



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E
SAÚDE

ANA LÍVIA ARAÚJO GIRÃO

A QUALIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL

FORTALEZA- CEARÁ

2015

ANA LÍVIA ARAÚJO GIRÃO

**A QUALIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Consuelo Helena de Aires de Freitas

FORTALEZA- CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Girão, Ana Livia Araújo .

A qualidade da produção do cuidado na rede de atenção primária em hipertensão arterial [recurso eletrônico] / Ana Livia Araújo Girão. - 2015.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 112 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.^a Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Hipertensão . 3. Qualidade da Assistência à Saúde. I. Título.

ANA LÍVIA ARAÚJO GIRÃO

A QUALIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 07/12/15.

BANCA EXAMINADORA

Consuelo Helena Aires de Freitas
Prof.^a Dr.^a Consuelo Helena Aires de Freitas (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará - UECE

Maria Salete Bessa Jorge
Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge

Universidade Estadual do Ceará - UECE

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho
Prof.^a Dr.^a Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

Universidade Estadual do Ceará - UECE

A Deus, em agradecimento pela minha vida.

Aos meus pais Auristélio e Heloisa pelo incentivo, confiança e paciência. Por sempre acreditarem que eu serei capaz de realizar todos os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual do Ceará, pela sempre valiosa experiência de aprendizado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Secretaria Regional IV, Coordenadores de unidades de saúde, trabalhadores e usuários, pelo acolhimento, apoio e disposição contribuir para a realização deste estudo.

Aos professores e funcionários pertencentes ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE, pela sabedoria, exemplo e acessibilidade.

Aos colegas da turma X do curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, que se tornaram amigos, pela amizade e aprendizado mútuo.

Às professoras integrantes da banca examinadora, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições.

À minha orientadora, Profa. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas, por mais uma parceria de muito apoio, paciência e confiança.

Às integrantes do Grupo de Pesquisa de Saúde do Adulto e Família (Glória Yanne, Emiliana Gomes, Lidyane Parente, Daisy Maria, Natália Pimentel, Fabiane Lima e Patrícia Freire), por todos os momentos de estudo coletivo e aprendizado.

Às minhas irmãs Bruna e Beatriz, pelo incentivo em busca de mais uma conquista.

Ao meu noivo Roberto, pelo incentivo e paciência, por sempre acreditar que eu serei capaz de realizar grandes coisas e por ser um grande incentivador da minha vida profissional.

Aos meus amigos, que tanto compreenderam meus momentos de ausência e que comemorarão comigo mais uma etapa vencida.

RESUMO

A hipertensão arterial, apesar de tratável, possui grande representatividade na população e baixos índices de controle, se destacando como uma doença prioritária nas estratégias de cuidado da atenção primária. Acrescidos a isso, vem se destacando no país a necessidade em trabalhar com pesquisas voltadas para a realidade da atenção primária e nesse contexto as pesquisas avaliativas se mostram fundamentais para a busca do conhecimento sobre o impacto de programas voltados para esse nível de atenção à saúde, como os de atenção à hipertensão. Objetivou-se avaliar a qualidade da produção do cuidado ao usuário com hipertensão arterial na rede de atenção primária. Trata-se de uma pesquisa de avaliação na qual foram combinadas as abordagens quantitativa e qualitativa, através da triangulação de métodos realizada em uma Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) da Secretaria Regional IV da cidade de Fortaleza-CE, junto a 36 participantes (gestores, trabalhadores e usuários hipertensos). A coleta de dados ocorreu utilizando-se observação sistemática, questionários, entrevistas e grupo focal, no período compreendido entre junho e outubro de 2015. O projeto foi aprovado sob o parecer nº 1.068.382. Constatou-se que o cuidado produzido ao usuário portador de HAS na atenção primária, em muitos casos, vem ocorrendo de forma fragmentada após a inserção do acolhimento à livre demanda. Na percepção de gestores e trabalhadores, na realidade da UAPS estudada, o estímulo ao livre acesso não se desenvolveu conforme preconizado pelo ministério da saúde, revelando uma desvalorização de práticas de educação e de promoção da saúde para o tratamento da HAS. No caso da hipertensão, constatou-se que o vínculo se constitui de uma ferramenta eficaz na democratização das práticas de cuidado, favorecendo a negociação entre trabalhadores e usuários, prevenindo comorbidades associadas à HAS e promovendo saúde. Na visão dos usuários, entretanto, o acolhimento e vínculo não foram associados com qualidade do cuidado. Tornou-se possível, por meio desta opção, compreender as diferenças de opiniões e relações entre processo de trabalho profissional e suas interações com a comunidade no contexto social em que estão inseridos, proporcionando qualidade da atenção e satisfação do usuário.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The Hypertension, although treatable, has great representation in the population and low levels of control, especially as a priority disease care strategies in primary care. Added to this, it has stood out in the country the need to work with research focused on the reality of primary care and in this context the inquiries to show fundamental to the pursuit of knowledge about the impact of programs for this level of health care, as attention hypertension. Aimed to evaluate the care the user production quality with hypertension in the primary care network. In this research, quantitative and qualitative approaches were combined, through triangulation methods carried out in a Primary Care Health Unit (UAPS) of Regional IV of the city of Fortaleza, with 36 participants (managers, workers and hypertensive patients). The data were collected using systematic observation, questionnaires, interviews and focus groups, in the period between June and October 2015. The project was approved under the nº 1.068.382. It was found that the care produced the Hypertension carrier user in primary care, in many cases, there has been piecemeal after inserting the host to the demand. The perception of managers and workers, in reality the study UAPS, stimulating open access has not developed as recommended by ministry of health, revealing a decline of educational practices and health promotion for the treatment of hypertension. In the case of hypertension users, it was found that the bond constitutes an effective tool in the democratization of care practices, favoring negotiation between workers and users, preventing comorbidadaes associated with hypertension and promoting health. In the view of users, however, the host and bond were not associated with quality of care. It has become possible, through this option, understand the differences of opinions and relationships between professional work process and their interactions with the community in the social context in which they live, providing quality of care and user satisfaction.

Key-words: Primary Health Care. Hypertension. Quality of Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fundamentos e Diretrizes da Atenção Primária	24
Figura 2- Organização das Redes de atenção à saúde	27
Figura 3- descrição das gerações na história da avaliação	33
Figura 4- Indicadores de avaliação da qualidade assistencial	35
Figura 5- Atributos da qualidade	36
Figura 6- Elementos a partir da utilização da avaliação por triangulação de métodos	39
Figura 7 – Divisão da cidade de Fortaleza em Secretarias Regionais	43
Figura 8 - Mapa da SR IV da cidade de Fortaleza	43
Figura 9 – Descrição da forma de observação utilizada no estudo	47
Figura 10- Fluxograma descritor do atendimento do usuário hipertenso na UAPS	56
Figura 11- Fluxograma de classificação de risco do hipertenso utilizado na UAPS	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Descrição das etapas de desenvolvimento do estudo	41
Quadro 2- Participantes do estudo	44
Quadro 3- Relações entre as técnicas de coleta de dados e os objetivos do estudo	46
Quadro 4- Identificação dos participantes entrevistados	52
Quadro 5- Demonstrativo do perfil sociodemográfico dos usuários participantes	63
Quadro 6- Demonstrativo do perfil de adoecimento dos usuários participantes	64

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DESP	Atendimento à Demanda Espontânea
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAM	Infarto Agudo do miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PMAQ	Programa Nacional de Melhora do Acesso e Qualidade
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RM	Ranking Médio
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SPSS	Software IBM- <i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SR	Secretaria Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UPA	Unidade de Pronto Atendimento 24h

SUMÁRIO

1	APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO.....	13
2	OBJETIVOS.....	18
3	EIXOS TEÓRICOS.....	19
3.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	19
3.2	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	25
3.3	O CONTEXTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO SUS.....	28
3.4	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE	32
4	PERCURSO METODOLÓGICO	39
4.1	NATUREZA E TIPO DE ESTUDO	39
4.2	O CONTEXTO DA PESQUISA	42
4.3	OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	44
4.4	COLETA DE DADOS	46
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	50
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	52
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
5.1	MAPEAMENTO DA ESTRUTURA E DO FLUXO DE ATENDIMENTO PRESTADO AO USUÁRIO HIPERTENSO NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	53
5.1.1	A estrutura da unidade de saúde	53
5.2	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO.....	60
5.2.1	Gestores e trabalhadores de saúde.....	60
5.3	APREENSÃO DAS OPINIÕES DE GESTORES E TRABALHADORES SOBRE A QUALIDADE DO CUIDADO PRESTADO AO USUÁRIO PORTADOR DE HIPERTENSÃO NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA ...	66
5.4	ANÁLISE DA ATENÇÃO A SAÚDE E DO CUIDADO PRESTADO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM GESTORES, TRABALHADORES E USUÁRIOS NA APS	69
5.4.1	O fluxo de atendimento como fator contribuinte para o desenvolvimento de acolhimento, vínculo e de cuidado qualificado na APS em hipertensão arterial	69

5.4.2	O empoderamento do usuário portador de hipertensão para a qualificação do cuidado.....	74
5.4.3	A satisfação do usuário associada à “medicamentação” do cuidado	77
5.4.4	A equipe multiprofissional como provedora de cuidado qualificado em hipertensão.....	81
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICES	96
	APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa para gestores e trabalhadores de saúde	95
	APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa para usuários	96
	APÊNDICE C – Roteiro para observação sistemática	97
	APÊNDICE D – Questionário destinado aos gestores da unidade de saúde ...	101
	APÊNDICE E – Questionário destinado aos trabalhadores de saúde.....	102
	APÊNDICE F – Roteiro para entrevista semiestruturada com os gestores e trabalhadores de saúde	103
	APÊNDICE G – Modelo de convite para grupo focal com os usuários	104
	APÊNDICE H – Formulário para a caracterização do usuário	105
	APÊNDICE I – Temário para grupo focal com os usuários hipertensos	106
	ANEXOS.....	109
	ANEXO A- Anuência concebida pela Prefeitura Municipal de Fortaleza	108
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP	109
	ANEXO C- Encaminhamento para a SR IV a fim de promover conhecimento sobre a execução da pesquisa	111

1 APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO

O interesse por esta pesquisa surgiu ainda durante minha trajetória acadêmica, como bolsista de iniciação científica do grupo de pesquisa de Saúde do Adulto e Família/CNPq da Universidade Estadual do Ceará (UECE), vivenciada com estudos acadêmicos envolvendo o contexto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Acrescidos a isso, se destacaram os resultados obtidos no projeto intitulado “O processo saúde-doença no cotidiano de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus: significados e crenças na promoção do cuidado clínico de enfermagem”, desenvolvido pelo mesmo grupo de pesquisa, e na monografia de conclusão do curso de Graduação em Enfermagem na UECE “Avaliação do ensino clínico de enfermagem no cuidado à saúde do usuário em situação de hipertensão arterial”, os quais revelaram pouco conhecimento do hipertenso hospitalizado sobre seu adoecimento crônico, mesmo após serem afetados por patologias que possuem a HAS como grande fator de risco, tais como acidente vascular encefálico (AVE) e Infarto Agudo do miocárdio (IAM).

No que diz respeito às pesquisas de qualidade na atenção básica, outro projeto de pesquisa desenvolvido pelo grupo de pesquisa ‘Saúde do Adulto e Família/CNPq possibilitou o interesse em buscar uma investigação com o foco em evidenciar as questões ou elementos que dificultam a adesão dos programas de saúde na rede de atenção primária, em especial a hipertensão arterial, sendo a pesquisa de avaliação selecionada por interessar a saúde e educação quando buscamos melhorar a assistência a população e promover qualidade na saúde. Esse projeto intitulado “Segurança do paciente e qualidade da gestão do cuidado em enfermagem: avaliação da estrutura, processos e resultados” teve por objetivo avaliar a gestão do cuidado de enfermagem em relação à qualidade de atenção e à segurança do usuário em ambiente hospitalar e de unidade básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

O estudo desenvolvido no contexto do SUS se aproxima das apropriações dos conceitos e ideias centrais de autores que vem evoluindo o sistema de saúde numa perspectiva democrática para o bem comum de todos na sociedade. Assim, buscou-se estudos e literatura que compreendam o usuário no sistema, e que os trabalhadores e gestores fazem parte desse sistema que tem a lógica de compartilhar e pactuar a saúde nas redes de atenção, que para o estudo foi centrado na de atenção primária e no adoecimento crônico, tendo em vista que o adoecimento por hipertensão arterial fica assim situado.

Portanto, abandonou-se a denominação de “paciente”, que remonta a evolução da história do sistema de saúde de mais de duas décadas passadas, do sujeito como ser passivo do sistema, sendo adotada, assim, a de “usuário” por ser uma terminologia que traduz o sistema de saúde atual do país, do sujeito, responsável por sua saúde, que utiliza o sistema.

Através dos projetos de pesquisa supracitados, constatou-se que mesmo sendo a hipertensão arterial uma das doenças com mais alta prevalência, baixas taxas de controle e uma das principais causas de morte prematura no mundo, “sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 8), grande parte dos usuários hipertensos hospitalizados por complicações da doença não possuíam conhecimento de seu adoecimento, comprometendo a continuidade do tratamento.

Tais resultados, me despertaram o interesse para retornar à atenção primária, com o propósito de investigar as possíveis causas desse (des) conhecimento, através de uma pesquisa de avaliação da qualidade da assistência prestada, a fim de identificar como o usuário hipertenso vem sendo atendido nos âmbitos da promoção da saúde e da prevenção de agravos, fundamentais para o conhecimento sobre a doença e diminuição das hospitalizações decorrentes da HAS.

Segundo Vilaça, 2011, no novo modelo de saúde proposto pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a atenção primária deve ser a coordenadora do sistema de saúde, especialmente dos portadores de DCNT, proporcionando intervenções sobre os fatores de riscos biopsicológicos, sobre as condições de saúde manifestas e sobre os determinantes sociais da saúde distais, intermediários e proximais.

Além disso, se destacam atualmente no país o Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011, com a finalidade de avaliar o desempenho dos sistemas de serviços de saúde componentes do SUS, considerando a importância de ser considerada também a satisfação dos usuários, e o Programa Nacional de Melhora do Acesso e Qualidade (PMAQ), em 2012, a fim de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica.

A partir desses programas, nos quais o MS propõe executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população, se percebeu a necessidade de pesquisas de investigação da qualidade no âmbito da saúde, com o propósito

educativo, o qual “não encontre falhas no serviço”, e sim oportunidades de melhora que possam ser instituídas inicialmente pela unidade básica de saúde em estudo, posteriormente por outras unidades com realidades similares, objetivando a construção de uma assistência prestada ao usuário hipertenso de qualidade.

Qualidade na assistência à saúde foi definida pelo *Institute of Medicine*, em 2001, como o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de se atingir desfechos desejados de saúde tanto de indivíduos quanto de populações, e que são consistentes com o conhecimento profissional coerente, sendo, portanto, mais do que a prestação da assistência baseada na ciência, envolvendo aspectos mais complexos.

O interesse pela qualidade assistencial é compartilhado pelos profissionais, gestores e usuários dos serviços de saúde. A população está cada vez mais informada, exige mais sobre a qualidade dos serviços que recebe. Os gestores por outra parte se preocupam com os gastos e a relação custo-benefício. Segundo Saturno e Gascon, 2008, os profissionais sempre estiveram preocupados com a qualidade de suas intervenções, especialmente por três questões fundamentais: para responder à confiança que os usuários depositam neles; para ser consequentes com o compromisso científico que é inerente à prática das ciências da saúde; pela responsabilidade de manter a competência profissional.

A construção de uma assistência de saúde primária qualificada proporcionará melhor entendimento do usuário sobre sua doença e, conseqüentemente, maior adesão ao tratamento, acarretando a diminuição do desenvolvimento das complicações associadas à doença, hospitalizações e óbitos decorrentes da hipertensão arterial.

Nesse contexto, Donabedian, 2001, definiu uma taxonomia para a mensuração da qualidade da assistência à saúde. “A Tríade de Donabedian” divide as medidas da qualidade em Estrutura (como a assistência é organizada), Processos (o que foi feito) e Desfechos (o que aconteceu com o usuário). Para o autor, a qualidade dos serviços de saúde consiste em um ponto estratégico e prioritário para os gestores e profissionais.

Baseando-se na necessidade nacional em trabalhar com pesquisas voltadas para a realidade da atenção primária, a fim de se obter conhecimento sobre o impacto de programas voltados para esse nível de atenção à saúde, e na tendência instituída pelo pelos programas do MS que buscam conhecer a realidade da qualidade da assistência, esse estudo se mostra relevante, pois além de buscar observar e apreender o processo de trabalho de uma Unidade de Atenção Básica de Saúde, também buscou identificar lacunas existentes nos serviços, e oportunidades de melhora da assistência a partir dos depoimentos de usuários a

respeito da satisfação da assistência que recebem, e de profissionais acerca da qualidade da assistência prestada.

A partir dessa problematização, surgiram as seguintes perguntas norteadoras:

1. *Como vem sendo produzido o cuidado à saúde do usuário portador de HAS na atenção primária?*
2. *Como os gestores e trabalhadores de saúde da atenção primária percebem a qualidade assistencial?*
3. *Como os usuários hipertensos estão percebendo a assistência de saúde recebida na unidade de atenção primária?*

Ao retomar o conceito de qualidade, esse é visto como um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades implícitas e explícitas dos clientes e demais partes interessadas (SIMÕES *et al*, 2009).

Para este estudo, considera-se uma assistência de qualidade como aquela que alcança seus objetivos esperados, no caso, o controle da pressão arterial dos usuários e a prevenção de complicações associadas à doença por meio do acesso e vínculo ao serviço e programa de controle de hipertensão arterial, bem como a auto-responsabilização do cuidado a saúde.

Quanto à satisfação, BRASIL, 2007, afirma ser a satisfação influenciada pela estrutura e pela relação profissional-paciente, contribuindo para a qualidade dos resultados obtidos.

No sentido de estruturar a discussão teórica e também de explicitar a formulação teórico-metodológica adotada, baseando-se nos resultados obtidos a partir dos projetos de pesquisa citados anteriormente, formulou-se o seguinte pressuposto teórico:

- O cuidado que vem sendo produzido ao portador de hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família pode nem sempre se desenvolver de forma qualificada, priorizando o usuário como sujeito do processo de mudança das práticas em busca de um cuidado integral e resolutivo, o que pode acarretar insatisfação, falta de adesão ao tratamento e conseqüentemente complicações associadas à doença.

Pesquisas como esta buscam colaborar com a qualidade da assistência no serviço, que por meio dos resultados alcançados venham a possibilitar, junto à comunidade investigada, a elaboração de estratégias que busquem melhorias de forma a subsidiar

elementos identificados após o processo investigativo, sendo assim de relevância tanto para a unidade de serviço investigada quanto para as demais unidades de saúde que apresentem realidades de saúde semelhantes.

2 OBJETIVOS

GERAL

Avaliar a qualidade da produção do cuidado ao usuário com hipertensão arterial na rede de atenção primária.

