Quadro 1).

Em seguida, foram identificadas algumas características contextuais nas dimensões político-normativa e técnico-gerencial e organizacional que contribuiriam para demonstrar o contexto em que a atenção ao hipertenso foi implantada.

Em relação a dimensão político normativa, a análise dos Planos de Municipal de Saúde do Recife dos períodos 2002/2005 e 2006/2009 demonstrou que para o período de 2002/2005, não existia referências ao planejamento de ações referentes à hipertensão arterial,

ressalta o fato que o Plano de Reorganização de Atenção à Hipertensão arterial ter sido implantado no município em 2002. Apenas no Plano do período seguinte (2006/2009), encontramos referência a este agravo. A hipertensão arterial foi considerada como um dos principais problemas de saúde do município e foram estabelecidas proposições e metas para a atenção e vigilância deste agravo.

Quanto a dimensão técnico-gerencial e organizacional os principais achados demonstram que a ausência de uma coordenação geral do programa e a insipiência das coordenações nos Distritos Sanitários se apresentam como um dos principais entraves na operacionalização da atenção ao hipertenso no Recife.

Os responsáveis pela coordenação nos DS não recebem apoio técnico e financeiro de uma instância superior, ficando suas atividades restritas a ações burocráticas como o monitoramento do envio das fichas de cadastramento e acompanhamento do Hiperdia pelas unidades básicas de saúde (sem haver grandes cobranças nesse sentido) e a dispensação de medicamentos. Além deste fato o uso da informação não faz parte da rotina dos coordenadores para o planejamento de ações. Em nenhum DS foi realizada análise da situação de saúde dos hipertensos ou a programação de ações voltada para estes indivíduos.

Desde a implantação do programa de hipertensão em 2002, nenhuma capacitação na atenção ao hipertenso foi realizada, os profissionais das unidades básicas de saúde não foram suficientemente sensibilizados e conseqüentemente a adesão no preenchimento das fichas de cadastramento e acompanhamento se apresentou baixa, comprometendo a qualidade da informação do Hiperdia. Desta forma, o planejamento na distribuição da medicação fica prejudicado, ocorrendo falta de medicação em várias unidades de Saúde da Família.

Quanto à organização da assistência à saúde, os hipertensos são atendidos nas unidades básicas de saúde e os casos mais graves são referenciados para consultas com especialistas, respeitando a diretriz da hierarquização. Cada UBS possui uma cota para as diversas especialidades médicas que em grande parte das vezes se mostrou insuficiente para atender a demanda. A maior dificuldade foi à referência para o cardiologista que demora em média três meses para o agendamento de uma consulta. O problema se torna mais grave caso o hipertenso necessite de cuidado em uma unidade de hospitalar de maior complexidade, uma vez que no município não existe referência formal para este tipo de unidade, comprometendo a integralidade na atenção a estes indivíduos.

DISCUSSÃO

Apesar de todo o aparato normativo que subsidia a atenção a hipertensão arterial ^{7, 8, 12, 13, 14, 15, 16}, no município do Recife as ações de prevenção e controle encontram-se fragilizadas. A ausência de uma coordenação geral do programa se apresenta como um dos principais entraves em sua operacionalização, na medida em que não há uma articulação entre as ações preconizadas e as efetivamente realizadas pelas ESF. Embora a hipertensão seja considerada um dos principais problemas de saúde do município segundo o Plano Municipal de saúde - 2006 a 2009 ¹⁷, ainda falta por parte da gestão assumir este problema como prioritário e investir na capacitação dos profissionais das unidades básicas de saúde (UBS) e na melhoria da infra-estrutura existente, bem como na oferta de insumos.

Desta forma, o grau de implantação da atenção à hipertensão arterial realizada pelas ESF do Recife foi considerado insatisfatório. O percentual de cumprimento das atividades preconizadas pelos documentos oficiais foi de 59,5%. Resultado inferior ao encontrado por Cavalcante ¹⁸ em Camaragibe-Pe, que considerou o controle da hipertensão como implantado e encontrou um percentual de cumprimento das atividades preconizadas de 85,8%. Diferenças contextuais entre os municípios analisados podem explicar parcialmente os valores encontrados, além de diferenças metodológicas entre os estudos¹¹.

Entre os Distritos Sanitários (DS) do município não foram encontradas variações significativas no grau de implantação. Todos apresentaram um grau considerado insatisfatório. Os DS parecem compartilhar as mesmas dificuldades que envolvem problemas de infra-estrutura, deficiência de insumos, baixa qualificação profissional e uma insipiência na coordenação do programa de hipertensão.

Em relação à infra-estrutura, as UBS apresentaram-se inadequadas ao funcionamento das ESF de acordo com as diretrizes propostas pelo PSF⁹. Mais da metade das ESF pesquisadas não possuía sala de reuniões/palestras nem um número suficiente de consultórios para a consulta médica e de enfermagem. O município do Recife adotou o PSF como estratégia de reorganização do modelo assistencial desde 1998 quando as primeiras ESF foram implantadas¹⁹. Desta forma, muitas unidades de saúde tradicionais foram transformada em unidades de Saúde da Família, sem, contudo, ter havido reformas na infra-estrutura necessárias ao adequado funcionamento das ESF.

A disponibilidade de insumos para a realização das ações de prevenção e controle da hipertensão mostrou-se crítico. Entre os itens avaliados os que apresentaram pior desempenho

foram: manutenção periódica dos equipamentos, disponibilidade de material educativo e existência de protocolo clínico. A falta de disponibilidade destes materiais compromete um acompanhamento adequado dos hipertensos¹⁵, como foi detectado por avaliação realizada pelo Ministério da Saúde²⁰.

Considerando a complexidade no manejo dos hipertensos, a dificuldade em se conseguir o controle ideal da pressão arterial com um único agente terapêutico e a necessidade de capacitação contínua dos profissionais²¹, a instituição de um protocolo de atendimento clínico se faz necessário no sentido de se garantir uma prescrição segura e eficaz. Três quartos dos profissionais participantes do presente estudo relataram não seguir nenhum protocolo no atendimento clínico aos hipertensos, os demais afirmaram seguir as orientações do Ministério da Saúde. Estes achados contrastam com os de Piccini et al.²² que encontraram em cerca de 80,0% das ESF do Nordeste a utilização de algum protocolo para o atendimento dos hipertensos.

Além da ausência de uma diretriz específica para a atenção aos hipertensos, foi detectada uma baixa qualificação dos profissionais na atenção à hipertensão arterial. Apesar do elevado percentual de médicos e enfermeiros que realizaram curso de especialização em Saúde da Família, considerado ponto positivo na qualificação da atenção básica²³, apenas um terço dos profissionais realizaram capacitação específica na atenção ao hipertenso. O percentual de profissionais capacitados mostrou-se inferior a média nacional, que em 2004, era de aproximadamente 50,0%²⁴.

Outra questão de grande importância para se obter um efetivo controle dos níveis tensionais e reduzir as complicações e co-morbidades associadas é a disponibilização ininterrupta de medicação anti-hipertensiva pelas UBS. A quase totalidade das ESF estudadas afirmou disponibilizar os medicamentos anti-hipertensivos constantes na listagem da farmácia básica. Contudo, a regularidade na distribuição mostrou-se inadequada em cerca de dois terços das ESF analisadas.

Estudo realizado por Piccini et al²² identificou que cerca de três quartos dos idosos hipertensos atendidos em UBS do Nordeste brasileiro conseguiam medicação na UBS, os demais tinham de adquirir os medicamentos com recursos próprios o que favorecia o abandono do tratamento. Apesar da disponibilização de medicação para os hipertensos estar assegurada pelo Programa Nacional de Assistência Farmacêutica ao Hipertenso¹⁴, problemas no cadastramento dos hipertensos pelas UBS têm impossibilitado um planejamento adequado, ocorrendo falta de medicação em várias USF.

Os problemas organizacionais somados as limitações na estrutura (recursos humanos e materiais) influenciaram no desenvolvimento de algumas atividades do processo de trabalho (atividades de prevenção, controle e uso da informação). O uso da informação para o planejamento de ações foi aspecto considerado crítico. Esta atividade não faz parte da rotina da coordenação do programa de hipertensão nem dos profissionais das ESF. Cerca de 75,5% das ESF estudadas não utilizam a informação para o planejamento das ações. Percentual superior ao encontrado em avaliação realizadas pelo Ministério da Saúde que identificou o uso da informação no planejamento de ações em cerca da metade das ESF do país²⁴. Ao mesmo tempo em que corrobora os achados de Sousa et al²⁶ que identificou um despreparo das ESF de um município de pequeno porte da região Sul do Brasil na utilização dos sistemas de informações para o planejamento e avaliação das ações de saúde realizadas em sua área de abrangência.