ESPECÍFICOS

1. Mapear a estrutura e o fluxo do atendimento prestado ao usuário hipertenso na rede de atenção primária.
2. Aprender as opiniões e experiências de gestores e trabalhadores de saúde na rede de atenção primária.
3. Identificar a satisfação dos usuários com a assistência recebida na unidade de saúde.
4. Analisar a atenção de saúde em situações de hipertensão arterial desenvolvida por gestores, trabalhadores e usuários na APS.

3 EIXOS TEÓRICOS

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Instituído pela Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde, mediante políticas sociais e econômicas, a toda a população (Art. 196), e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, o SUS brasileiro se destaca como maior e mais bem estruturado sistema de saúde mundial.

De acordo com Art. 198 da Constituição Federal de 1988, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Descentralização que segundo Lima *et al*, 2012, redefine responsabilidades entre os entes governamentais e reforça a importância dos executivos subnacionais na condução da política de saúde. Ela envolve a transferência de poder decisório, da gestão de prestadores e de recursos financeiros, antes concentrados na esfera federal para estados e, principalmente, para os municípios.

A diretriz descentralização propõe a democratização e o atendimento das necessidades territoriais específicas nas diversas realidades brasileiras, entretanto as diferenças de porte populacional e condições políticas dos estados apontam a necessidade de conformação de arranjos regionalizados de atenção à saúde, pois ela é diretamente dependente de relações políticas entre os entes federativos. Deve incluir, portanto, o desenvolvimento de estratégias específicas de planejamento, gestão e financiamento de uma rede de ações e serviços no território.

Quanto à integralidade como prática intrínseca à assistência de saúde e à organização do serviço, Camargo Jr *et al*, 2008, afirmam ser um termo polissêmico, pois traz consigo alguns outros conceitos articulados nos sentidos adotados, como: acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção.

A prática do acolhimento exige reflexões e mudanças a respeito da forma como atuam os serviços de saúde, de como a formação dos profissionais de saúde está deixando de ser utilizada para a assistência integral da população e para a melhoria do serviço. O acolhimento exige postura ética e atitude, por parte da equipe de saúde, de atender, escutar com qualidade e tratar humanamente os usuários com suas demandas, para que se estabeleça uma relação confiança e apoio entre os profissionais e usuários.

Nesta perspectiva, Lopes *et al*, 2014, afirmam que o acolhimento é considerado um processo, resultado das práticas de saúde e produto da relação entre trabalhadores de saúde e usuários, ensejando posturas ativas por parte dos trabalhadores para com as necessidades do usuário e resgatando a humanização e o respeito com o outro.

Segundo Lima, Moreira e Jorge, 2013, outro instrumento de trabalho relacional é o vínculo o qual permite a circulação de afetos entre pessoas, além de se constituir em ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas de cuidado, pois favorece a negociação entre os sujeitos envolvidos nesse processo.

A construção do vínculo deve basear-se na formação de laços afetivos entre profissionais e usuários, através do acesso, da humanização, da corresponsabilização, do diálogo, do respeito e da confiança.

Quanto à diretriz participação da comunidade, essa se dá através do controle social exercido pelos conselhos de saúde. De acordo com Oliveira, Ianne e Dallari, 2013, os conselhos são instâncias de ação política, que articulam no interior do campo da saúde, as ações do Estado e da cidadania, com objetivo de ampliar o controle social na gestão do Sistema Único de Saúde.

A criação dos conselhos de saúde traz consigo a possibilidade da existência de democracia dentro da área da saúde, devendo atuar como elo entre governo e população, proporcionando o desenvolvimento de políticas públicas que vão ao encontro das necessidades da população.

De acordo com Shimizu *et al*, 2013, p. 2276, “espera-se que os conselhos de saúde possibilitem novas formas de interação entre governo e sociedade, que resultem em novos padrões de governo baseados na gestão democrática”.

Quando não há participação dos usuários nas decisões relacionadas à saúde, as políticas tornam-se mais voltadas aos interesses dos gestores, desconsiderando a realidade dos sujeitos em sua realidade. A participação ativa da comunidade favorece o desenvolvimento de vínculos, além do fortalecimento da cidadania e da inclusão social.

No que diz respeito aos objetivos do SUS, são eles definidos pelo Art. 5º da LOS:

I - A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social;

III - A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

É importante destacar que promoção de saúde e prevenção de doenças não são termos sinônimos, como descrevem Lefevre e Lefevre, 2004, afirmando que o termo prevenção refere-se à medida tomada antes do surgimento ou agravamento de uma ou mais condições mórbidas, visando afastar a doença do doente ou vice-versa, para que tal condição não se manifeste ou manifeste-se de forma mais branda nos indivíduos ou nas coletividades. A Promoção, diferentemente, caracteriza intervenções que tem como meta ideal a eliminação permanente, ou pelo menos duradoura, da doença porque buscaria atingir suas causas mais básicas.

Ao referir-se à promoção da saúde, destacam-se as cartas de promoção da saúde, descritas por Brasil, 2002, que são referências resultantes do processo de discussão e construção coletiva sobre os conceitos fundamentais abordados no contexto da Promoção da Saúde, realizado em várias partes do mundo, constituindo um instrumento de fundamental referência para gestores, gerentes, profissionais de saúde, pesquisadores e usuários do SUS interessados nas questões relacionadas ao tema. Através delas espera-se que tais informações possam efetivamente contribuir para a formulação e implementação de políticas públicas que valorizem, cada vez mais, a qualidade de vida das populações.

Tendo a Carta de Otawa como referência, apresentada na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 1986, promoção da saúde é o “nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (BRASIL, 2002, p. 19),

A partir de então, a saúde passa a ser vista como uma importante dimensão para a qualidade de vida, valorizando os recursos pessoais e sociais, englobando recursos como habitação, alimentação, educação, renda e paz. As ações de promoção da saúde devem,

portanto, assegurar oportunidades e recursos iguais para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde.

Utilizado como base na criação do SUS, o conceito ampliado de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 (saúde como não apenas a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social), sinaliza a necessidade de criação de políticas públicas para promover saúde.

Destaca-se aqui, a Política Nacional de Promoção da Saúde, (BRASIL, 2010) a qual descreve promoção como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

No SUS, a promoção da saúde vem sendo abordada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo adoecimento em nosso País, tais como, violência, desemprego, saneamento básico, habitação, educação, fome, entre outras formas de intervenção na saúde.

Estando a atenção primária intimamente ligada ao usuário em sua comunidade, essa, portanto possui maior acesso aos aspectos que compõe a saúde, descritos anteriormente. Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como modelo assistencial orientado a partir da atenção primária, em um momento onde as necessidades de saúde não são mais atendidas pelo modelo hospitalocêntrico vigente até então. Nesse contexto acrescenta BRASIL, 2012, p. 19:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Atenção Primária de Saúde (APS) considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a

responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Vanderlei e Almeida, 2007, apontam a Estratégia de Saúde da Família como alternativa para reorganização da oferta de serviços de saúde, inserindo a proposta no âmbito do debate em torno das opções para reorientação do modelo assistencial vigente, predominantemente hospitalocêntrico e curativo. A Estratégia de Saúde da Família em certos municípios brasileiros constitui-se em uma estratégia que completa tanto a organização de oferta sobre problemas e necessidades, aproximando-se do modelo da vigilância à saúde e da distritalização. Por isso, a Estratégia de Saúde da Família atualiza essa figura de modo a inserir-se entre os modelos alternativos. A principal mudança com a proposta da ESF é no foco de atenção, que deixa de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, passando também para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação.

Segundo BRASIL, 2012, p. 19-20:

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Assim foi instituída através da portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização da Estratégia Saúde da Família vigente até então.

Figura 1- Fundamentos e Diretrizes da Atenção Primária

Território	<ul style="list-style-type: none"> •Permitindo o planejamento e o desenvolvimento de ações setoriais e com impacto na situação e nos determinantes da saúde da coletividade.
Acesso	<ul style="list-style-type: none"> •Caracterização das portas de entradas abertas da rede de atenção, acolhendo os usuários.
Vínculo e Responsabilização	<ul style="list-style-type: none"> • Garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.
Integralidade	<ul style="list-style-type: none"> •Em todos os seus aspectos, envolvendo a assistência multiprofissional, a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde.
Participação dos usuários	<ul style="list-style-type: none"> •Como forma de ampliar a autonomia e capacidade das pessoas na construção do cuidado à sua saúde e das coletividades do território.

Fonte: Elaborada pela autora. Adaptado da Política Nacional de Atenção Básica, 2012.

Dá-se aqui a importância devida à hipertensão arterial sistêmica no contexto da atenção básica, já que segundo Brasil, 2006, na série de Pactos Pela Saúde, a hipertensão se encontra dentre as áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional para a operacionalização da Atenção Básica, juntamente com a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle do diabetes *mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

Também foi lançado pelo Ministério da Saúde brasileiro, em 2011, o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica, com o objetivo de enfrentar e deter, nos próximos dez anos essas doenças. “No país, essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda. ” (BRASIL, 2011, p. 6)

3.2 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas de atenção à saúde devem ser respostas às necessidades de saúde da população. Assim, o sistema de saúde vigente até então, de forte caráter biologicista, voltado, prioritariamente, para as condições agudas, organizado de forma fragmentada, não poderia responder com qualidade à situação de saúde atual predominantemente crônica da população.

Conceitualmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas, a atenção primária à saúde não pode exercitar seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado. (MENDES, 2010)

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde.

Como assinalam Porter e Teisberg, 2007, só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela. O valor entregue em uma condição de saúde é decorrente de um conjunto completo de atividades e especialidades envolvidas. Não são os papéis, as habilidades ou as funções, isoladamente, que importam, mas o resultado geral.

Rodrigues *et al*, 2014, apontam que se tem verificado a dificuldade dos sistemas de saúde em produzir ações em saúde contínuas, integradas e sensíveis à equidade. Assim a implementação das RAS poderá apontar para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, contribuindo para o avanço do processo de efetivação do SUS.

Segundo Brasil, 2010, as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, garantindo a transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua

concretização, e passando pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

A implantação das RAS convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, alguns experienciados com sucesso, em outros países e que devem e podem ser adaptados à realidade de nosso sistema público.

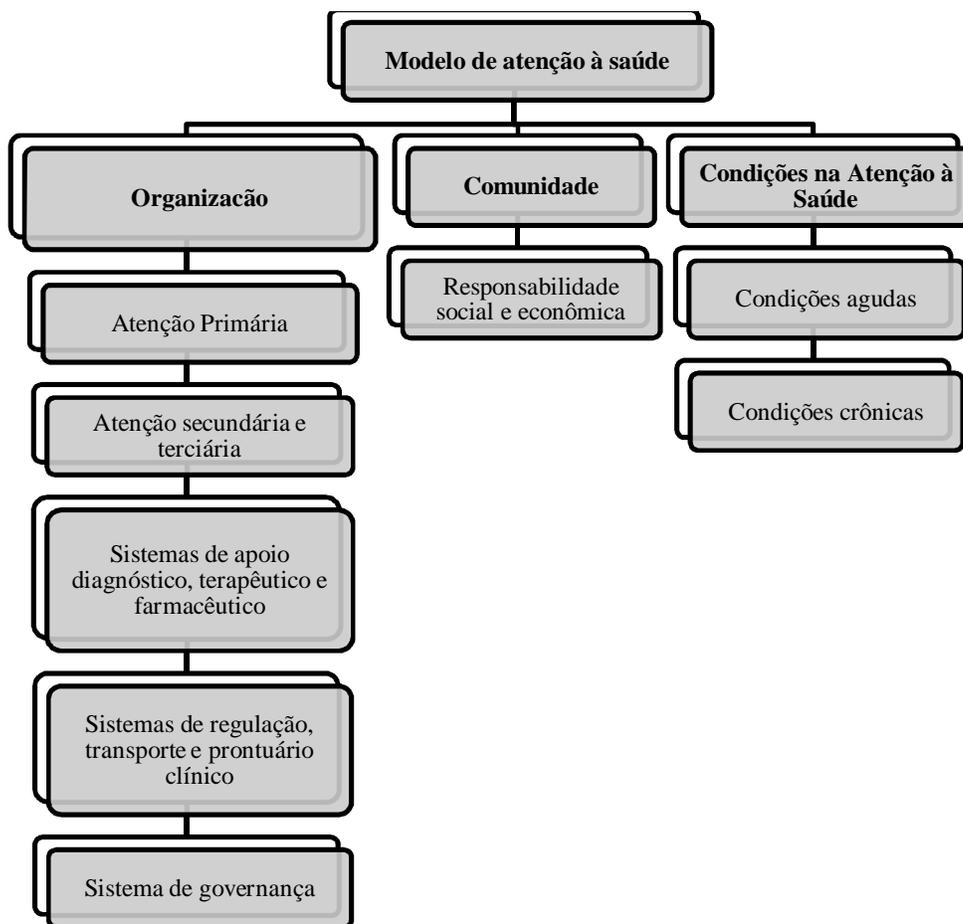
A RAS tem como proposta a instituição da atenção básica como eixo principal da atenção à saúde. Segundo Mendes, 2011, o sucesso das RAS depende da efetividade da Atenção Primária à Saúde em três papéis fundamentais: resolubilidade, responsabilização e coordenação.

A função de resolubilidade, inerente ao nível de atenção primária, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela Atenção Primária de Saúde (APS), de centro de comunicação das RAS (...) A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita e o exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela. (MENDES, 2011, p. 98)

Busca-se na atenção primária, com as RAS, a capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado com os demais níveis do sistema e através da articulação entre a própria equipe de APS e população.

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde, 2011, a coordenação das RAS pela APS implica que ela assuma papel central e estratégico de reordenamento do sistema de saúde, orientando o cuidado ao longo de todos os pontos de atenção e de toda a vida de uma comunidade, demonstrando, assim, e elevando a sua capacidade de resolver os problemas de saúde.

Figura 2- Configuração do modelo de atenção à saúde



Fonte: Elaborada pela autora. Adaptado dos conceitos propostos por Mendes e Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

Como descreve Brasil, 2010, por meio da coordenação das RAS, a APS eleva sua capacidade de resolver os problemas de saúde, tornando os sistemas mais custo-efetivos, tanto em termos de organização interna, na alocação de seus recursos e na gestão clínica, como também pela sensibilidade de se ajustar de acordo com a conjuntura socioeconômica, demográfica e epidemiológica.

Ao agregar essas alterações à realidade de saúde do Brasil, será desenvolvida uma nova atenção primária em saúde, que superará o paradigma atual de “agudização” da saúde, instituindo, assim, um novo olhar para a saúde brasileira, voltado para a promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis.

3.3 O CONTEXTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO SUS

A hipertensão arterial sistêmica é definida pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010, como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares.

Com sua grande representatividade e prevalência de um bilhão de hipertensos no mundo, a HAS é responsável por aproximadamente 7,6 milhões de mortes ao ano, segundo a Organização Mundial de Saúde, 2002. Figueiredo e Asakura, 2010, complementam os dados acima afirmando serem as principais causas de mortes no mundo, o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca congestiva e o acidente vascular encefálico, sendo a HAS responsável por 62% dos AVE e 49% dos IAM.

Quanto ao Brasil, “inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%.” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 8). Atualmente, portanto, aproximadamente 63 milhões de brasileiros são portadores da doença (baseando-se na população atual fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística - IBGE).

De acordo com BRASIL, 2001, as doenças do coração e dos vasos (IAM, morte súbita, AVE, edema agudo de pulmão e insuficiência renal) constituem no Brasil a primeira causa de morte (27,4%) no Brasil.

No Ceará, dados da Secretaria de Saúde, 2005, correspondem com a realidade brasileira. No estado, tanto as doenças infectoparasitárias como as causas mal definidas sofreram uma queda no número de óbitos, enquanto as doenças do aparelho circulatório constituíram a primeira causa de mortalidade.

As informações acima constatarem que, apesar de ser uma doença conhecida por grande parte da população, a hipertensão arterial é bastante frequente, sendo necessárias medidas de controle objetivando a prevenção de complicações.

Segundo Brunner e Suddarth, 2009, p. 863 é “por muitas vezes chamada de o assassino silencioso” porque as pessoas que a apresentam mostram-se, com frequência, sem sintomas.

Silenciosa por ser assintomática na maioria das vezes, a única maneira de se identificar a hipertensão arterial é realizando o procedimento de medida da pressão. Apesar da eficácia do tratamento com medidas medicamentosas e não medicamentosas, o controle da hipertensão arterial ainda é um desafio a ser vencido. Apenas cerca de um terço dos hipertensos estão com seus níveis pressóricos controlados, provavelmente em função da baixa adesão ao tratamento.

Quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes, “representando elevado custo financeiro à sociedade haja vista que a doença traz, ainda, como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho e aposentadorias precoces”. (TOLEDO; RODRIGUES, CHIESA, 2007, p. 234)

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010, descreve as doenças cardiovasculares (DCV) como as responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Também afirma que em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no SUS, resultando em um custo aproximado de R\$165.461.644,33.

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. De acordo com Brasil, 2006, a alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

A doença, por não apresentar cura, exige tratamento adequado e para a vida inteira, com o objetivo de se obter o controle dos níveis pressóricos e a redução na incidência de complicações cardiovasculares e neurológicas, repercutindo na melhoria da qualidade de vida do portador.

O sucesso no seu tratamento inclui, além da utilização correta do medicamento, a mudança dos hábitos de vida referentes aos fatores citados e apesar das inúmeras evidências relacionando os fatores de risco com o desenvolvimento da doença, a incidência da hipertensão arterial vem aumentando a cada dia, e em faixas etárias cada vez menores.

O controle da doença depende de ações adequadas das instituições e dos profissionais de saúde, bem como da adesão dos pacientes.

Aderir ou cumprir adequadamente o tratamento é muito mais do que apenas utilizar o medicamento prescrito. Implica seguir as demais condutas terapêuticas indicadas. Então é importante que os hipertensos estejam sensibilizados para aderir ao tratamento, já que vários fatores têm sido associados com a adesão ao tratamento, entre eles os psicossociais, relacionados com a pessoa, seu perfil socioeconômico, sua escolaridade e suas crenças (MOREIRA; SANTOS; CAETANO, 2009, p. 990).

Levando em consideração esses fatores, é de fundamental importância à implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias individuais e coletivas de controle da pressão arterial (PA), prevenção de agravos da doença e promoção da saúde, sendo a atenção básica a principal responsável por essas ações.

Segundo Brasil, 2006, os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento.

Devem, assim, trabalhar com de maneira multiprofissional, tendo como objetivo a prática centrada no sujeito, considerando a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais presentes, envolvendo também cuidadores e familiares no desenvolvimento junto à comunidade, através da criação de vínculo, de estratégias que busquem o controle da hipertensão.

Complementa Brasil, 2013, ao afirmar que nos serviços de Atenção Primária um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a HAS e os desafios do controle e prevenção da doença e suas complicações no país são, sobretudo, das equipes desse serviço, existindo dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários.

Como política de saúde no país, o Ministério da Saúde, desenvolveu políticas de saúde objetivando o controle da doença. Dentre elas está o Caderno de Atenção Básica com foco na HAS, que tem como objetivo “organizar a linha de cuidado da hipertensão no país, auxiliar o processo de educação permanente dos profissionais de Saúde da AB e apoiar a construção de protocolos locais que organizem a atenção à pessoa com doença crônica”. (BRASIL, 2013, p. 22)

Considerando que apesar de as linhas de cuidados ainda serem organizadas por doenças, é essencial que a equipe avalie seu paciente integralmente, já que comumente a

HAS está associada a outros fatores de risco/doenças. Nesse contexto, Brasil, 2013, descreve que é importante lembrar que não há necessidade de organizar o cuidado na Atenção Básica também de forma fragmentada, por doenças, sendo fundamental garantir o acesso e o cuidado longitudinal para a pessoa independente de qual problema ela possui.

Para Malta e Merhy, 2010, torna-se necessário repensar o processo saúde-doença, quanto aos seus determinantes e condicionantes, e a intervenção em toda a cadeia de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação, sendo fundamental repensar o modelo de atenção praticado, priorizando os atos cuidadores e a autonomia dos sujeitos.

Com o propósito de vincular os portadores de hipertensão e diabetes, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, foi desenvolvido no ano de 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, dentro das Ações Programáticas do Governo Federal, como instrumento de capacitação dos profissionais da atenção básica.

O enfoque na capacitação para a prevenção da hipertensão arterial demonstra a relevância da doença para a saúde pública do Brasil. Faz-se necessário assim, instrumentalizar e estimular os profissionais envolvidos na atenção básica para que promovam medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular. (BRASIL, 2001)

Prevenção primária abordada como a eliminação de fatores de risco da doença, estimulando a realização de campanhas educativas periódicas, atividades de lazer coletivas, articuladas com as secretarias e Ministério da saúde e incentivo à pesquisa científica relacionada à patologia, envolvendo um conjunto de ações que despertem, na comunidade, a noção de cidadania.

3.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE

A Estratégia Saúde da Família surgiu como uma nova intervenção de saúde junto à atenção básica objetivando a reestruturação do modelo assistencial implantado no País. Segundo Pinheiro e Oliveira, 2011, a ESF promove uma mudança no processo de trabalho do profissional da saúde, por meio de uma nova forma de “intercessão partilhada”, agora estabelecida não só mais entre profissional e usuário, mas também entre o serviço e a família/comunidade, sendo o vínculo fundamental para o estabelecimento da confiança do usuário em relação aos trabalhadores, no sentido desses serem capazes de equacionar os problemas de saúde, e não só isso, capazes de escutar, orientar e auxiliarem outros aspectos do cotidiano da vida, inclusive no apoio ao manejo de obstáculos.

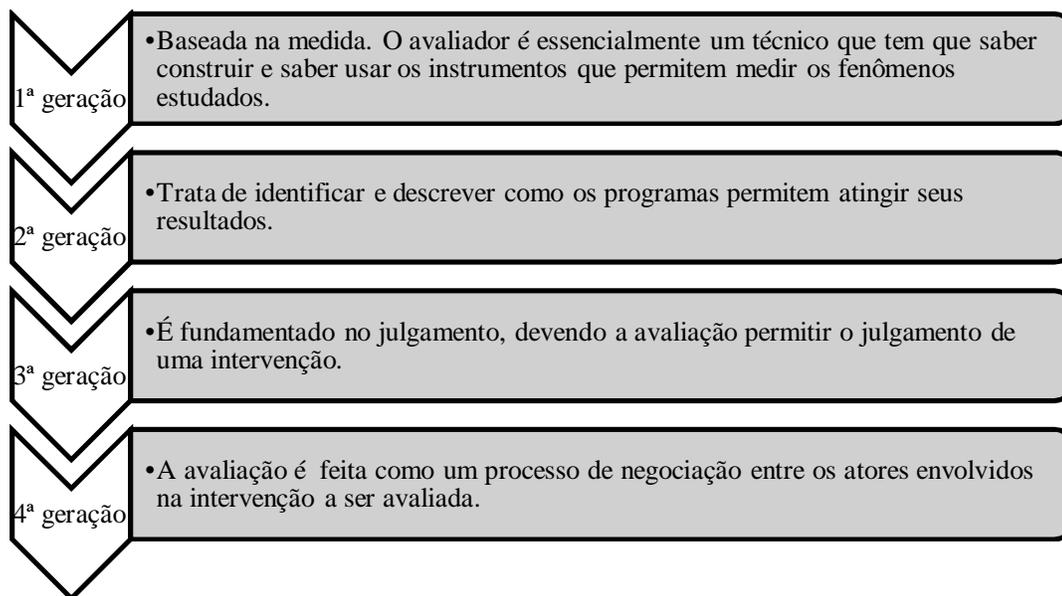
A atenção primária traz consigo possibilidades de efetivar as diretrizes do SUS nas práticas de saúde, proporcionando a integração dos princípios do SUS à realidade da população. Entretanto, para que se tenha um retorno dos benefícios trazidos pelo novo modelo de atenção à saúde, ainda são necessários mecanismos de monitoramento e investigação da qualidade da ESF.

Por causa do caráter muito complexo do sistema de saúde, das grandes zonas de incerteza que existem nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-las, e do desenvolvimento muito rápido das novas tecnologias médicas e das expectativas crescentes da população, Contandriopoulos *et al*, 1997, complementam que a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde é considerável, parecendo ser a avaliação a melhor solução.

Nesse sentido a pesquisa avaliativa surge como estratégia para identificar aspectos positivos e negativos no sistema de saúde, contribuindo para a manutenção dos achados positivos e auxílio na elaboração de sugestões que favoreçam a tomada de decisões e conseqüentemente mudanças para a melhoria do serviço.

Ao referir-se à avaliação, se faz necessário destacar as quatro gerações na história da avaliação descritas por Guba & Lincoln, 1990. Segundo os autores, a passagem de um estágio para outro se faz com o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos, como ilustrado na figura abaixo:

Figura 3: descrição das gerações na história da avaliação



Fonte: Elaborada pela autora. Adaptado de Guba & Lincoln, 1990.

Ao utilizar a avaliação como um processo de identificar e coletar informações sobre o cuidado prestado na APS a fim de permitir a tomada de decisões após a realização do julgamento de valor, para esse estudo foi adotada a concepção de avaliação de segunda geração, com o intuito de descrever as dimensões do objeto avaliado, para posterior determinação do seu valor e da relevância dos resultados.

Ao abordar a qualidade, esse é um fenômeno relativamente recente no contexto dos serviços de saúde. Em nível internacional, a qualidade encontra sua primeira fundamentação na Conferência de Alma Ata da Organização Mundial da Saúde em 1978, quando se recomendou a cooperação entre profissionais e usuários, como parte de uma estratégia mundial para melhorar a saúde (BRASIL, 2002).

No Brasil, pelo processo de crescimento da Estratégia de Saúde da Família, surge a necessidade de processos que avaliem a qualidade da atenção prestada, sendo ela fator constituinte da integralidade do cuidado proposta pelas diretrizes do SUS.

Uma das principais diretrizes atuais do MS é “executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população”. (BRASIL, 2012, p. 7).

Segundo Brasil, 2007, A busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social. A sociedade está exigindo cada vez mais a qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente por órgãos públicos.

A qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS também é apresentada como uma das estratégias da Política Nacional de Humanização, estabelecendo assim humanização como “a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre esses e os usuários na produção de saúde.” (BRASIL, 2004, p. 8)

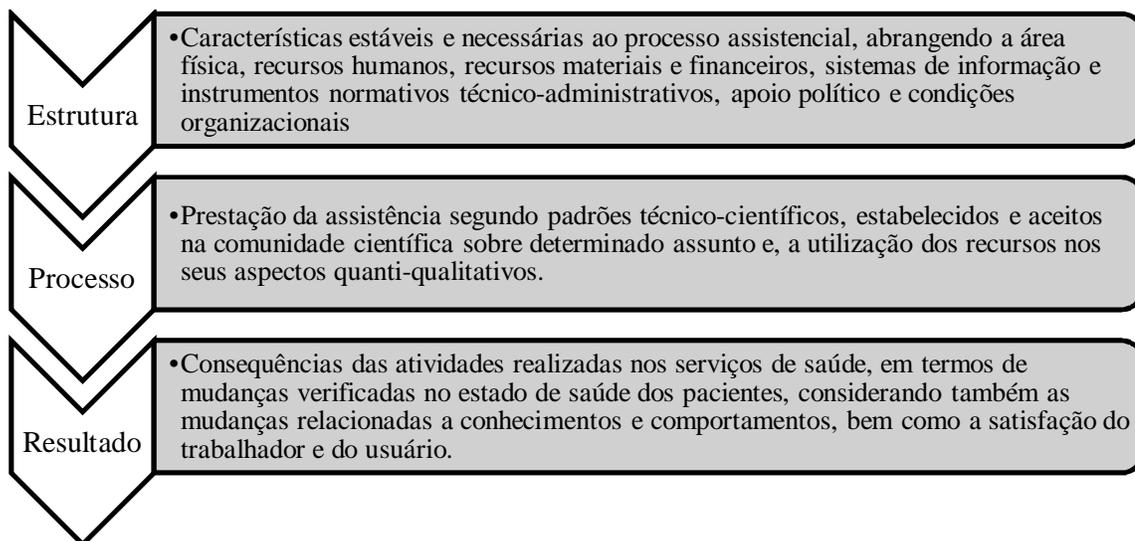
Destaca-se o fato de a qualidade ser multidimensional, pois está associada à subjetividade de quem recebe a assistência prestada, concordando com Bosi, Pontes e Vasconcelos, 2010, que afirmam que diante do acelerado processo de crescimento da ESF, emerge a necessidade da implementação de processos investigativos e avaliativos, em especial sobre a qualidade da atenção no âmbito dessa estratégia, assumindo o termo qualidade distintos significados (de natureza objetiva ou subjetiva), podendo variar de acordo com o interesse de grupos ou atores sociais, em função de seus interesses e posições, bem como da sua relação com o programa ou serviço em questão.

O incentivo às pesquisas de qualidade pode contribuir para a reorganização dos serviços, contribuindo também para o incentivo à participação popular.

Para Donabedian, 1980, a ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que sua característica principal é o estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade. Ao abordar a qualidade, o autor absorveu da teoria dos sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado gerando uma abordagem que se tornou clássica nos estudos de qualidade em saúde.

Baseando-se em Jorge, *et al*, 2007, p. 260, que afirmam que “o controle social, como princípio do SUS, implica a possibilidade de os usuários intervirem nos serviços de saúde, tanto na proposição de políticas e ações quanto na finalização de sua efetivação”, deve-se buscar o incentivo à participação comunitária, em particular na atenção básica à saúde, para que o usuário como corresponsável pela gestão do sistema de saúde, possa avaliá-lo, bom como nele intervir e modificá-lo.

Figura 4- Indicadores de avaliação da qualidade assistencial

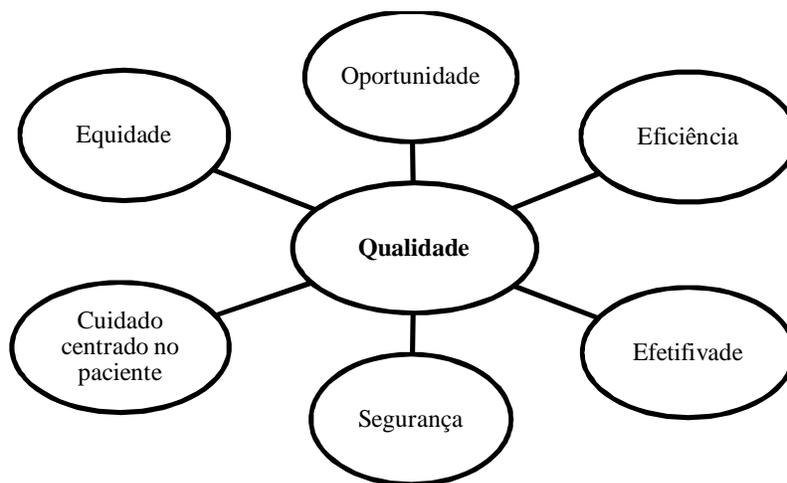


Fonte: Elaborada pela autora. Adaptado de Donabedian, 1980.

Quanto à componente essencial, ao mapeá-la juntamente com o fluxo do atendimento prestado ao usuário hipertenso na rede de atenção primária, buscou-se identificar com que intensidade ela poderá influenciar para a manutenção da qualidade do cuidado.

Destaca-se também o componente resultado, pois ele propõe, de acordo com Donabedian, 1986, 2001b, mudanças, favoráveis ou não, no estado de saúde atual ou potencial das pessoas, grupos ou comunidades que podem ser atribuídos à atenção sanitária prévia ou atual. Nesse sentido, acredita-se que ao buscar estudar os resultados alcançados pela prestação do cuidado em hipertensão, se poderá compreender a satisfação dos usuários com o cuidado recebido, revelando o julgamento desses sobre a qualidade da atenção.

Com a finalidade de aprofundar-se melhor no conceito de qualidade em saúde, Donabedian, 1990, também estabeleceu como sete os atributos dos cuidados de saúde que definem a sua qualidade:

Figura 5- Atributos da qualidade na atenção à saúde

Fonte: Elaborada pela autora. Adaptado de Donabedian, 1990.

Segundo BRASIL, 2013, segurança pode ser definida como evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los; Efetividade como o cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar; Cuidado centrado no paciente como cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes; Oportunidade como a redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado; Eficiência como cuidado sem desperdício, inclusive aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia; e Equidade como qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais.

A fim de dar maior destaque à qualidade do atendimento na atenção primária, a OMS lançou, em 1989, o programa de promoção da avaliação da qualidade da atenção primária, com o objetivo de sensibilizar gestores, administradores e profissionais da saúde e desenvolver métodos e competências apropriadas.

Quanto ao Brasil, em 2007 o MS divulgou os resultados do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 2004-2006 cujo objetivo foi “avaliar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde nas dimensões de estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde” (BRASIL, 2007, p. 13), sendo constituído por quatro eixos avaliativos:

- 
1. Roteiro de Padrões de Conformidade;
 2. Indicadores;
 3. Pesquisa de Satisfação dos Usuários;
 4. Pesquisa das Relações e Condições de Trabalho.

Tais eixos que possibilitaram uma visão mais abrangente da realidade dos serviços de saúde, contemplando as diversas realidades da saúde brasileira.

Após o desenvolvimento do Programa, que passou por várias fases distintas, desde a elaboração dos instrumentos avaliativos, sua validação, capacitação das equipes, aplicação e análise, considerou-se que foram avaliados os serviços de saúde do SUS em suas diferentes dimensões, alcançando uma abrangência adequada, fomentando uma cultura avaliativa dos gestores e dos estabelecimentos de saúde, trazendo subsídios importantes para a gestão do SUS, difundindo padrões de conformidade, incorporando indicadores, aferindo a percepção dos usuários e trabalhadores sobre a qualidade dos serviços e identificando pontos de melhoria. (BRASIL, 2007)

No que diz respeito especialmente DCNT, onde a HAS está inclusa, a relevância das condições crônicas como “necessidades em saúde” levou à publicação da Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Dentro do contexto da importância e utilidade das pesquisas de avaliação, se destaca um de seus objetivos o qual propõe fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

Atualmente no país, também se destaca o Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde lançado pelo MS (BRASIL, 2011), lançado com a finalidade de avaliar o desempenho dos sistemas de serviços de saúde componentes do SUS, visando encontrar a qualidade pregressa recente e, ao mesmo tempo, subsidiar os gestores municipal, estadual e federal a imprimir em mais qualidade a esses sistemas, para que estes possam ter como macro objetivo a defesa e a melhoria da qualidade de vida das pessoas. É importante ressaltar que esse programa busca considerar a importância de serem investigados os aspectos do acesso às ações e serviços, em todos os níveis da atenção, assim

como a satisfação dos usuários, sendo o controle da hipertensão arterial um dos indicadores ser estudados pelo programa.

Junto a ele surge o PMAQ, lançado pelo MS em 2012, instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. O programa, que está em andamento, explicita a importância da investigação da qualidade para a saúde brasileira, traz como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. (BRASIL, 2012)

O PMAQ surge como integrante de um contexto no qual o governo federal se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS.

O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS. (BRASIL, 2012, p. 8-9)

Com esses programas, percebe-se o surgimento de um novo paradigma da saúde brasileira, o interesse em ampliar o impacto da atenção básica sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de melhoria da qualidade dos serviços e ações.

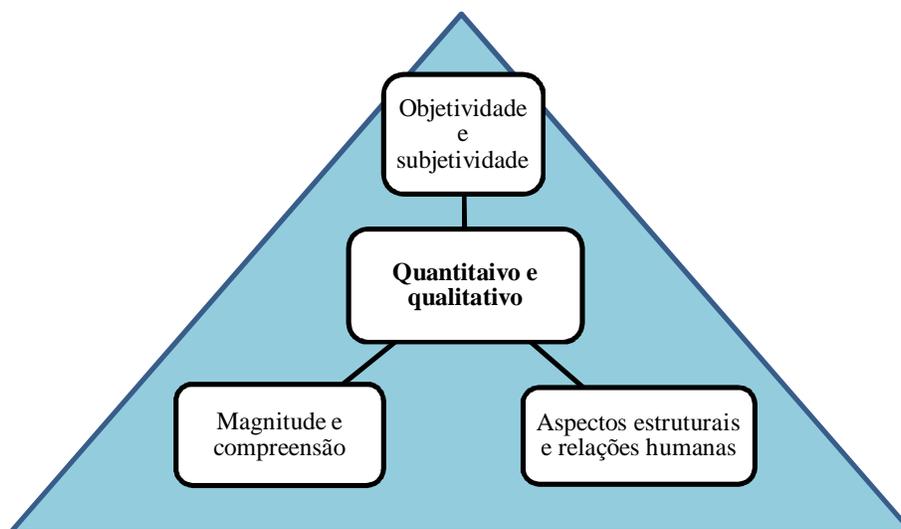
4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de avaliação normativa na qual foram combinadas as abordagens quantitativa e qualitativa, através da Triangulação de Métodos proposta por Minayo, 2005. A autora descreve avaliação como técnica ou estratégia investigativa, sendo essa um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. Ainda segundo a autora, esse tipo de pesquisa visa reduzir incertezas, melhorar a efetividade das ações e propiciar a tomada de decisões relevantes, pretendendo a triangulação de métodos, ir além das duas formas de abordagem mais comuns, a positivista e a compreensiva.

O conceito *triangulação* foi originado a partir da teoria do interacionismo simbólico de Denzin (1979), significando a combinação e o cruzamento de diferentes pontos de vista, com uma variedade de técnicas de coleta de dados, permitindo assim, a interação crítica intersubjetiva. Complementa Minayo, 2005, ao acrescentar que assim, torna-se possível exercer uma superação dialética sobre o objetivismo puro, em função da riqueza de conhecimento que pode ser agregada com a valorização do significado e da intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais.