As ações de prevenção são consideradas atividades estratégicas prioritárias do PSF e atribuição de todos os membros que integram a ESF⁹. Apesar deste fato, o componente ações preventivas obteve um grau de implantação considerado insatisfatório. Embora todas as ESF realizassem algum tipo de ação educativa, observou-se o predomínio das atividades individuais, por outro lado, foi encontrada uma baixa adesão das ESF pelas ações preventivas destinadas à população em geral. Estes achados estão em conformidade com os estudos de Noronha et al²⁶; Alves e Franco²⁷; Moura e Rodrigues²⁸ que demonstraram uma frequência reduzida no desenvolvimento de ações educativas coletivas pelas ESF.

Em relação às ações de controle, o diagnóstico de casos apresentou o melhor desempenho com um grau de implantação considerado satisfatório. Apesar da quase totalidade das ESF realizarem o diagnóstico clínico da hipertensão arterial, a forma de captação de casos novos predominante foi a aferição da pressão arterial dos usuários da USF. Contudo, essa forma de captação apresenta uma baixa efetividade uma vez que a parcela da população que não frequenta o serviço de saúde não terá acesso a um diagnóstico precoce da hipertensão arterial²⁹.

Em relação ao tratamento dos hipertensos, as ações estão divididas em medidas não-medicamentosas e medicamentosas. A adoção do tratamento não-medicamentoso obteve uma boa adesão por parte dos profissionais das ESF. Este tipo de tratamento é de grande importância para diminuir os fatores de risco associados. Em muitos casos de hipertensão leve se consegue o controle dos níveis pressóricos apenas com a adoção de medidas higiênico-dietéticas¹⁵. Vários estudos têm enfatizado a importância de modificações nos estilos de vida, especialmente na redução do peso, a diminuição da ingestão de sal e de álcool, como também

a adoção de uma dieta hipocalórica, além da prática de atividade física regular, na redução da pressão arterial e na diminuição do risco cardiovascular associado³⁰.

Em muitos casos, o uso isolado do tratamento não-medicamentoso não é suficiente para controlar os níveis tensionais. Tornando-se necessário a união desta estratégia terapêutica com a utilização de medicamentos. O tratamento medicamentoso ou farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou com lesão importante de órgãos-alvo¹⁵. Apesar da quase totalidade das ESF realizarem tratamento medicamentoso, apenas cerca da metade dos profissionais afirmou estratificar o risco cardiovascular dos hipertensos. A estratificação do risco cardiovascular é de grande importância uma vez que serve de orientação para abordagem adequada aos hipertensos¹⁵. Os problemas anteriormente citados de ausência de um protocolo clínico e de qualificação inadequada dos profissionais no atendimento ao hipertenso contribuíram para a situação encontrada.

Apesar da expressiva ampliação da oferta dos serviços básicos de saúde com a implantação do PSF, o acesso aos serviços de média e alta complexidade ainda se constitui em um verdadeiro entrave a um atendimento integral ao hipertenso. Em relação ao sistema de referência foi observada uma certa organização dos serviços de média complexidade que estão sob gestão municipal. Existiam cotas para a realização de exames laboratoriais básicos na quase totalidade das ESF do município. Contudo, um terço dos entrevistados afirmaram que as cotas eram insuficientes para a demanda. Além, da demora no recebimento dos resultados e da qualidade dos exames. Estes achados corroboram os de Cavalcante¹⁸ que identificou a totalidade das ESF de Camaragibe-PE possuíam referência para a realização de exames laboratoriais.

A quase totalidade das ESF possuía referência para as clínicas especializadas. Contudo, a demanda se mostrou maior do que a oferta, principalmente para o cardiologista, no qual os hipertensos tinham de esperar cerca de três meses para conseguir uma consulta. Considerando que os indivíduos que são referenciados constituem os casos de maior gravidade, a integralidade da atenção e sua resolutividade encontram-se comprometidas. Conforme a observação feita por Viera-da-Silva e Formigli³³ que o tempo de espera para o acesso a procedimentos especializados pode interferir com o próprio efeito do cuidado se o mesmo não for feito em tempo oportuno.

Embora se observe uma certa organização do sistema de referência para os serviços de média complexidade, a referência para unidades hospitalares de alta complexidade é praticamente inexistente no Recife. Apenas 10,0% das ESF referiram possuir este tipo de

referência. A maioria dos hospitais de grande porte de Pernambuco se encontra no território do Recife, contudo, estas unidades hospitalares se encontram sob gestão estadual. Apesar do município estar habilitado em gestão plena do sistema municipal de saúde. Torna-se necessário uma maior articulação entre os gestores estadual e municipal no intuito de se implementar um sistema de referência e contra-referência que venha contribuir para a efetivação da integralidade da atenção oferecida à população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freese, E; Fontbonne, A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. *In: FREESE, E. Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 1, p. 17-46.*
2. Cesse, E; Freese, E. Características e determinantes do padrão brasileiro de ocorrência das DCNT no século XX. *In: Freese, E. Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 2, p. 47-72.*
3. Kalanche, A; et al. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública. 1987; 21(3): 200-210.*
4. Laurenti, R. Transição Demográfica e Transição Epidemiológica. *In: Congresso brasileiro de epidemiologia. epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século. 1990, Campinas, SP. Anais... Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990. p. 143-165.*
5. Lessa, I. Doenças crônicas não transmissíveis. *In: Lessa, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. cap. 2, p. 29-42.*
6. Lessa, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. *Ciência e Saúde Coletiva. 2004; 9(4): 931-943.*
7. Brasil. Portaria nº 95/GM de 26 de Janeiro de 2001. *In: Brasil. Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, p. 129, 2001d.*
8. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 24 p. 2001.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.
10. Contrandiopoulos, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z. M. A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais À prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 2, p. 29-48.
11. Ibge . Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro, 2001, p. 11-23.
12. Brasil. Portaria conjunta nº 2 de 05 de março de 2002. Brasília, 2002d Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/cnhd/legislacao/port2002/port2.htm>. Acessado em 07 out. 2005.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 235/GM de 20 de fevereiro de 2001. Brasília, 2001a. Disponível em <http://dtr2001saude.gov.br/sas/cnhd/legislacao/port2001/port235>. Acessado em 09 set. 2004.
14. Brasil. Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002. Brasília, 2002b. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/cnhd/legislacao/port2002/port371.htm>. Acessado em 07 out. 2005.
15. Brasil. Manual de Hipertensão arterial e Diabets mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 102 p. 2001.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2006.
17. Recife. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Recife: Secretaria Municipal de Saúde do Recife, 2006. 102 p.
18. Cavalcante, M. G. S. Avaliação da implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família de Camaragibe-PE, 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) – Instituto Materno Infantil de Pernambuco - IMIP, 2004, 132p.
19. Recife. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Recife: Secretaria Municipal de Saúde do Recife, 2006. 102 p.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família: análise por estados. 2001g. Disponível em: www.saude.gov.br/publicacoes/psf>. Acesso em 31 maio de 2005.
21. Zaitune, M. P. A; et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2006; 22(2): 285-294.
22. Piccini, P. R; et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2006; 11(3): 657-667.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família: documento técnico. Brasília: ministério da Saúde, 2005b.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família – 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
25. Sousa, L. B. et al. Hipertensão arterial e Saúde da Família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região sul do Brasil. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 2006; 87(1): 496-503.
26. Noronha, C. V; et al. Projeto saúde para todos na América Latina: identificando as necessidades de capacitação dos profissionais do programa Saúde da Família. Salvador: Ed UFBA, 2004.
27. Alves, V. S; Franco, A. L. S. Estratégias comunicacionais do médico de saúde da família para educação em saúde no contexto clínico. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, supl. 1, p. 144, 2003.
28. Moura, E. R. F; Rodrigues, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. *Interface - comunicação, saúde, educação*. 2003; 7(13): 109-118.
29. Sala, A. et al. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 1998; 14(4): 741-751.
30. Cardoso, A. et al Prevalência de fatores de risco cardiovasculares na população Guarani-Mbyá do estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001; 17(2): 345-354.
31. Vieira-da-Silva, L. M; Formigli, V. L. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*. 1994; 10(1): 80-91.

Figura 1 – Modelo Lógico da atenção à hipertensão arterial desenvolvidas pelas equipes de saúde da família.