Figura 6- Elementos a partir da utilização da avaliação por triangulação de métodos



Fonte: Elaborada pela autora a partir de Minayo, 2005.

A escolha dessa abordagem se deu como possibilidade de perceber e compreender a prática assistencial da atenção primária em saúde de maneira integral no que diz respeito à qualidade do cuidado prestado ao usuário hipertenso, utilizando-se de diversas técnicas de coleta de dados junto a participantes de categorias diversas com seus diferentes olhares e reflexões. Tornou-se possível, por meio desta opção, compreender as relações entre estrutura da unidade, processo de trabalho profissional e suas relações com a comunidade no contexto social em que estão inseridos, e os resultados alcançados junto aos sujeitos que buscam o serviço de saúde, proporcionando qualidade da atenção e satisfação do usuário.

De acordo com Minayo, 2005, avaliar por triangulação depende de duas condições: de uma equipe formada por profissionais de várias áreas que desejam trabalhar cooperativamente, para que se possam aprofundar as reflexões sobre o objeto de estudo e compreendê-lo em suas múltiplas dimensões, e da competência disciplinar de cada componente do grupo, para que se possa aprofundar teórica e metodologicamente o conhecimento do objeto. Para isso, participaram deste estudo, gestores da unidade de saúde, assim como trabalhadores da saúde de diferentes áreas de conhecimento e usuários da unidade como forma de captar diversos pontos de vista que possam se complementar para a discussão do objeto de estudo, seguindo os passos práticos da avaliação por triangulação de métodos:

Quadro 1- Descrição das etapas de desenvolvimento do estudo

Passos	Descrição
Passo 1	Formulação do objeto e das perguntas norteadoras, em concordância com os participantes, discutindo os conceitos principais a serem trabalhados. Determinação dos objetivos gerais, específico e cronograma.
Passo 2	Determinação dos indicadores qualidade da assistência e satisfação do usuário.
Passo 3	Definição das fontes de informação, sendo considerados como fonte os próprios participantes, além de leitura de bibliografias de documentos do SUS e de autores como fonte para a elaboração dos marcos teóricos.
Passo 4	Definição e elaboração dos instrumentos de coleta de dados: roteiros de observação, de entrevistas e grupos focais e questionários.
Passo 5	Coleta de dados
Passo 6	Análise das informações obtidas a partir da coleta, com a ordenação dos dados, classificação e análise propriamente dita dos dados quantitativos e qualitativos.
Passo 7	Elaboração do trabalho final contendo os resultados da investigação.
Passo 8	Comunicação dos resultados aos atores participantes.

Fonte: Elaborado pela autora. Baseado em Minayo, 2005.

Para a realização desse estudo, foram desenvolvidos os passos de 1 a 7. O desenvolvimento do passo 8 proposto pela autora ocorrerá em um momento posterior, após a apresentação do relatório final à banca avaliadora para aprofundamento e discussão do tema.

4.2 O CONTEXTO DA PESQUISA

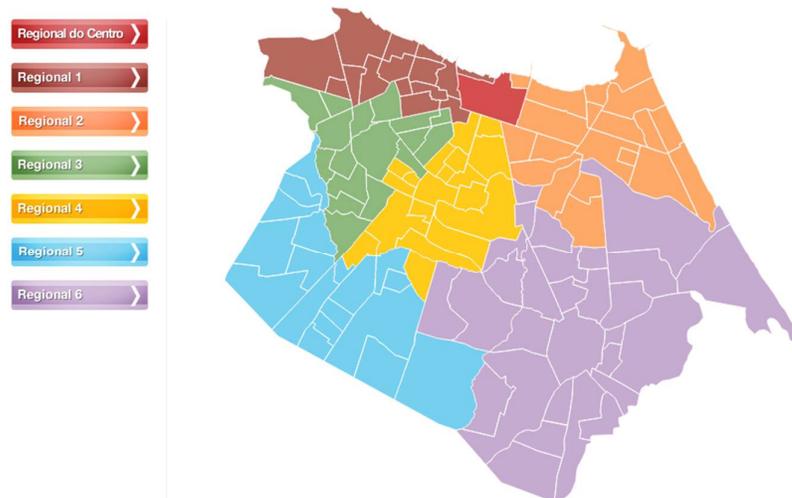
A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) da Secretaria Regional (SR) IV da cidade de Fortaleza-CE. A unidade é referência no atendimento especializado, com 20 consultórios de atendimento, sendo a maior UAPS da SR e referência que possui no atendimento primário na regional, atuando como um suporte para os alunos dos cursos de saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sendo essa principal justificativa da escolha da unidade para a execução da pesquisa.

De acordo com dados do IBGE em 2010, Fortaleza é a cidade mais populosa do Ceará e a quinta maior cidade do país, com população estimada em 2014 de 2.571.896 habitantes, sendo a capital de maior densidade demográfica - 7.786,44hab/km². A Região Metropolitana de Fortaleza possui 3.435.456 habitantes e é composta por 13 municípios: Aquiraz, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Guaiuba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba e São Gonçalo do Amarante.

De acordo com o Relatório de Gestão de 2007 (FORTALEZA, 2007), o município de Fortaleza está dividido administrativamente em sete SRs, que possuem um papel executivo das políticas setoriais, que de forma articulada definem suas prioridades, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional e prestam os serviços articulados em uma rede de proteção social. (Figura 07).

No sentido de instituir uma administração descentralizada, cada SR dispõe de um Distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infraestrutura. Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada pelas sete SR, pelos seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (FORTALEZA, 2007).

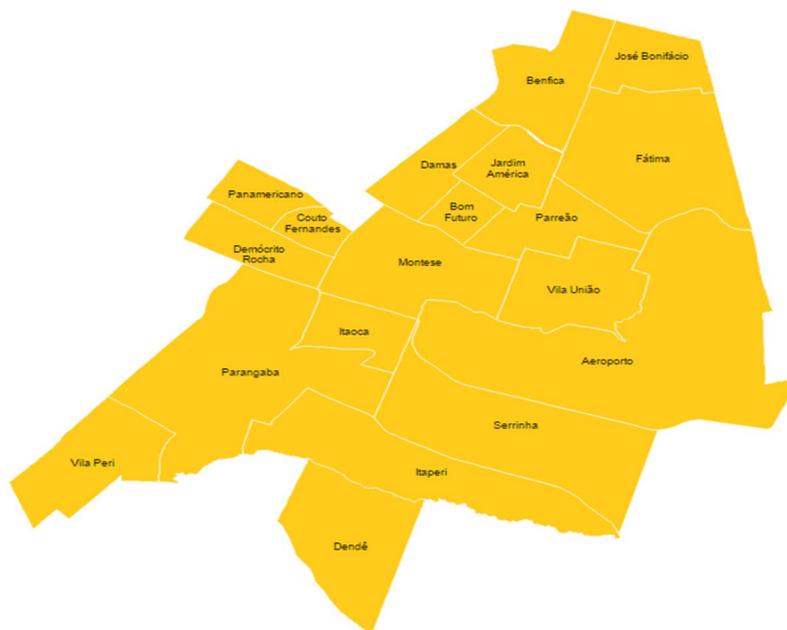
Figura 7 – Divisão da cidade de Fortaleza em Secretarias Regionais



Fonte: Prefeitura Municipal de Fortaleza. Disponível em <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais>>

A Secretaria Regional IV foi inaugurada em 25 de abril de 1997. Com área territorial de 34.272 km² e população de cerca de 305 mil habitantes, abrange 19 bairros e seu perfil socioeconômico é caracterizado por serviços. Sua rede de saúde é formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Atendimento à Criança (CROA).

Figura 8- Mapa da SR IV da cidade de Fortaleza



Fonte: Prefeitura Municipal de Fortaleza. Disponível em <http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-IV>

4.3 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com coleta de dados junto gestores da unidade, trabalhadores de saúde, e com usuários em situação de HAS atendidos na referida unidade, divididos em três grupos conforme as categorias as quais pertencerem, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo, conforme demonstrado no Quadro 02.

Quadro 2- Participantes do estudo

Participantes	Grupo	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	População	Amostra
Gestores	A	Atuar diretamente na gestão da UAPS	Estar ausente do serviço por férias, licença ou afastamento	3	3
Trabalhadores de saúde	B	Assistir diretamente usuários hipertensos há mais de 6 (seis) meses	Estar ausente do serviço por férias, licença ou afastamento	80*	27
Usuários	C	Em tratamento da HAS	Crianças, adolescentes e pessoas especiais.	150**	6
Total	-	-	-	-	36

Fonte: Elaborado pela autora.

*número cedido pela coordenação da UAPS.

** número de consultas mensais do programa de atendimento a hipertensos/diabéticos. Segundo a coordenação da UAPS, não há um número aproximado de hipertensos cadastrados, pois a unidade está em processo de recadastramento de usuários.

Quanto ao grupo A, participaram todos os envolvidos na gestão da UAPS. Compuseram esse grupo coordenador, vice coordenador e auxiliar administrativo.

No que diz respeito ao grupo B, a amostra foi selecionada por conveniência de acordo com a disponibilidade dos trabalhadores em participarem do estudo até que se obtivesse a saturação dos dados coletados, a qual ocorreu com a quantidade de participantes demonstrada no quadro acima.

Especialmente, com relação a esse grupo, optou-se por incluir a variedade de trabalhadores de saúde por concordar com Franco e Merhy, 2013, que afirmam que os saberes múltiplos na produção do cuidado só se concretizam se houver processo de trabalho multiprofissional, e dentre seus participantes estão: médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, técnicos em saúde bucal, técnicos de laboratório, agentes comunitários de saúde e recepcionistas.

Ao abordar o grupo C, a amostra foi selecionada também por conveniência de maneira a compor um grupo focal. A não execução de outros grupos focais se deu pela falta de interesse em participar da pesquisa por parte de alguns usuários, desencadeada pela limitação existente na dinâmica de atendimento da unidade que não propicia a execução de grupos (descrita posteriormente nos resultados do estudo).

4.4 COLETA DE DADOS

Anteriormente ao início da coleta de dados, houve uma aproximação do campo e conversas informais com gestores, trabalhadores de saúde e usuários do serviço sobre os objetivos da pesquisa, considerando a opinião dos participantes fundamental para o desenvolvimento do objeto de pesquisa e elaboração dos instrumentos de campo, cumprindo-se assim, as etapas iniciais da triangulação de métodos adotada para o desenvolvimento do estudo.

Após a aprovação (aspectos éticos e legais adiante) a coleta de dados teve início, se estendendo entre os meses de junho e outubro de 2015 e utilizando-se das técnicas de observação sistemática, questionários, entrevistas e grupos focais, a fim de responder conjuntamente ao objetivo geral e individualmente aos objetivos específicos do estudo, como descrito no quadro abaixo:

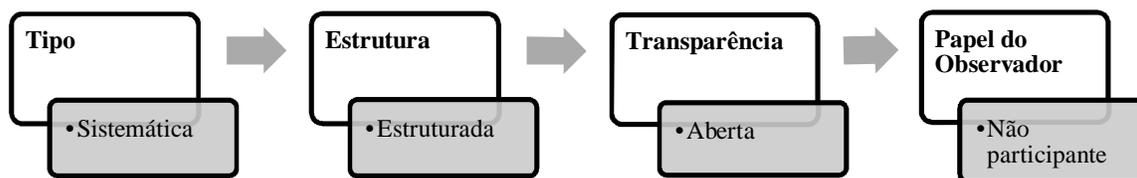
Quadro 3- Relações entre as técnicas de coleta de dados e os objetivos do estudo

Técnica de coleta	Objetivo específico
Observação sistemática	- Mapear a estrutura e o fluxo do atendimento prestado ao usuário hipertenso na rede de atenção primária.
Questionário	- Aprender as opiniões e experiências de gestores e trabalhadores de saúde na rede de atenção primária.
Entrevista semiestruturada	- Aprender as opiniões e experiências de gestores e trabalhadores de saúde na rede de atenção primária. - Analisar a atenção de saúde em situações de hipertensão arterial desenvolvida por gestores, trabalhadores e usuários na APS.
Grupo focal	- Debater a satisfação dos usuários com a assistência recebida na unidade de saúde. - Analisar a atenção de saúde em situações de hipertensão arterial desenvolvida por gestores, trabalhadores e usuários na APS.

Fonte: Elaborado pela autora.

No primeiro momento da pesquisa, foi iniciada somente a observação sistemática de campo, a partir de um roteiro de construção própria (APÊNDICE C) e de um diário de campo, a fim de reconhecer a unidade e compreender a realidade de atendimento do usuário hipertenso, para posteriormente serem utilizadas as demais técnicas de coleta. A observação foi mantida em todo o período de coleta de dados visando a complementariedade dos demais instrumentos e se deu de acordo com as características descritas pela figura abaixo:

Figura 9 – Descrição da forma de observação utilizada no estudo



Fonte: Elaborada pela autora.

Segundo Trivinos, 1987, a observação sistemática é uma maneira de compreender a realidade de forma complementar a análise obtida a partir da entrevista, pois permite captar uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações.

Todos os participantes foram informados previamente sobre os objetivos, justificativa e a relevância do estudo, e após, convidados a assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B) garantido a opção de participar ou não da pesquisa, o anonimato e a opção de desistência a qualquer momento.

Junto aos gestores e trabalhadores foram aplicados questionários (APÊNDICES D e E respectivamente) e entrevistas semiestruturadas cujo roteiro está disponível no APÊNDICE F, a fim de apreender suas opiniões a respeito da assistência prestada aos portadores de hipertensão arterial na atenção primária.

Segundo Maconi e Lakatos, 1999, o questionário é um instrumento desenvolvido cientificamente, composto de um conjunto de perguntas ordenadas de acordo com um critério predeterminado, que deve ser respondido sem a presença do entrevistador e que tem por objetivo coletar dados de um grupo de respondentes.

Optou-se pelo questionário como forma de participação mais rápida dos trabalhadores, a fim de conseguir maior colaboração para a execução da pesquisa, já que esses, por muitas vezes, alegaram falta de tempo para colaborarem com pesquisas dentro da unidade de saúde.

O questionário utilizado no estudo foi construído pela autora utilizando-se a escala de verificação desenvolvida por *Rensis Likert* para mensurar atitudes no contexto das ciências comportamentais. Foi composto por um conjunto de afirmações relacionadas aos objetivos do estudo, para as quais os respondentes emitiram seu grau de concordância variando de discordância total até a concordância total. Costa, 2011 acrescenta que a grande vantagem da escala de *Likert* é sua facilidade de manuseio, pois é fácil para um participante emitir um grau de concordância sobre uma afirmação qualquer.

Responderam aos questionários os gestores e todos os trabalhadores da unidade de saúde que concordaram em participar da pesquisa até que se obtivesse a população mínima considerável para a análise quantitativa dos dados ($n \geq 30$, 3 gestores e 27 trabalhadores) e que todos os gestores e pelo menos um trabalhador de cada categoria profissional existente na unidade participasse para que os diversos olhares profissionais fossem considerados.

Com relação à entrevista semiestruturada, optou-se por acreditar que esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre, não ficando as respostas condicionadas a uma padronização de alternativas. Para Manzini 1990/1991, a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual é confeccionado um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista.

Responderam às entrevistas os gestores e os trabalhadores de saúde que concordaram em colaborar através dessa técnica de coleta. Participaram somente através do questionário os que não tiveram disponibilidade para responder à entrevista.

Com os usuários selecionados, foi realizado um grupo focal, que segundo Powell e Single, 1996, p. 449, “é um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal”. Os usuários foram convidados para o grupo (convite disponível no APÊNDICE G), responderam a um formulário de caracterização sociodemográfica e do adoecimento (APÊNDICE H), e o seu temário, disponível no APÊNDICE I, compreendeu questões acerca do entendimento de qualidade da atenção, englobando os aspectos positivos e negativos da atenção recebida na unidade de saúde.

Complementa Gatti, 2005, ao afirmar que emergem das discussões a partir de um grupo focal ideias, opiniões, modos de ver, atitudes, valores, que são evidenciados e

processados num coletivo, mostrando mudanças, influências recíprocas, acordos e desacordos, que se produzem e alteram ao longo da dinâmica do trabalho.

As entrevistas e o grupo focal foram gravados com autorização dos participantes e armazenados em arquivos de áudio, transcritos e armazenados em PDF. Ambos foram arquivados, sendo preservado o anonimato dos sujeitos. Ressalta-se que após a gravação, todos os arquivos estiveram à disposição dos entrevistados, para que esses, caso desejassem, pudessem modificar ou acrescentar questões relativas às entrevistas e aos grupos focais.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos obtidos a partir da observação sistemática foram transcritos e armazenados em quadros conforme APÊNDICE C, enquanto os dados qualitativos foram registrados em um diário de campo. Ambos foram de fundamental importância para o entendimento do funcionamento da unidade de saúde.

Os dados quantitativos obtidos a partir dos questionários foram tabulados e organizados utilizando o *Software IBM- Statistical Package for Social Sciences (IBM-SPSS®)* versão 22.0. Para a análise quantitativa dos dados, foi utilizado o cálculo do Ranking Médio (RM), proposto por Oliveira, 2005, a fim de analisar os itens da escala de *Likert*.

Nesse modelo atribuiu-se um valor de 1 a 5 para cada resposta a partir da qual é calculada a média ponderada para cada item, baseando-se na frequência das respostas. Realizou-se a verificação quanto à concordância ou discordância das afirmativas avaliadas, através da obtenção do RM da pontuação atribuída às respostas, relacionando à frequência das respostas dos respondentes. Os valores menores que 3 foram considerados como discordantes, maiores que 3, como concordantes, e o valor exatamente 3 foi considerado “indiferente”. Quanto mais próximo de 5 esteve o RM, melhor foi a visão dos participantes sobre a atenção prestada ao hipertenso dentro da unidade de saúde e quanto mais próximo de 1, pior. Assim, o RM foi obtido da seguinte maneira:

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Ranking Médio (RM)} = \text{Média Ponderada (MP)} \\ \text{Ranking Médio (RM)} = \Sigma (f \times V) / (n) \end{array} \right.$$

Onde:

f = frequência observada de cada resposta para cada item V = valor de cada resposta n = número de participantes

Os dados obtidos através das entrevistas e dos grupos focais foram analisados qualitativamente seguindo as recomendações de Triviños, 1987, nas quais a pesquisa pode ser desenvolvida num enfoque dialético, se preocupando com as contradições dos fenômenos, considerando que eles devem ser entendidos nas suas determinações e transformações dadas pelo sujeito. Portanto as falas obtidas através das entrevistas foram

categorizadas e confrontadas a fim de se analisar a qualidade da produção do cuidado em situações de hipertensão arterial desenvolvida por gestores, trabalhadores e usuários na APS.

Ainda seguindo o proposto pelo autor, para a análise qualitativa, utilizando-se da entrevista semiestruturada como técnica de coleta e dados, não se estabeleceu clara separação entre a coleta de informações e a sua interpretação, favorecendo a flexibilidade da análise dos dados, permitindo a passagem entre informações que são reunidas e que, em seguida, são interpretadas para o levantamento de novas hipóteses.

A partir das falas, foi construída a categoria empírica “O fluxo de atendimento como fator contribuinte para o desenvolvimento de acolhimento, vínculo e de cuidado qualificado na APS em hipertensão arterial” e as seguintes categorias analíticas “O empoderamento do usuário portador de hipertensão para a qualificação do cuidado”, “A satisfação do usuário associada à ‘medicamentação’ do cuidado” e “A equipe multiprofissional como provedora de um cuidado qualificado em hipertensão”.

No que diz respeito à triangulação de métodos, Minayo, 2005, afirma que em um primeiro momento analítico se realiza uma valorização fenomênica e técnica dos dados primários (quantitativos e qualitativos) para então, triangulá-los. Após a elaboração das categorias, tais recomendações foram seguidas para a análise de dados desse estudo a fim de inter-relacionar os dados coletados para o desenvolvimento a análise categorial.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Após a aprovação pela banca examinadora, o projeto foi submetido primeiramente à anuência da Secretaria de Saúde de Fortaleza (ANEXO A), e posteriormente à Plataforma Brasil, obtendo aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob o parecer nº 1.068.382 (ANEXO B).

Após aprovado, o projeto de pesquisa foi encaminhado à SR IV para conhecimento sobre a execução da pesquisa (ANEXO C) e ao coordenador da unidade de saúde. Somente após, foi iniciada a coleta dos dados.

Foram seguidos os preceitos éticos e legais da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que incorpora quatro princípios básicos: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, assegurando os direitos e deveres à comunidade científica, participantes da pesquisa e Estado. (BRASIL, 2012).

A fim de preservar o anonimato dos participantes na exposição das falas das entrevistas, os participantes foram identificados de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 4- Identificação dos participantes entrevistados

Grupo	Participantes
A (gestores)	G1 a G3 (distribuídos de acordo com a ordem de entrevista)
B (trabalhadores)	T1 a T13 (distribuídos de acordo com a ordem de entrevista)
C (usuários)	C1 a C6 (distribuídos aleatoriamente conforme suas falas no grupo focal)

Fonte: Elaborada pela autora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 MAPEAMENTO DA ESTRUTURA E DO FLUXO DE ATENDIMENTO PRESTADO AO USUÁRIO HIPERTENSO NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.

5.1.1 A estrutura da unidade de saúde

Os achados foram descritos baseando-se em desafios que o PMAQ pretende enfrentar para a qualificação da atenção primária, tais como precariedade da unidade de saúde de saúde, ambiência, coordenação da atenção primária na RAS, condições de trabalho e rotatividade da equipe multiprofissional, existência de vínculo, acolhimento e acesso, integralidade e resolutividade das práticas, e também através do acompanhamento das atividades dos gestores e trabalhadores, e conversas informais com os usuários.

Observou-se que a UAPS possui seis equipes da Estratégia Saúde da Família, uma equipe do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) com assistente social e farmacêutico. Conta ainda com equipes complementares de pediatras, neuropediatras, ortopedistas, fisioterapeutas e nutricionistas que são vinculadas às universidades que mantém vínculo com a UAPS (para esse estudo, esses profissionais não foram considerados pois não mantém vínculo com a unidade de saúde).

O atendimento ao usuário hipertenso é realizado regularmente pelas equipes de saúde da família que constituem a unidade. Cada uma delas possui uma quantidade específica de horas semanais destinadas ao atendimento do hipertenso dentro do programa de hipertensão e destinadas ao atendimento do hipertenso no serviço de demanda espontânea (descritos posteriormente), variando conforme a categoria profissional.

Trata-se de uma UAPS localizada em rua de fácil acesso, próxima a escolas, Cento de Atendimento Psicossocial (CAPS) e Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA), com rede de transporte público disponível.

Durante toda a execução da pesquisa, especialmente durante o período de observação sistemática, percebeu-se uma unidade de saúde estruturalmente segura, limpa, reformada composta por recepção com local apropriado para acolhimento, salas de espera com televisão, sanitários disponíveis à população, salas de verificação de PA, laboratório para a coleta de exames, consultórios climatizados, consultório odontológico e sala de suporte para emergência hipertensiva (estabilização e transferência do paciente).

Foi constatado que a UAPS apresenta sistema de atendimento ao usuário informatizado, entretanto durante a execução da pesquisa, observou-se que em alguns momentos o sistema não pode ser acessado, comprometendo o funcionamento da unidade. Observou-se também que o sistema de filas de espera para exames e encaminhamento para serviços especializados foi comprometido pela informatização, pois não há possibilidade de cadastrar usuários que aguardam esse tipo de serviço e informá-los caso haja surgimento de vagas. Dessa maneira, os usuários que esperam por serviços existentes fora da unidade saúde têm que procurar diariamente a unidade para informar-se sobre a existência de vagas.

Verificou-se, a partir disso, que os usuários encaminhados, possuem dificuldade em conseguir vagas para atendimento fora da unidade devido à alta demanda, comprometendo, também, o processo de refoneciamento e contrarreferenciamento dos usuários pelas redes de atenção à saúde.

A UAPS possui farmácia para distribuição de medicamentos disponíveis ao hipertenso, mas durante a execução da pesquisa apresentou estoque reduzido de medicamentos anti-hipertensivos, sendo um dos maiores motivos observados de insatisfação dos trabalhadores e usuários.

O déficit de medicamentos foi um relevante agravador observado para o aumento da procura pelo serviço de atendimento à demanda espontânea (DESP). Devido ao programa Farmácia Popular, os usuários têm acesso à medicação anti-hipertensiva gratuitamente em farmácias convencionais, quando essa não está disponível na unidade de saúde. Para isso, apenas a receita médica é válida. Percebeu-se, nesse contexto, que os usuários não estão aderindo aos programas de controle da hipertensão propostos pelas equipes de saúde, pois as consultas com os médicos das equipes são marcadas para datas muito posteriores à necessidade de atendimento (acarretada pela redução de carga horária profissional das equipes a ser descrita posteriormente) e as consultas de enfermagem disponibilizam a receita para a retirada de medicamentos apenas na unidade, não sendo válida para as farmácias convencionais. Assim, a observação demonstrou que a procura dos usuários no serviço vem se concentrando no serviço de DESP, pois nele se tem a oportunidade de consulta médica rápida e aquisição da receita medicamentosa.

Esse fato revelou uma intensa “medicamentalização” da ESF, sendo observada que a busca por consultas vem sendo associada apenas a possibilidade de recebimento de medicação, o que vai de encontro às atividades de educação em saúde, promoção de saúde e prevenção de agravos propostas pela atenção primária.

5.1.2 Fluxo de atendimento do usuário hipertenso dentro da unidade de saúde: acesso, vínculo e acolhimento.

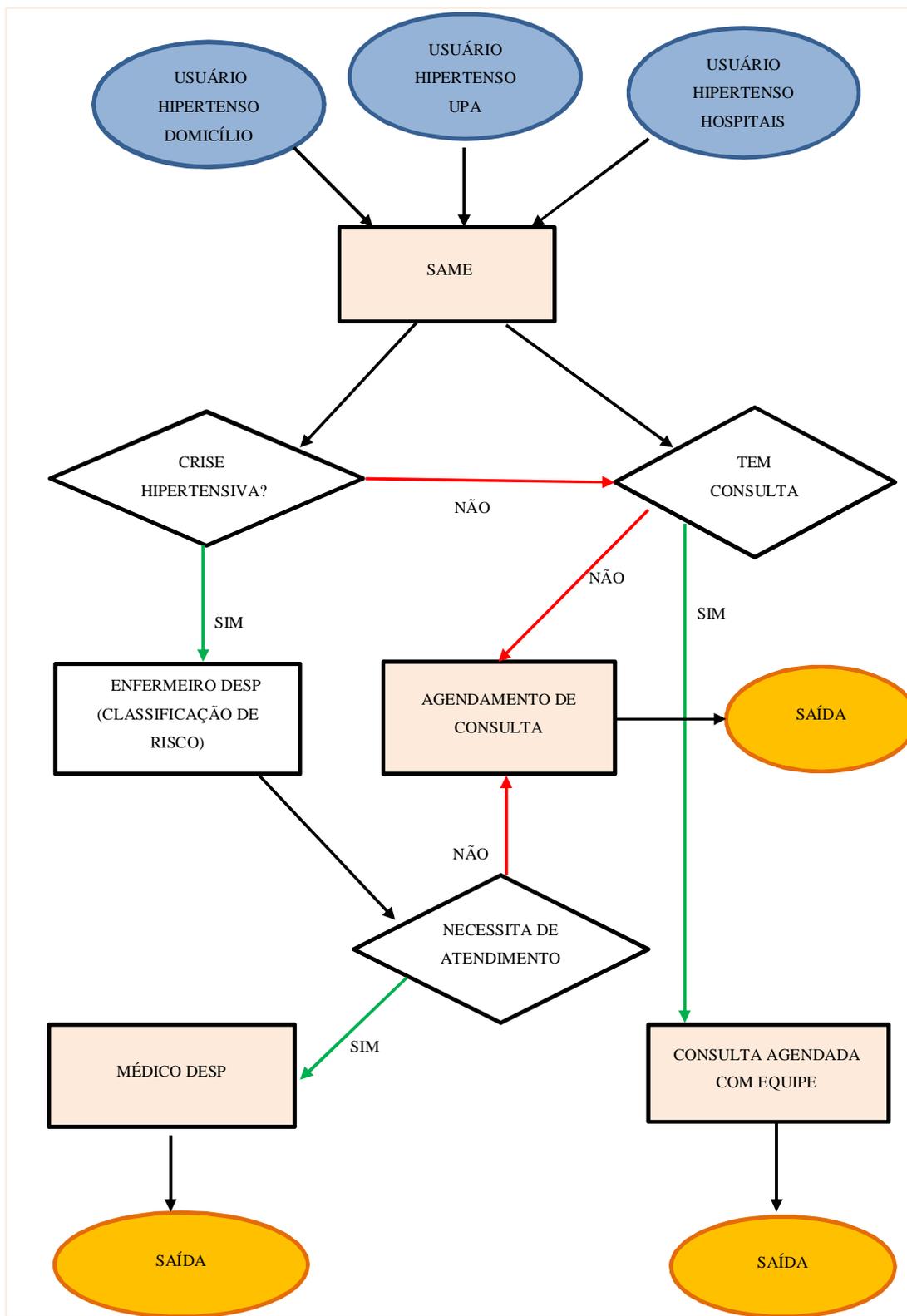
Segundo Brasil, 2012, p. 13, a atenção primária surge como “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral”, devendo ela impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Para tanto esse nível e atenção deve ser o primeiro contato e a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde.

No caso da UAPS estudada, constatou-se que os usuários hipertensos provêm principalmente do domicílio, da UPA, localizada ao lado da unidade, ou dos hospitais, e têm acesso as consultas de demanda espontânea e à marcação de consultas com suas equipes, o que condiz parcialmente com o indicado pelo PMAQ. Ao receber usuários diretamente do domicílio e prover livre acesso, a atenção primária cumpre seu papel de porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Entretanto, se percebeu que usuários que não pertencem ao território de abrangência da UAPS também procuram a unidade após não serem atendidos nos serviços de emergência próximos, comprometendo o processo de territorialização. Nesse sentido, acredita-se que sem a compreensão de usuário inserido em um contexto social de seu território, não se pode produzir atenção integral.

Os usuários que chegam buscando a marcação de consultas com suas equipes são atendidos no SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) e aguardam a data da consulta. Aqueles que buscam o serviço de demanda espontânea (DESP) são classificados por um enfermeiro capacitado e encaminhados à consulta médica caso necessitem de atendimento de urgência. Caso não, os usuários retornam ao SAME para agendamento de consulta e seguem o fluxo de atendimento descrito acima.

Utilizou-se para a representação gráfica do fluxo percorrido pelo usuário dentro da UAPS, a denominação de fluxograma descritor proposta por Franco e Merhy, 2013, o qual busca perceber os aspectos da micropolítica e da organização do trabalho e da produção de serviços.

Figura 10- Fluxograma descritor do atendimento do usuário hipertenso na UAPS

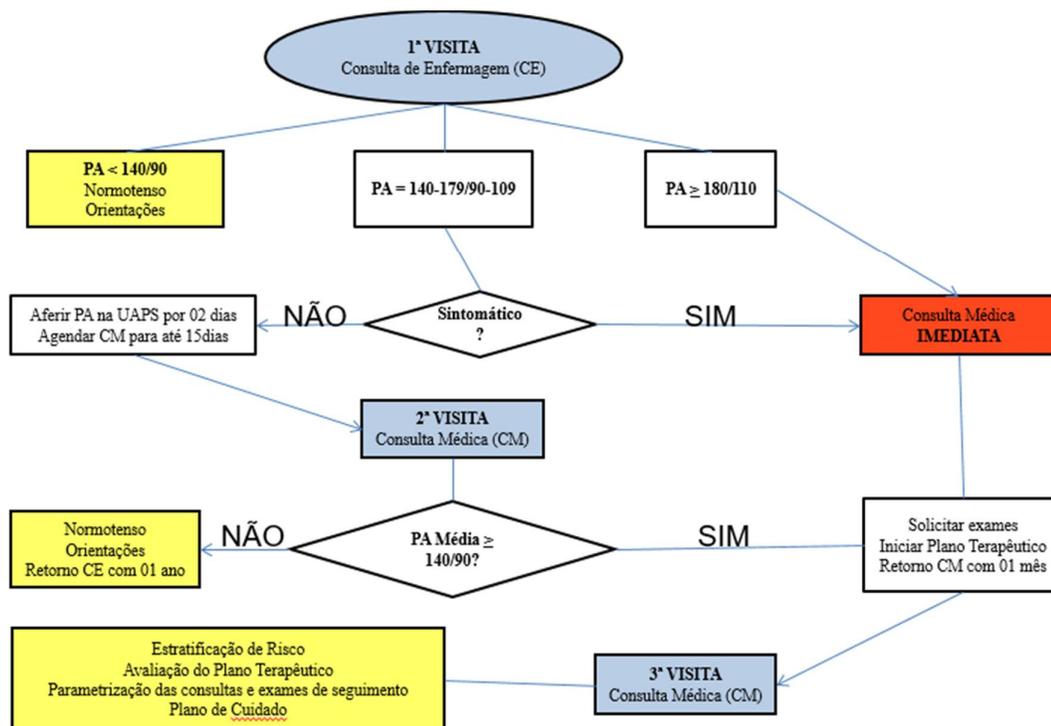


Fonte: Elaborado pela autora. Baseado em Franco e Merhy , 2013.

Quanto ao acolhimento, foi constatado que apesar de o livre acesso proporcionar atendimento a usuários de outros territórios, faz-se presente a função da atenção primária de acolher seus usuários, estabelecendo mecanismos que assegurem “que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes” (BRASIL, 2012, p. 14).

No que diz respeito a organização do atendimento do portador de hipertensão, após esse ser acolhido na UAPS, vem sendo inserido, a fim de definir qual o tempo de retorno às consultas médica e de enfermagem e quantas consultas serão realizadas ao ano, estão sendo implantados municipalmente os sistemas de classificação de risco para diagnóstico de HAS. A imagem a seguir demonstra o fluxograma da classificação de risco do usuário com HAS adotada atualmente na unidade:

Figura 11- Fluxograma de classificação de risco do hipertenso utilizado na UAPS



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde da Fortaleza, 2015.

A partir dos fluxogramas, se percebeu que a atenção de saúde prestada ao hipertenso está estruturada, entretanto foi observado que o serviço de DESP vem se desenvolvendo na unidade como atendimento de emergência que vem sendo priorizado pelos usuários em substituição às consultas com a equipe pela existência de atendimento imediato, comprometendo a instituição do vínculo proposta pelo PMAQ, sendo esse

fundamental para a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, desenvolvendo a gestão do cuidado dos usuários pelas equipes e permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construindo ao longo do tempo um grande potencial terapêutico.

5.1.3 Composição e trabalho da equipe multiprofissional

Atestou-se que a unidade é composta por seis equipes de saúde da família, compostas por médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde (ACS). Técnicos de enfermagem não pertencem à uma equipe, atendendo os usuários em salas de curativos, pequenos procedimentos (verificação de PA, glicemia capilar, peso e altura) e sala de vacinas. A existência do Núcleo de Atendimento à saúde a Família (NASF) está reduzida à atuação de uma assistente social e uma farmacêutica. Existem dois consultórios odontológicos à disposição dos usuários, sendo um deles um Centro Especializado de Odontologia (CEO). Praticamente todas as equipes estão completas, exceto por uma equipe com déficit de dois agentes comunitários de saúde.

A carga horária de médicos e enfermeiros também é destinada ao serviço de DESP, sendo esse atendimento composto pelos mesmos profissionais das equipes que revezam os horários em uma escala. Esses profissionais dedicam 30h semanais aos atendimentos dentro de suas equipes e 10h semanais ao atendimento de DESP. Tal fato acarreta o surgimento de um longo período de espera para atendimento do hipertenso dentro de sua equipe de saúde da família, pois os profissionais só estão disponíveis para atendimento marcado em suas equipes durante 30h semanais, comprometendo por vezes a manutenção do vínculo trabalhador/usuário e o acompanhamento da evolução do tratamento.

Quanto à longitudinalidade do cuidado proposta pelo PMAQ, observou-se que essa foi prejudicada pela inserção da DESP. Os usuários procuram o atendimento mais rápido e por vezes o priorizam em relação ao atendimento pela equipe, o que compromete a continuidade da relação clínica, já que não estabelecem vínculo com os profissionais e ao longo do tempo.

Quanto aos ACS, observou-se que esses não conseguem acompanhar todos os hipertensos no domicílio, por existirem áreas no território sem cobertura da UAPS. As visitas domiciliares se apresentam restritas à usuários acamados, já que os profissionais da equipe estão com carga horária reduzida para atendimento dos programas, comprometendo a realização de uma quantidade maior de visitas.

No que diz respeito ao trabalho de equipes multiprofissionais, foram identificados projetos reduzidos à cooperação de trabalho entre médico e enfermeiro, comprometendo a assistência integral do usuário. Os grupos de usuários, incluído os de hipertensos, foram suspensos há cerca de um ano por falta de disponibilidade profissional e de adesão dos usuários. Tal fato contrasta com o que foi descrito por Brasil, 2012, o qual afirma que ao considerar a diversidade e complexidade de situações com as quais a atenção primária lida, há de se construir capacidades de análise e intervenção ampliadas diante das demandas e necessidades para a construção de uma atenção integral e resolutiva. Isso requer a presença de diferentes formações profissionais e alto grau de articulação entre os profissionais, pressupondo que o processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais passe a ter como foco o usuário.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO

5.2.1 Gestores e trabalhadores de saúde

Para a caracterização sociodemográfica e análise quantiqualitativa dos dados, os grupos A e B foram abordados conjuntamente, pois considerou-se que os gestores da UAPS também são trabalhadores de saúde, acrescido ao fato de ambos responderem a questionários e entrevistas similares sobre qualidade do atendimento ao hipertenso.