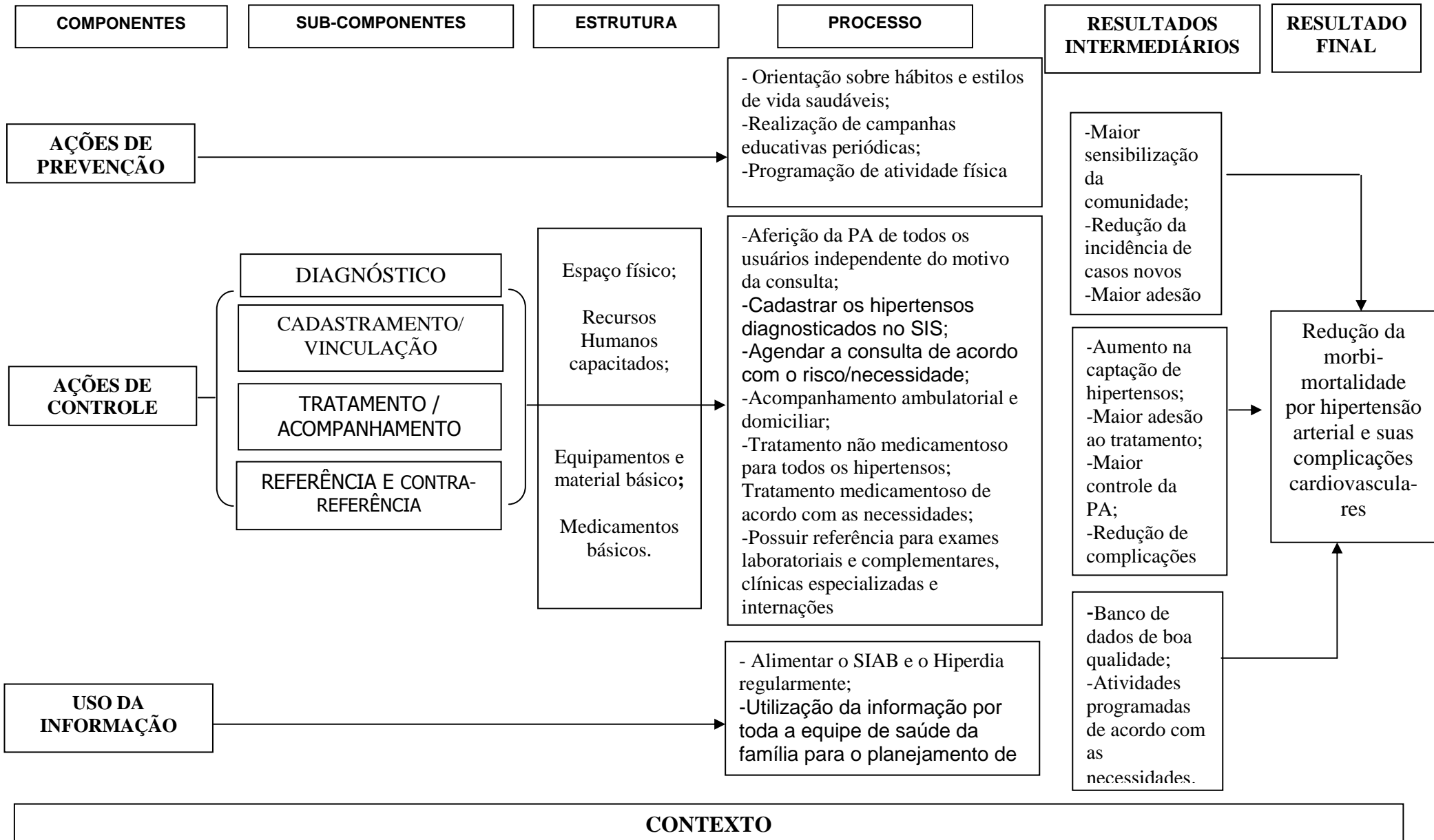


Tabela 1- Grau de implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família segundo Distritos Sanitários. Recife, 2006.