A fim de se conhecer o perfil profissional dos participantes, foram selecionados os critérios Gênero, Tempo de formação, Grau de formação, Vínculo trabalhista e Tempo de atuação na unidade de saúde. Os dados obtidos estão disponíveis na tabela abaixo:

Tabela 1- Caracterização da amostra do estudo

Usuários	n	%
Gênero		
Masculino	8	26,7
Feminino	22	73,3
Tempo de formação		
Até 5 anos	11	36,7
Entre 5 e 10 anos	5	16,7
Entre 10 e 15 anos	7	23,3
Mais de 15 anos	7	23,3
Grau de formação		
Nível médio	12	40,0
Nível superior	8	26,7
Especialista	10	33,3
Vínculo Trabalhista		
Estatutário	18	60,0
Contratado	8	26,7
Outros	4	13,3
Tempo de trabalho na UAPS		
Até 1 ano	11	36,7
Entre 1 e 5 anos	6	20,0
Mais de 5 anos	13	43,3

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação ao tempo de formação, buscou-se investiga-lo a fim de compreender de que modo a experiência profissional pode contribuir para a execução de ações de saúde que proporcionem um cuidado qualificado.

Observou-se, a partir da tabela acima, uma certa prevalência daqueles com formação profissional recente (menos de 5 anos), demonstrando uma inserção de jovens trabalhadores os quais foram formados com a ciência do SUS como política pública e da atenção primária como sua prioridade.

Acredita-se que uma formação mais “jovem” desses trabalhadores, vai ao encontro das transformações estruturais ocorridas no setor saúde das necessidades dos serviços, e busca a resolução dos problemas de saúde. Nesse contexto, a formação profissional baseia-se em uma nova concepção de saúde, não mais centrada somente na assistência hospitalocêntrica à doença, mas também na promoção multiprofissional da qualidade de vida, de maneira universal, integral e equânime, através da construção coletiva de prevenção de fatores de risco e da educação em saúde.

Com relação à formação profissional, observou-se que a amostra de trabalhadores se mostrou homogênea entre os que possuíam nível médio e superior, sem a prevalência de um nível educacional específico. Considerando que aqueles que referiram especialização, são conseqüentemente possuintes de nível superior, foi constatado que os entrevistados buscaram uma formação complementar mesmo após a graduação como contribuição para a sua prática profissional.

Acredita-se que a busca por atualização profissional, através da aquisição de conhecimentos, demonstra compromisso com o processo de produção de saúde e com o crescimento profissional, proporcionando o fortalecimento das ações baseadas em evidências e o trabalho em equipe multiprofissional qualificado, estimulando a transdisciplinaridade.

No caso da hipertensão, destaca-se a fundamental importância que a qualificação profissional contínua possui para a promoção de saúde do usuário. Segundo Brasil, 2013, a complexidade do problema HAS implica na necessidade de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar capacitada e no envolvimento de pessoas com HAS, incluindo seus familiares na definição e pactuação das metas de acompanhamento a serem atingidas. Desse modo, o trabalhador de saúde capacitado poderá elaborar estratégias voltadas para as necessidades, aos problemas e as preocupações da pessoa para direcionar o plano assistencial.

Aqui, é importante destacar que nenhum dos entrevistados referiu possuir titulação de mestre/doutor ou cursar pós-graduações na modalidade *stricto sensu*, o que revela a existência de lacunas entre prática profissional e meio acadêmico, comprometendo a

relação teoria/prática que deve ser considerada uma aliada para o desenvolvimento de estratégias que busquem a melhoria de práticas profissionais em benefício de um cuidado qualificado.

Quanto ao vínculo trabalhista e ao tempo de atuação na unidade de saúde, buscou-se compreender como esses trabalhadores estão integrado e se relacionam com a comunidade na qual a UAPS está inserida.

É importante salientar que os participantes caracterizados como possuintes de “outros” vínculos de trabalho, estão inclusos na UAPS como integrantes do programa “Mais Médicos”, do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e os trabalhadores avulsos que recebem através de RPA (recibo de pagamento avulso).

Nesse contexto, observa-se que a maioria dos trabalhadores participantes da pesquisa possui vínculo de trabalho permanente (estatutários) e tem bastante experiência (mais de 5 anos) de atuação profissional dentro da UAPS. Esse fato acarreta benefícios no cuidado de portadores de doenças crônicas, especialmente a HAS, já que a criação e manutenção de vínculo entre trabalhadores e usuários se faz fundamental para a prestação do cuidado com qualidade.

Destaca-se aqui as afirmações de Brasil, 2011, as quais descrevem que a situação de adoecimento crônico muitas e os momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. Esses momentos são aqueles em que os usuários se sentem, comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados, fragilizados. Nessas situações, é bastante razoável que muitos deles recorram às unidades de atenção básica quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os trabalhadores em quem eles confiam. Nesse momento de vulnerabilidade dos usuários, é importante também considerar um momento oportuno de intervenção e uma situação para criar ou reforçar o vínculo.

O fato de conhecer um usuário, sua história, não só facilita a identificação do problema, como também o seu acompanhamento. As conversas com os usuários e, sobretudo, as experiências de acolhimento vividas por eles podem facilitar a construção de vínculos, bem como ampliar a capacidade de autocuidado, na medida em que se veem capazes de reconhecer sua situação (fatores e sinais de risco e de proteção).

Acrescidos à problemática, de acordo com Brasil, 2013, o ponto mais importante no tratamento da hipertensão é o processo de educação em Saúde e o vínculo com a equipe, sempre estabelecendo metas com a pessoa com HAS. No país, as equipes multiprofissionais

de atenção primária, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos, são responsáveis pelos desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações. Nesse contexto, o MS preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

A partir da manutenção de vínculos, se pratica também a humanização na atenção primária, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelecendo-se, portanto, como a “construção/ativação de atitudes as em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde” (BRASIL, 2004, p.8). Ao estabelecer vínculos com os usuários hipertensos que buscam atendimento, estimula-se também que eles se coloquem como atores do sistema e da própria saúde, proporcionando melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados à doença.

5.2.2 Usuários portadores de HAS

Durante o período de coleta dos dados, usuários que compareciam à UAPS para atendimento relacionados à HAS foram convidados, selecionados aleatoriamente e por conveniência, para compor os grupos focais a serem realizados. Dessa maneira, a amostra foi constituída por seis usuários que compuseram um grupo focal.

Quadro 5- Demonstrativo do perfil sociodemográfico dos usuários participantes

Participantes	Sexo	Idade	Profissão	Renda*
C1	masculino	71	aposentado	1 SM
C2	feminino	69	aposentada	1 SM
C3	masculino	66	contador	Entre 1 e 3 SM
C4	feminino	58	consultora de cosméticos	1 SM
C5	feminino	38	microempresária	> 3 SM
C6	masculino	51	marceneiro	> 3 SM

*considerando o SM (salário mínimo) como R\$ 788,00.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao fator gênero, a amostra de usuários foi homogênea. Destaca-se aqui que presença igualitária de homens e mulheres na execução do estudo concorda com as estatísticas descritas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010, ao afirmar que a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora deva-se considerar que ela seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década.

Percebe-se que de um modo geral, com a exceção de uma entrevistada com 38 anos, que a idade se mostrou como fator considerável para o desenvolvimento de hipertensão arterial, comprovando o descrito pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010, onde alegam que existe relação direta e linear da PA com a idade. Ainda segundo os autores a prevalência de HAS já é superior a 60% na população acima de 65 anos.

Nos quesitos profissão e renda familiar, verificou-se que a amostra para esse grupo foi variada, com certa prevalência de usuários com renda inferior a um salário mínimo, fato que acarretou benefícios para a execução do grupo focal pois foi possível agregar diversos conhecimentos de usuários com realidades sociais distintas e diversas opiniões a respeito da qualidade do cuidado prestado pelo serviço de saúde.

Os usuários também foram solicitados alguns aspectos de seu adoecimento e os motivos os quais os levaram a procurar a unidade de saúde. Os resultados estão descritos no quadro abaixo:

Quadro 6- Demonstrativo do perfil de adoecimento dos usuários participantes

Participantes	Hipertenso há:	Frequenta a UAPS há:	Procurou atendimento na UAPS para:
C1	> 5 anos	10 anos	buscar medicamentos
C2	> 5 anos	6 meses	consulta preventiva/marcação de exames
C3	> 5 anos	< 1 mês	consulta preventiva/marcação de exames
C4	> 5 anos	5 meses	buscar medicamentos
C5	< 1 ano	1 ½ ano	consulta após crise hipertensiva
C6	< 1 ano	3 anos	consulta após dor abdominal

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que a amostra foi prevalentemente composta de usuários que possuem conhecimento sobre a existência da doença, pois se referiram hipertensos há tempo superior a um ano, e motivação para o tratamento crônico da HAS, pois buscam assistência de saúde na UAPS a um período de tempo considerado favorável para avaliar o funcionamento da unidade e o cuidado prestado pelos trabalhadores (maior que 6 meses).

Os motivos os quais os levaram a buscar atendimento no dia da realização do grupo focal foram diversos, o que beneficiou a apreensão de diferentes opiniões a respeito do atendimento existente na UAPS. A partir de então, se pode observar a realidade do atendimento vivenciada por eles, e identificar a satisfação com o cuidado que recebem a partir das expectativas existentes a partir da busca ao serviço.

De acordo com Esperidião e Trad, 2006, estudos têm buscado testar a correlação entre satisfação e expectativas e alguns apontam que essa associação é consistente. Neste contexto, a satisfação do usuário é considerada uma meta a ser alcançada pelos serviços. Portanto, a diversidade das opiniões mostrou-se fundamental para a avaliação da produção do cuidado na UAPS estudada.

5.3 APREENSÃO DAS OPINIÕES DE GESTORES E TRABALHADORES SOBRE A QUALIDADE DO CUIDADO PRESTADO AO USUÁRIO PORTADOR DE HIPERTENSÃO NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A partir do cálculo do grau de concordância (*Ranking médio*) dos participantes dos grupos A e B (totalizando n = 30) com as afirmativas propostas pelos questionários, buscou-se apreender as opiniões de gestores e trabalhadores de saúde a respeito da qualidade do cuidado prestado na UAPS, para posteriormente complementá-las com a utilização das entrevistas. Assim, foram obtidas as seguintes médias:

Tabela 2- Média dos valores de concordância dos participantes dos grupos A e B com as afirmativas referentes à qualidade do cuidado

Itens do questionário	Ranking Médio	Desvio Padrão
1. A estrutura da UAPS proporciona qualidade	3,9	1,18
2. O fluxo de atendimento proporciona qualidade	3,2	1,18
3. A quantidade de profissionais proporciona qualidade	3,77	1,10
4. Presto um cuidado qualificado	4,27	,78
5. Fui capacitado sobre qualidade	3,97	,89
6. Os usuários estão satisfeitos	4,27	,82

Fonte: Elaborado pela autora.

Observou-se, como demonstrado através das médias superiores a 3 na tabela acima, que os gestores e trabalhadores consideraram a atenção de saúde prestada pela UAPS como qualificada e que o cuidado executado por eles junto aos portadores de hipertensão proporciona satisfação.

Ao abordar a estrutura e o fluxo de atendimento adotou-se a concepção de Donabedian, 1988, na qual a primeira pode ser definida como os recursos materiais e humanos disponíveis no serviço, assim como a própria estrutura organizacional. O fluxo de atendimento, foi compreendido como processo e engloba o que de fato está sendo feito em

termos de manejo dos problemas apresentados pelos usuários. Para o autor, o estudo do processo é visto como a melhor forma para investigar o conteúdo da atenção oferecida no nível primário de assistência.

Nessa visão, ao destacar que os participantes concordaram com a afirmativa referente à estrutura, eles afirmam que tanto a estrutura física da UAPS, recém reformada, como a quantidade de profissionais que compõem os recursos humanos são primordiais para o desenvolvimento de um cuidado qualificado.

No que diz respeito à relevância que o fluxo de atendimento possui como proporcionador de qualidade, os participantes também concordaram. Entretanto, essa foi a média mais baixa dentre as afirmativas (RM= 3,20) tendendo à neutralidade, demonstrando que a recém mudança no fluxo de usuários dentro da UAPS (como descrito no item 5.1.2) está causando impactos negativos na continuidade do cuidado prestado ao hipertenso, conforme os trabalhadores.

Quanto à quantidade de profissionais da unidade, os participantes afirmaram que a existência de equipes completas favorece a qualidade do cuidado. Assim, acredita-se que o fato de as equipes de saúde da família da UAPS estarem “completas” conforme recomendado por Brasil, 1996, como já descrito anteriormente, favoreceu a concordância com essa afirmativa.

Ao afirmarem que a quantidade de profissionais proporciona qualidade, se acredita também que o trabalho multiprofissional seja inserido nesse contexto. Tal fato se mostra positivo pois a partir da possibilidade de experienciar o trabalho coletivo em equipe através da interdisciplinaridade, os trabalhadores serão capazes de atuar dentro do novo modelo assistencial de promoção da saúde proposto pela atenção primária.

Segundo Trad e Silva, 2004/2005, ultrapassar o âmbito individual e clínico exige mudanças na maneira de atuar e na própria organização do trabalho e demanda alta complexidade de saberes. Cada profissional precisa desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo resultado deve ser a consequência de um trabalho que é realizado de forma completa a partir da contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento.

Complementam Moretti-Pires e Bueno, 2009, quando afirmam que nesse contexto de transformação, o papel dos trabalhadores de saúde também foi re-significado na atenção primária. Mais do que prestador de serviços junto a ações para a cura e reabilitação

a nova política de saúde exige que esses sejam adequados a consecução dos princípios do SUS.

A respeito do cuidado qualificado, adotou-se também o indicado por Donabedian, desta vez como resultado, pois acredita-se que ele significa o efeito da assistência de saúde no estado de saúde dos pacientes, resultante da interação desses com o serviço.

A partir da média de concordância com esse item, foi perceptível que os participantes acreditam proporcionar um cuidado qualificado, interagindo com o usuário e com a comunidade, conforme as diretrizes do SUS. Os gestores e trabalhadores, nesse contexto, acreditam também na capacidade resolutiva do serviço de saúde em solucionar a maior parte dos problemas que lhe são apresentados.

Com relação à capacitação profissional, os participantes referiram receber capacitação sobre a qualidade do cuidado. Tal fato revela que a busca dos gestores pela manutenção da qualidade dos serviços de saúde está sendo ampliada, e as pesquisas de avaliação podem consistir em uma importante contribuição ao serviço.

Acrescenta D'Innocenzo, Adami e Cunha, 2006, que desde que teve início o atendimento médico-hospitalar, pode-se identificar uma preocupação com a qualidade, uma vez que parece pouco provável o fato de alguém atuar sobre a vida de seu semelhante sem manifestar a intenção de fazê-lo com a melhor qualidade possível. Segundo os autores, é possível adaptar os conceitos de qualidade utilizados na indústria, para o setor saúde, até com certa facilidade, dando exemplos concretos da utilização das tradicionais ferramentas da qualidade. Assim, os serviços de saúde podem engajar-se no movimento pela qualidade já existente em outras áreas de atuação.

Ao referir-se à satisfação do usuário, considerada aspecto fundamental nesse estudo de avaliação de qualidade, os participantes alegaram acreditar que os usuários se sentem satisfeitos com o atendimento recebido, ou seja, considerando a capacidade resolutiva da UAPS, os gestores e trabalhadores acreditam conseguir solucionar ou amenizar as queixas que motivaram a busca pela unidade de saúde, assim como propor mudanças relacionadas ao estado de saúde, conhecimentos e comportamentos dos usuários hipertensos.

5.4 ANÁLISE DA ATENÇÃO A SAÚDE E DO CUIDADO PRESTADO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM GESTORES, TRABALHADORES E USUÁRIOS NA APS.

5.4.1 O fluxo de atendimento como fator contribuinte para o desenvolvimento de acolhimento, vínculo e de cuidado qualificado na APS em hipertensão arterial

Como um dos eixos estruturantes do SUS a partir da implementação das RAS, o nível primário de atenção à saúde vive um momento especial ao ser identificado como uma das prioridades do Ministério da Saúde, e de acordo com Brasil (2011) entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento. Especialmente, no caso da HAS como doença crônica não transmissível, APS tem a importante atribuição de ser a entrada preferencial do sistema de saúde, reconhecendo o conjunto de necessidades e impactando positivamente nas condições de saúde da população.

Acrescidos a isso, em 2012, com a Política Nacional da Atenção Básica, se estabelecem mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento, pressupondo uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.

Desde o surgimento da Política Nacional de Humanização, 2004, o acolhimento em se destacando como uma das principais diretrizes políticas da APS no SUS, devendo ele ser composto pela recepção do usuário no serviço de saúde, compreendendo a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário.

Ao abordar o fluxo de atendimento, os entrevistados foram questionados sobre o percurso do usuário portador de HAS dentro da UAPS, a fim de se compreender como se dá o processo do acolhimento dentro da atenção primária.

Contatou-se a partir da observação sistemática e das entrevistas que, na cidade de Fortaleza-CE, o acolhimento à demanda espontânea começou a ser implementado em 2013 junto a uma série de mudanças na dinâmica das unidades de saúde. A partir de então, as unidades funcionam em um novo horário (12 horas de atendimento diárias) com uma equipe disponível exclusivamente para o atendimento à livre demanda, na qual o enfermeiro

realiza a classificação de risco e determina a necessidade de atendimento médico, independentemente do vínculo dos usuários com as equipes de saúde da família.

Esse atual modelo de gestão, com postos abertos de 7 as 19, é interessante na teoria, dando a impressão de que realmente há uma funcionalidade. O posto está aberto de 7 as 7, mas será que realmente está atendendo? E acompanhando? O que vemos são diversos diabéticos e hipertensos descompensados (G1)

Agora, os médicos dedicam boa parte do tempo ao DESP (demanda espontânea), fazendo com que o número de consultas para hipertensos e diabéticos seja na faixa de 16 por semana, o que é muito pouco, sendo impossível fazer um balanço da porcentagem de hipertensos e diabéticos atendidos. (T4)

Antes, nós tínhamos dois turnos só para o atendimento de hipertensos e diabéticos. Agora, dispomos de apenas um turno, com cerca de 250 hipertensos, fora os de área descoberta (T11)

Tal fato revela que a inserção do acolhimento à demanda espontânea não vem sendo bem aceito pelos gestores e trabalhadores de saúde, pois segundo as falas os casos de urgência e emergência se sobrepõem às consultas agendadas com o objetivo de prevenção e promoção da saúde em hipertensão, comprometendo, segundo eles, o vínculo com os usuários pertencentes à área de atuação de suas equipes.

De acordo com Brasil 2011, a principal vantagem dessa modelagem de revezamento de equipes de acolhimento diárias é que as equipes que não estão “escaladas” podem realizar as atividades programadas, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita (quando comparado com o acolhimento por equipe) e a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia, sobretudo em dias de maior demanda.

Assim, a partir dos relatos dos entrevistados, se constatou que, na realidade da UAPS estudada, o estímulo ao livre acesso e ao acolhimento à demanda espontânea foi de encontro ao preconizado pelo MS que busca, com essas medidas, legitimar a atenção primária como porta de entrada prioritária e preferencial para as RAS do SUS e garantindo a continuidade da assistência aos usuários portadores de hipertensão.

O exercício do acolhimento, a partir das publicações de Brasil, 2012, deve ser prestado em associação com o atendimento à demanda espontânea e à escuta qualificada, em especial às urgências e emergências, envolvendo ações que devem ser realizadas em todos

os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção primária, atuando de maneira a articular as equipes de APS e a população e possibilitando o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado.

A partir das falas abaixo, se comprovam as modificações que a inserção do acolhimento à livre demanda trouxe para a atenção primária:

A gente tem uma UPA aqui do lado e, por isso, vários casos são encaminhados para cá devido ao DESP, que é para urgência e emergência [...] ela atende não só a demanda do bairro, mas também todos os outros bairros (G3)

O que estamos percebendo é que tanto pacientes diabéticos como hipertensos pouco estão utilizando a demanda agendada, vindo muito para a demanda espontânea, já que esta é mais fácil, considerando que não precisa de agendamento e que eles são atendidos na hora, recebendo cada um o seu remédio, o que pra eles já é suficiente. (T1)

O que acontece hoje é que o hipertenso nem sempre é atendido pelo médico ou enfermeiro da equipe dele, ou seja, foi criada certa emergência na atenção básica, em que todos os dias têm um rodízio de médicos, os quais ficam numa sala que se chama DESP, os quais atendem uma demanda de pessoas que inclusive não é do bairro [...] As pessoas muitas vezes não comparecem às consultas e quando passam mal, acabam por vir pra cá e são atendidas por qualquer outro profissional, não tendo um acompanhamento. (T10)

Os hipertensos, por não conseguirem mais agendar consultas, acabam recorrendo a DESP para terem atendimento, não tendo mais vínculo com nenhum médico, já que cada vez que eles vêm, são atendidos por um profissional diferente (T12)

Nesse contexto, para os gestores e profissionais, constatou-se que ao possibilitar livre acesso da demanda espontânea à APS, especialmente nos casos de hipertensão, doença que necessita de acompanhamento contínuo, poderá também ser desenvolvida uma “nova atenção em saúde”, pelo fato de não haver continuidade do atendimento prestado ao usuário que recorre às unidades de atenção primária visando um atendimento pontual. Tal fato pode comprometer o vínculo e instituir, assim, uma nova rotina nas unidades de saúde na qual o controle de situações agudas de adoecimento pode confrontar as estratégias de promoção de saúde nas doenças crônicas propostas por esse nível de atenção.

Acrescenta Sousa e Hamann, 2009, que desde a implantação da ESF, estudos têm apontado para o distanciamento entre as práticas recomendadas daquelas que vêm sendo implementadas em diversos cenários. Sinaliza-se sua incompletude no que diz respeito à alteração do modelo hegemônico, uma vez que tem sido insuficiente a mudança na forma de pensar e fazer no cotidiano das ações nos diversos níveis.

Confrontando com as vivências dos gestores e trabalhadores da unidade de saúde, Garuzi et al, 2014, aponta o acolhimento como ferramenta capaz de promover o vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando o estímulo ao autocuidado, melhor compreensão da doença e corresponsabilização na terapêutica proposta. Complementa ainda que ele auxilia ainda na universalização do acesso, fortalece o trabalho multiprofissional e intersetorial, qualifica a assistência à saúde, humaniza as práticas e estimula ações de combate ao preconceito.

Acrescenta Oliveira *et al*, 2010, que o acolhimento pode ser entendido como tecnologia relacional capaz de desenvolver e fortalecer afetos, potencializando o processo terapêutico entre a população, os profissionais e os gestores do sistema de saúde. Segundo os autores, uma unidade de saúde seria capaz de reorganizar seu processo de trabalho a partir da utilização do acolhimento, revendo necessidades e prioridades, realizando a classificação por risco, evitando, na medida do possível, as filas por ordem de chegada, e, principalmente, a espera desnecessária dos usuários, diferentemente do que foi afirmado pelos entrevistados a partir de suas vivências cotidianas na atenção primária.

É importante destacar que, no contexto das falas, que o acolhimento à livre demanda foi citado como o momento de recepção do usuário que acontece em um ambiente físico isolado ao atendimento cotidiano das equipes de saúde dentro da UAPS, diferentemente da dimensão de acolhimento como pilar fundamental para a construção do novo modelo de APS, como afirma Silveira *et al*, 2004, quando refere que a prática do acolhimento envolve muito mais que somente receber o usuário mas também cabe dispensar a atenção ao usuário, o que envolve escuta, valorização da queixa e identificação das necessidades individuais e coletivas.

O estudo desenvolvido por Takemoto e Silva, 2007, amplia o debate em torno do acolhimento como uma postura diante do usuário em todos os momentos, além de um dispositivo capaz de reorganizar o processo de trabalho na UAPS, confrontando com o que se percebeu através das falas, onde o acolhimento foi atribuído a um grupo de recepção, o que gera pouca adesão dos demais profissionais de saúde a esta diretriz.

Nesse contexto Mitre, Andrade e Cotta, 2012, descrevem sobre o fato de a dimensão do acolhimento em torno de uma gestão participativa não ser debatida, devendo ele ser frequentemente discutido na AP de modo a protagonizar todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, a reorganizar os serviços a partir da problematização dos processos de trabalho, e propor mudanças estruturais na forma de gestão para ampliar os espaços democráticos de discussão, de escuta e de decisões coletivas.

Constatou-se também que os entrevistados consideraram o vínculo trabalhador/usuário fundamental para o controle e tratamento qualificado da hipertensão.

Destaca-se aqui a caracterização de vínculo descrita por Monteiro, Figueiredo e Machado, 2009, como uma relação de cumplicidade entre usuários e profissionais, concretizando-se no âmbito do acolhimento e sendo ponto de partida para a construção de confiança entre os envolvidos. Os autores consideram que para haver vínculo, a empatia e respeito são indispensáveis e que os elementos que denotam a formação do vínculo baseiam-se no reconhecimento mútuo entre serviço e comunidade, pois não se estabelece vínculo sem a condição de sujeito, sem a livre expressão do usuário, por meio da fala, julgamento e desejo.

A partir das falas percebeu-se que ações interdisciplinares de corresponsabilidade entre os trabalhadores de saúde e a população proporcionam a construção de relações de vínculo, a produção do cuidado qualificado e a promoção da saúde em hipertensão arterial.

(Qualidade) é você acompanhar o seu paciente desde o início, ter um prontuário sempre disponível para poder ter o histórico completo do paciente. (T10)

O programa do diabético e do hipertenso deve ser a base do atendimento (G3)

O acompanhamento verdadeiro do hipertenso como era antigamente na estratégia de Saúde da Família, pois os médicos e agentes de saúde sabiam e acompanhavam o paciente. Já hoje, isso está bastante defasado (G1)

Segundo Nora e Junges, 2013, o vínculo permite a construção de confiança, capaz de estimular o autocuidado, favorecendo a compreensão da doença, a assimilação e seguimento correto das orientações terapêuticas pelos usuários. Como o acolhimento, o vínculo é outra tecnologia leve associada à humanização, o qual não existe sem que os usuários sejam reconhecidos na condição de sujeitos, ampliando a eficácia das ações de saúde e favorecendo a participação do usuário durante o cuidado.

Especialmente no caso da hipertensão, o vínculo se constitui de uma ferramenta eficaz na democratização das práticas de cuidado, favorecendo a negociação entre trabalhadores e usuários, tornando-os sujeitos autônomos no tratamento, possibilitando a construção de planos terapêuticos corresponsabilizados, prevenindo comorbidades associadas à doença e promovendo saúde.

5.4.2 O empoderamento do usuário portador de hipertensão para a qualificação do cuidado

Esta categoria temática surgiu a partir das constatações de que a hipertensão arterial é uma doença crônica multifatorial, tendo seu tratamento possibilidades de controle e prevenção dos agravos, desde que os usuários sejam assistidos com acolhimento, vínculo e sigam as orientações técnicas dos profissionais. Nesse contexto, acrescido das falas dos participantes, constatou-se a fundamental importância que a adesão ao tratamento por parte dos usuários possui para o controle dos níveis tensionais.

Acrescentam Almeida, Paz e Silva, 2011, ao afirmarem que hipertensão não pode ser vista, como uma doença que precisa ser tratada exclusivamente no serviço de saúde, mas, sim, como uma doença que precisa ter os cuidados compartilhados entre portador e serviço no nível de suas competências, sendo oportuno que eles compreendam que a concepção de saúde é formada por meio da vivência e das experiências pessoais e estreitadas pelas crenças, valores e sentimentos, e estes influenciam diretamente as pessoas na forma de enfrentamento e tratamento da doença.

Segundo Ribeiro *et al*, 2011, a adesão ao tratamento deve ser caracterizada como um processo multidimensional influenciado por cinco dimensões principais: fatores relacionados ao indivíduo, fatores relacionados às características da doença, fatores relacionados à terapia, fatores econômicos e sociais, sistemas de saúde e fatores relacionados ao relacionamento com os profissionais de saúde.

Portanto, considera-se como adesão a definição proposta por Oigman, 2006, que afirma ser a situação na qual o comportamento do indivíduo corresponde às orientações dos profissionais da saúde, avaliada pelo comparecimento às consultas marcadas, às tomadas de medicações prescritas e pelas mudanças no estilo de vida.

A partir das entrevistas com trabalhadores de saúde, se destacaram nas falas as opiniões sobre a participação do usuário no tratamento anti-hipertensivo. Percebeu-se que os entrevistados se sentem “desafiados” cotidianamente pela falta de adesão e desmotivação do

usuário frente às ações de promoção de saúde propostas pelos serviços, como as atividades educativas.

Não adianta eu ter uma boa equipe, que faça as devidas recomendações, oriente seu paciente, se esse paciente não se esforça no tratamento, não fazendo a dieta nem se exercitando, tomando medicações erradas, etc. O tratamento só é de qualidade se houver uma divisão de responsabilidades, pois muitas vezes a equipe dedica, mas o paciente não [...] a comunidade deve nos cobrar sempre, mas também, deve procurar fazer sua parte [...] algumas ações ultimamente se encontram paradas. Para o hipertenso, poderíamos trazer algumas, tais como: palestras, orientações em grupo, atividades físicas vinculadas a parcerias nas unidades de saúde que tem esse espaço. (G2)

As consultas praticamente se extinguíram, já que os pacientes estão mais interessados nas receitas e não nas consultas propriamente, ignorando a questão do autocuidado. (T7)

A partir das falas acima é perceptível a questão da corresponsabilidade do cuidado, assim como do fortalecimento de vínculos como fator contribuinte para o desenvolvimento da autonomia do usuário em seu tratamento.

Retomando os objetivos de estruturação da Estratégia Saúde da Família, segundo Cotta *et al*, 2009, ela buscou reorganizar o Sistema único de Saúde, visando à mudança de um modelo individualista e hospitalocêntrico, para um modelo com ênfase na Atenção Primária à Saúde e nos princípios da integralidade, longitudinalidade, territorialidade e focalização na família. Entretanto, ainda que a ESF tenha aumentado o acesso dos portadores de HAS aos serviços de saúde, observa-se uma baixa adesão ao tratamento, persistindo uma alta prevalência de fatores de risco na comunidade.

Entretanto, como descrevem Silva, Casotti e Chaves, 2013, a ausência de mudanças no modelo de atenção e o grau de implantação da ESF ainda são reflexo de avanços em alguns aspectos da atenção à saúde, mas que não correspondem ainda à adoção da Saúde da Família como estratégia prioritária e central no nível local, permanecendo a dificuldade em incorporar o caráter substitutivo.

Acrescentam Toledo, Rodrigues e Chiesa, 2007, que o controle da HAS constitui uma das áreas estratégicas da APS. Entretanto, as experiências educativas voltadas aos portadores de hipertensão no país ainda são, em grande parte, restritas a prescrições

normativas, sendo escassas as abordagens de educação em saúde sob a ótica da promoção da saúde, com uma perspectiva emancipatória dos sujeitos.

Por vezes o usuário não tem vontade de mudar o estilo de vida. Lima *et al*, 2010, acreditam que esta é uma barreira para a gestão de doentes com hipertensão, assim como maiores dificuldades ocorrem na adesão ao regime dietético, por exemplo, em comparação com a tomada de medicamentos. Apesar de comprometedoras, as consequências da negligência em buscar hábitos de vida saudáveis não mostram resultado imediato, diferentemente do verificado quando as medicações não são tomadas.

Nesse contexto, acredita-se que os usuários foram ao longo dos anos adaptando-se a uma prática restritiva, baseada na realização de consultas, solicitação de exames e dispensação de medicamentos. Como descrito nas falas abaixo, a falta desse tipo de serviço vem se destacando como a principal causa de abandono do tratamento anti-hipertensivo.

O que vemos agora é uma grande desistência de continuar o tratamento desses pacientes, visto que o agendamento é muito demorado [...] temos nos esforçado em resgatar esses usuários, que geralmente vão para a DESP, os quais reclamam da demora em conseguir consulta [...] existe uma dificuldade do sistema e do próprio paciente em enxergar que se trata de uma doença crônica, impossibilitando um tratamento contínuo. (T4)

As pessoas demonstram insatisfação [...] porque a falta de medicamentos é constante, desestimulando as pessoas a irem para suas consultas. (T5)

Percebe-se aqui, a partir das falas, a desvalorização de práticas de educação e de promoção da saúde para o tratamento da HAS. Santos *et al*, 2013, afirmam que prevenir os fatores de risco e controlar a HAS implica em considerar a educação em saúde uma estratégia para o cuidar/cuidado. Segundo os autores, no processo de educação em saúde, os pressupostos para o cuidar/cuidado assentam-se na consideração de que a escuta e o acolhimento devem ser valorizados, a fim de conduzir o indivíduo à adesão, às condutas preventivas e de controle dos problemas de saúde.

Acrescentam Rufino, Drummond e Moraes, 2012, que o controle da HAS se faz com participação ativa dos hipertensos e coparticipação da família, dos profissionais da saúde. É importante que exista processos de educação em saúde, destacada pela fala abaixo, comprometimento de uma equipe multiprofissional, para que, ao unir ambos, se alcance o objetivo de reduzir o índice de letalidade da patologia, estando sempre em pauta na educação continuada a conscientização da população.

O que dificulta é a informação do paciente quanto a isso, pois para ele evoluir no tratamento ele precisa conhecer direito a doença, entender porque ele está doente, o que ele precisa fazer a médio e longo prazo, não que ele não tenha esse conhecimento, mas porque se trata de um processo contínuo. (T9)

Constatou-se que a adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado. Santos, Marques e Carvalho, 2012, afirmam que esse processo de adesão diz respeito à frequência, constância e perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Dessa forma, a adesão inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, à uma adaptação ativa a essas condições, à identificação dos fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida, e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado.

Acredita-se que o trabalhador da saúde, inserido na dinâmica da comunidade, pode atuar ampliando o conhecimento dos usuários sobre seu adoecimento e fortalecendo estratégias de inserção de hábitos saudáveis de vida. Frota *et al*, 2013, descrevem que a aproximação e interação dos trabalhadores com os usuários por meio da Estratégia Saúde da Família fortalecem a busca destes pela atenção primária em saúde. Portanto é fundamental que o serviço primário de saúde trabalhe no sentido de ampliar seu campo de saberes e responsabilidades, tornando as ações de profissionais mais humanas e integrais e inovando na forma de produzir saúde.

Nesse contexto, Mendonça e Nunes, 2015, afirmam que a postura do trabalhador de saúde não deve ser de desistência, pois mesmo que o usuário não tenha consciência da importância das atividades de promoção e prevenção, através da educação em saúde, ele pode, como afirma Freire (1980), ser auxiliado a se conscientizar acerca da realidade e de sua capacidade de transformação.

5.4.3 A satisfação do usuário associada à “medicamentalização” do cuidado

Baseando-se na problematização da necessidade de educação em saúde e do empoderamento do usuário a fim de se buscar a adesão ao tratamento da hipertensão,

também foi constatado, através das entrevistas e do grupo focal, que ainda existe uma forte influência do modelo biomédico na rotina dos usuários dentro da unidade de saúde.

Ao questionar os usuários hipertensos sobre suas opiniões sobre a qualidade da UAPS e a satisfação com a assistência de saúde que recebiam, observou-se:

Qualidade no caso é a medicação não faltar [...] já tá com mais de seis meses que eu vim e não tinha remédio [...] falta muito. (U6)

A parte da farmácia agora “Ave Maria” falta muito remédio [...] eu vim da farmácia hoje e não recebi minha medicação. (U3)

Falta muito remédio, até captopril não tem, eu só recebi na popular. (U4)

Sabe-se que o tratamento da HAS abrange duas abordagens terapêuticas: o tratamento não farmacológico baseado em modificações do estilo de vida (perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, redução de etilismo e tabagismo) e o tratamento farmacológico. Entretanto, percebeu-se que para os usuários participantes, a presença de medicamentos de uso contínuo foi, por muitas vezes, sinônimo de atendimento de qualidade, sendo esse, portanto, a principal, e por vezes única, maneira de adesão ao tratamento seguida por eles.

Esse fato, observado na rotina dos usuários e da UAPS revelam que a adesão ao tratamento buscada na atenção primária, somente o medicamentoso, não vem sendo eficaz, pois segundo Grezzana, Stein e Pellanda, 2013, aproximadamente 40% dos pacientes hipertensos encontram-se sem tratamento anti-hipertensivo e dois terços dos tratados não atingem as metas de controle da PA (< 140/90 mmHg). No Brasil, hipertensos atendidos em programas de hipertensão das unidades de atenção primária de saúde apresentavam somente 39% de controle da PA (< 140/90 mmHg).

De acordo com Lessa, 2006, o tratamento não farmacológico, por outro lado, tem falhado frequentemente no seguimento de longo prazo pela falta de constância e persistência dos pacientes. A ingesta do medicamento é comprovadamente uma estratégia fundamental para o tratamento pois tem como característica o controle rápido e eficaz dos níveis tensionais. Entretanto, ela não pode ser adotada pelo usuário como única via de tratamento já que segundo Motter, Olinto e Paniz, 2015, existem evidências de que os usuários tendam a interromper o tratamento quando apresentam níveis tensionais controlados, por não associarem o efeito do tratamento contínuo à manutenção dos níveis pressóricos.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010, o tratamento com medicamentos anti-hipertensivos, associado a medidas não farmacológicas, é fundamental para o controle da pressão arterial e dos riscos associados. Diferentemente do que foi constatado através das falas, a não-adesão ao tratamento não deve estar relacionada somente a tomar ou não tomar remédios, mas como referem Helena, Nemes e Eluf-Neto, 2008, deve ser assumida como um construto de múltiplas dimensões.