Dimensões	DS I (5ESF)	DS II (13 ESF)	DS III (13 ESF)	DS IV (11 ESF)	DS V (9 ESF)	DS VI (21 ESF)	Recife (72 ESF)
Estrutura	51.2	53.7	59.0	49.1	44.4	52.6	52.4
Processo	61.4	61.0	69.0	62.3	60.5	63.5	63.0
Grau de Implantação (estrutura							
x 4 + processo x 6)/10	57.3	58.1	65.0	57.0	54.1	59.1	58.8

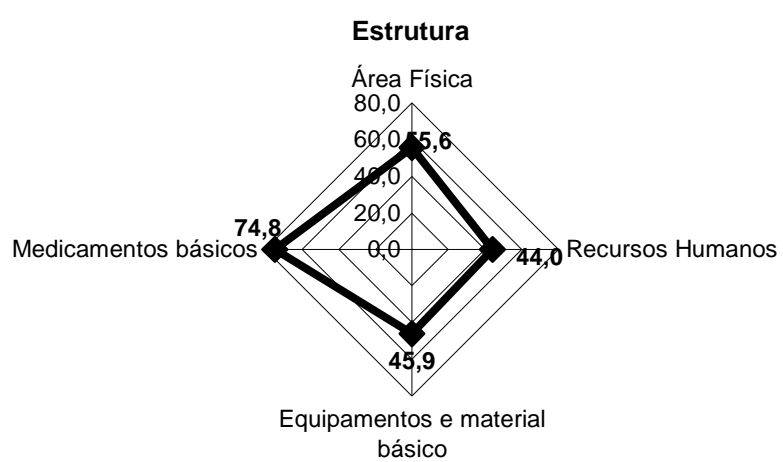


Figura 2- Grau de implantação dos componentes da dimensão da estrutura. Recife, 2006.

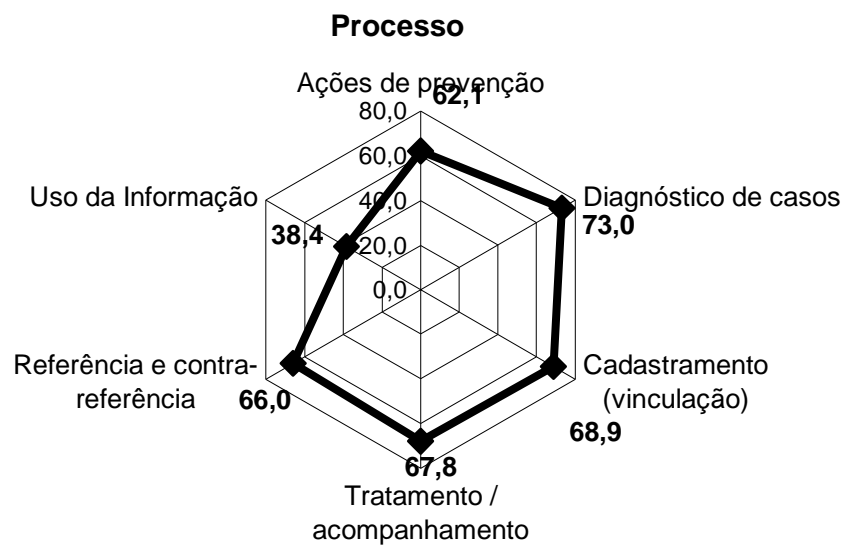


Figura 3- Grau de implantação dos componentes da dimensão do processo. Recife, 2006

Dimensão	Principais problemas identificados	% ESF com Problemas	
ESTRUTURA	Falta de regularidade na distribuição de medicamentos	62,5	
	Nº insuficiente de consultórios para consulta médica e de enfermagem	61,1	
	Ausência de sala de palestras/reuniões	55,6	
	Ausência de protocolo clínico	75,0	
	Ausência de manutenção dos equipamentos	94,4	
	Falta de material educativo	73,6	
	Profissionais não capacitados na atenção ao hipertenso	Médico	62,5
		Enfermeiro	75,0
Auxiliar de enfermagem		93,1	
Agente Comunitário de Saúde		93,1	
PROCESSO	Ausência de alimentação do Hiperdia	66,7	
	Ausência do uso da informação no planejamento das ações	76,4	
	Não realização de ações de prevenção da hipertensão e fatores de risco com a comunidade	75,5	
	Ausência de realização de campanhas/mutirões para detecção de casos novos	84,7	
	Não consideração do risco/necessidade para agendamento da consulta	40,3	
	Não estratificação do risco cardiovascular	46,6	
	Ausência de referência hospitalar	90,0	

Quadro 1- Principais problemas detectados na atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família segundo a dimensão da estrutura e do processo. Recife, 2006.