Tal fato também foi descrito por Mendes, Luiza e Campos, 2014, os quais afirmam que a adesão ao tratamento da HAS inclui tanto a manutenção contínua pelos indivíduos do tratamento medicamentoso prescrito quanto a mudança do estilo de vida a partir da obediência consciente às condutas orientadas quanto aos hábitos de dieta e atividade física.

Nesse contexto, através do relato de vários gestores e trabalhadores de saúde, a continuidade do tratamento vem sendo comprometida pela baixa contribuição dos usuários com o tratamento não medicamentoso. As falas a seguir revelam certa “frustração” dos entrevistados ao declararem que a busca por atendimento de saúde vem se reduzindo à busca por medicamentos, comprometendo a assistência a ser prestada pela atenção básica com foco na promoção de saúde.

Tem pacientes que realmente não estão preocupados em ter a consulta, e sim só a renovação da receita, ou seja, são pacientes mais complicados para a equipe poder analisar. (G2)

O que acontece muitas vezes é que eles (usuários) só se interessam pela receita, não querendo nem conversar com o médico ou enfermeiro. Muitas vezes a gente procurar saber como ele está se cuidando, mas eles vêm com o objetivo fixo pela receita, o que torna tudo mais complicado, já que não conseguimos passar todas as orientações. (T7)

A gente percebe que os hipertensos sabem da necessidade de retornar ao posto, principalmente devido à renovação da consulta, então por obrigatoriedade acabam vindo, já que com a prescrição vencida eles são barrados e não conseguem o remédio, mas é só por isso mesmo, e não devido a uma conscientização. São poucos os que têm essa mentalidade de fazer *check up* anual. (T12)

O que acontece muitas vezes é que o paciente não tem o cuidado de reagendar uma nova consulta, se preocupando apenas em renovar a receita, ou seja, ele não quer aquele atendimento nos moldes do que o PSF exige,

pois ele acredita que vindo hoje, ele pode voltar daqui há vários meses sem nenhum problema. (T13)

A partir das falas, destaca-se a problemática de a “medicamentalização” da assistência ao hipertenso se sobrepôr ao cuidado centrado na prevenção e promoção da saúde, principalmente após a inserção do atendimento à demanda espontânea na atenção primária. Pelos relatos dos entrevistados referentes às situações em que os usuários buscaram atendimento na UAPS, verificou-se que, apesar de existirem programas de atendimento ao hipertenso preconizados pelo MS, ainda predominam a valorização de apenas um profissional da equipe para a aquisição de medicamentos.

Assim, percebe-se que a falta de controle da pressão arterial ainda é um desafio para os profissionais de saúde. Segundo Oigman, 2007, vários fatores interferem na adesão ao tratamento, entretanto o autor coloca que a falta de adesão pode estar relacionada à falta de conhecimento do paciente sobre a doença e o seu comportamento frente à tomada dos remédios, inadequação do uso da droga, dificuldade do acesso ao sistema de saúde, indisponibilidade do medicamento na rede básica de saúde, quantidade de drogas e número de doses diárias da medicação prescrita, efeitos adversos, resistência ao tratamento e presença de morbidades.

Neste sentido, Faquinello, Marcon e Waidmann, 2011, inferem que há a possibilidade de dois direcionamentos para a problemática da baixa adesão: a) o programa não está conseguindo trabalhar com a promoção e prevenção; b) a população não consegue aderir à proposta colocada por ele. Sendo possível também a existência das duas situações, pois quando se trabalha em comunidade sabemos que as mudanças de hábitos e comportamentos são difíceis de serem alcançadas em pouco tempo.

Os autores também descreveram em seu estudo, um acontecimento similar ao identificado por essa pesquisa: a invisibilidade da enfermagem com relação à assistência ao hipertenso, tendo sua presença notada somente na hora da entrega do medicamento. Esta situação pode se tornar ainda mais crítica pelo fato de que, muitas vezes, o enfermeiro não consegue desempenhar seu processo de trabalho e assim, surge a necessidade do enfermeiro se tornar visível para a sociedade, fazendo com que esta reconheça o verdadeiro papel deste profissional como integrante na equipe de saúde.

A visão multiprofissional juntamente com seu trabalho junto ao usuário, família e comunidade pode vir a priorizar as necessidades dos clientes e não apenas as exigências terapêuticas. Queiroz *et al*, 2008, afirma que no desenvolvimento de práticas educativas, o

enfermeiro possui, além da fundamentação científica e da competência técnica, conhecimentos dos aspectos que levam em consideração os sentimentos, necessidades e desejos do paciente sob sua orientação. A constante proximidade enfermeiro-cliente permite ao profissional compreender as necessidades e as demandas de cuidados e, conseqüentemente, identificar o melhor plano educativo-terapêutico.

Assim como a atuação do enfermeiro, a “medicamentação” da atenção primária de saúde demonstra a importância da atuação e empenho dos demais integrantes da equipe de saúde, como educadores em saúde, que vem sendo pouco percebida pelos próprios trabalhadores e usuários, pois de acordo com Franco e Merhy, 2013, os múltiplos saberes só se realizam concretamente se houver processo de trabalho multiprofissional que opere em grande medida a partir do trabalho vivo em ato, em relações intercessoras, onde toda a energia criativa encontra espaço para se manifestar no processo produtivo.

5.4.4 A equipe multiprofissional como provedora de cuidado qualificado em hipertensão

Outro tema recorrente nas falas dos entrevistados, quando questionados sobre o que compõe um cuidado qualificado, refere-se à construção de prática multiprofissional, baseada no trabalho em equipe com a definição de papéis e atribuições de cada profissional, possibilitando aos usuários e à comunidade motivação suficiente para adotar atitudes anti-hipertensivas efetivas e permanentes.

Nos programas o hipertenso tem seu atendimento especificado [...] se a equipe desse paciente realmente estiver completa, ele vai ter sua evolução no tratamento bem acompanhada [...] meu papel de gestor é fazer com que sempre tenha profissional para atender esses pacientes, que eles trabalhem em conjunto. Nosso dever é de sempre disponibilizar profissionais, e que esses tragam os pacientes para dentro das unidades de saúde. (G2)

A equipe que tem boa relação interpessoal, tanto médicos, como enfermeiros e dentistas, facilitando a comunicação e possibilitando tirar dúvidas e conversar sobre casos, condutas utilizadas (T1)

Qualidade abrange desde o momento em que o paciente entra na unidade, passa pela recepção com as verificações de peso até ele ser atendido [...] todos os profissionais são importantes para se obter qualidade. (T2/T3)

A partir dessas colocações, é importante resgatar que a ESF deve ter sua atenção centrada além do usuário doente, e sim na família, a partir de seu ambiente, de sua comunidade, com a equipe multiprofissional atuando além das práticas curativas e prestando assistência universal, equânime e integral. Especialmente no programa de controle da HAS, como descrito na categoria acima, as ações educativas são fundamentais para o tratamento para que haja mudanças nos hábitos de vida associadas à administração de medicamentos.

Acrescenta Giorgi, 2006, que o estudo dos fatores implicados na adesão ao tratamento da hipertensão arterial tem mostrado a influência de variáveis estruturais, de fatores relacionados ao caráter crônico e assintomático da doença, da complexidade dos esquemas de tratamento, dos efeitos colaterais dos medicamentos entre outros. Segundo o autor, atualmente, a abordagem multiprofissional do atendimento do hipertenso deve ser encorajada e a atuação dos diferentes elementos devem ter caráter complementar, aumentando a possibilidade de sucesso do tratamento anti-hipertensivo, tanto o farmacológico quanto o não-farmacológico. Assim, para cada paciente ou grupo de pacientes existem estratégias que, quando aplicadas, aumentam consideravelmente a adesão ao tratamento e a sua eficiência.

Na visão de gestores e trabalhadores, como descrito nas falas abaixo, o trabalho multiprofissional proporciona aproximação e vínculo com o usuário, com a família e com a comunidade que busca atendimento.

Eu creio que sempre deve ser estreitada a relação profissional-paciente, quebrando essa barreira, mas isso é uma das filosofias da atenção básica, a qual tem essa função de forma permanente e isso tem evoluído. (T9)

(Qualidade ocorre) através da escuta, investigar a família, pois muitas vezes, por exemplo, chega um idoso sem a família e percebemos que ele não está tomando a medicação direito. Então, eu sempre procuro ver realmente a história da família dessa paciente para poder estar auxiliando no seu tratamento, principalmente em idosos. (T11)

Qualidade seria ter um tempo suficiente para cada paciente; ter atividades educativas associadas. (T12)

Concordando com as falas dos entrevistados, Nora e Junges, 2013 afirmam que ações educativas realizadas nos serviços contribuem para que o indivíduo conquiste sua autonomia e qualifique seu modo de levar a vida, necessitando, nesse aspecto, que os profissionais se coloquem no mesmo nível dos usuários, evitando relações hierárquicas, valorizando as práticas integrativas e o saber popular.

Nesse sentido, Silva, Casotti e Chaves, 2013, descrevem que para o desenvolvimento dessas práticas multiprofissionais centradas no usuário, as dimensões política, organizacional e técnico-assistencial também devem ser consideradas. A política diz respeito aos mecanismos de condução do processo de reorganização dos serviços, a organizacional se refere à relação entre as unidades de prestação de serviços e a técnico-assistencial perpassa pelas relações estabelecidas entre sujeitos e objetos de trabalho.

Desse modo, o processo que é a educação em saúde, necessita de comprometimento de uma equipe multiprofissional, e segundo Rufino *et al*, 2012 deve ter o objetivo de reduzir o índice de letalidade da patologia, estando sempre em pauta na educação continuada da equipe visando a conscientização da população para a mudança de hábitos de vida.

Acrescentam Santos, Nery e Matumoto, 2013, afirmando que se torna fundamental a interação entre os diferentes atores do cuidado, desde a construção coletiva do planejamento das ações, acompanhamento mais criterioso da situação de saúde da população e o incentivo ao envolvimento da família e dos diferentes segmentos sociais que estão direta ou indiretamente ligados ao tratamento da HAS.

Ao confrontar as opiniões de gestores e trabalhadores com as dos usuários portadores de HAS que procuram o serviço, foi perceptível que também para os usuários a existência de uma equipe multiprofissional de saúde humanizada é fundamental para a qualificação do cuidado.

(Estou satisfeita) com o atendimento com o médico sim [...] com o profissional eu tô satisfeita até demais. (U3)

Nesse contexto, torna-se imprescindível que, durante a prestação do cuidado dentro da assistência de saúde, o usuário possa ter suas demandas acolhidas pelos trabalhadores, o que poderá desencadear em múltiplas formas de resolução do problema apresentado, e a partir de então, construir conjuntamente formas mais adequadas de cuidar de sua saúde e prevenir agravos relacionados à hipertensão.

Destacaram-se também algumas falas que revelaram sentimentos negativos associados ao atendimento da equipe multiprofissional. Foi perceptível que ao não ser bem assistido pelos trabalhadores de saúde, os usuários se tornam muitas vezes receosos ao continuar o tratamento, já que não se sentem motivados a criar vínculo com tais trabalhadores.

[...] alguns funcionários não tratam a gente tão bem, era pra tratar melhor.
(U1)

Tinha uma médica aqui que dava era nojo ser atendido por ela, parecia que ela tava tratando uma tora de madeira, bem com nojo da gente. (U6)

O médico da outra vez que consegui (de um serviço referenciado) me tratou com muita ignorância, eu me senti muito constrangida. (U4)

O comprometimento do vínculo, acarretado por situações de constrangimento vividas por usuários como as descritas acima, revelam ainda práticas “desumanizadas” dentro das unidades de saúde brasileiras.

Situações de “maus tratos” vivenciadas por usuários, como as reveladas pelos depoimentos, deixam transparecer que esse tipo de comportamento de trabalhadores de saúde, que deveriam acolher com respeito e dignidade, acarreta um rompimento nas relações de confiança entre trabalhadores e usuários. Assim, tais práticas devem ser desencorajadas pois comprometem a fundamental horizontalização e democratização das práticas de cuidado da atenção primária.

Diferentemente do que foi descrito por alguns usuários, a existência do vínculo deveria ser encorajada, pois segundo Santos *et al*, 2008, ele guarda estreita relação com a capacidade do outro para usufruir da condição de sujeito ativo, autônomo nas decisões acerca de sua vida, proporcionando melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo. É, portanto, o dispositivo que leva trabalhadores e usuário ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos corresponsabilizados e coautorais.

Nesse sentido, acredita-se que a construção do vínculo deve basear-se na formação de laços respeitosos entre unidade de saúde, trabalhadores e usuários ao acolher com integralidade e humanização cada usuário que comparece ao serviço.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto da Atenção Primária de Saúde, das pesquisas avaliativas e da qualidade e satisfação do cuidado prestado ao usuário portador de hipertensão, considera-se que as perguntas norteadoras desse estudo foram respondidas ao longo da análise dos resultados.

Constatou-se que o cuidado produzido ao usuário portador de HAS na atenção primária, em muitos casos, vem ocorrendo de forma fragmentada após a inserção do acolhimento à livre demanda. O atendimento de casos emergenciais vem sendo priorizado pelos usuários em substituição às consultas com a equipe pela existência de atendimento imediato, comprometendo a instituição do vínculo, o qual foi descrito como ferramenta fundamental para a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, construindo ao longo do tempo um grande potencial terapêutico.

Na percepção de gestores e trabalhadores, na realidade da UAPS estudada, o estímulo ao livre acesso e ao acolhimento à demanda espontânea não se desenvolveu conforme preconizado pelo MS que busca, com essas medidas, legitimar a atenção primária como porta de entrada prioritária e preferencial para as RAS do SUS e garantindo a continuidade da assistência aos usuários portadores de hipertensão.

Quanto às opiniões de usuários, um importante achado desta avaliação revelou a desvalorização de práticas de educação e de promoção da saúde para o tratamento da HAS. Foi perceptível que o acolhimento e vínculo não foram associados com qualidade do cuidado.

Para esse grupo, um serviço de saúde qualificado foi bastante associado à realização de consultas médicas e à presença ou não de medicamentos na UAPS, revelando que a “medicamentização” da assistência ao hipertenso se sobrepõe ao cuidado centrado na prevenção e promoção da saúde e que a continuidade do tratamento vem sendo comprometida pela baixa contribuição dos usuários com o tratamento não medicamentoso.

Nesse sentido o objetivo de avaliar a qualidade da produção do cuidado ao usuário com hipertensão arterial na rede de atenção primária foi alcançado, a partir da apreensão das opiniões e experiências de gestores e trabalhadores e usuários.

No que diz respeito à metodologia utilizada, a avaliação por triangulação de métodos se mostrou uma ferramenta de percepção e compreensão da prática assistencial da APS de maneira integral no que diz respeito à qualidade do cuidado prestado ao usuário

hipertenso, utilizando-se de diversas técnicas de coleta de dados junto a participantes de categorias diversas com seus diferentes olhares e reflexões.

Tornou-se possível, por meio desta opção, compreender as relações entre estrutura da unidade, processo de trabalho profissional e suas relações com a comunidade no contexto social em que estão inseridos, e os resultados alcançados junto aos sujeitos que buscam o serviço de saúde, proporcionando qualidade da atenção e satisfação do usuário.

Entretanto, a metodologia utilizada trouxe a limitação de não poder ser concluída pela sua complexidade, e pelo tempo que requer para ser realizado na íntegra. Dessa maneira, o passo 8 proposto pela avaliação por triangulação de métodos, o qual propõe a comunicação dos resultados aos atores participantes, será realizado posteriormente à integração dos conhecimentos compartilhados pela banca avaliadora da UECE, a fim de proporcionar um retorno mais qualificado ao sistema de saúde, possibilitando a elaboração conjunta de estratégias que busquem a promoção da qualidade do cuidado em hipertensão arterial.

No Brasil, pelo processo de crescimento da Estratégia de Saúde da Família, e pelos objetivos atuais do MS, tais como executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, fazem-se necessários ainda processos que avaliem a qualidade do cuidado prestado, garantindo integralidade proposta pelas diretrizes do SUS.

Especialmente no caso da hipertensão, foi evidenciado que o vínculo se constitui de uma ferramenta eficaz na democratização das práticas de cuidado, favorecendo a negociação entre trabalhadores e usuários, tornando-os sujeitos autônomos no tratamento, possibilitando a construção de planos terapêuticos corresponsabilizados, prevenindo comorbidades associadas à doença e promovendo saúde.

Portanto, acredita-se que a relação entre avaliação da qualidade dos serviços e atenção primária ainda se mostra incipiente, necessitando de incentivo às pesquisas que podem contribuir para a reorganização dos serviços e para o incentivo à participação popular, norteando a prestação de cuidado qualificado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Geovana Brandão Santana; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo; SILVA, Girlene Alves da. **Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 24, n. 4, p. 459-465, 2011.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde soc., São Paulo, v. 13, n. 3, Dec. 2004.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. **Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?** Ver. Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n.1, 2007.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PONTES, Ricardo José Soares; VASCONCELOS, Suziana Martins de. **Quality dimensions in health evaluation: manager's conceptions**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 2, Abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** [recurso eletrônico]; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012**. Publicada no DOU n° 12, 13 de junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação. **Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, 3ª ed. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.

_____. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS)**. Publicada no Diário Oficial da União- 30 de dezembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS): resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS — material de apoio**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS; 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.**

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**

BRUNNER & SUDDARTH, **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica/** [editores] Suzanne C. Smeltzer *et al.* 12ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. **Reflexões sobre a clínica ampliada em Equipes de Saúde da Família.** In: CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2005.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, *et al.* **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: HARTZ, ZMA., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997, p 29-47.

COSTA, Francisco José da. **Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração.** Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna. (Orgs). **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva, CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem.** Rev Bras Enferm 2006 jan-fev; 59(1): 84-8.

DONABEDIAN, Avedis. **Crerios y estándares para evaluar y monitorizar la calidad.** Rev Calidad Asistencial 2001.

_____. **A Evaluación de La Calidad de la Atención Médica.** Rev Calidad Asistencial, v.16, p.529-538, 2001b.

_____. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment.** Ann Harbor: Michigan H. A.; 1980.

_____. **The quality of care. How can it be assessed?** JAMA 1988; 260:1743-8.

_____. **Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care?** Milbank Mem Fund Quart, v.44, p. 167-70, 1986.

_____. **The seven pillars of quality.** Arch Pathol Lab Med. 1990.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim. **Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1267-1276, jun, 2006.

FAQUINELLO, Paula; MARCON, Sonia Silva; WAIDMANN, Maria Angélica Pagliarini. **A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 64, n. 5, p. 849-856, Oct. 2011.

FERREIRA, Reginara Alves; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. **Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 815-826, Apr. 2014.

FIGUEIREDO, Natalia Negreiros; ASAKURA, Leiko. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos.** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 6, 2010.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde.** Textos Reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

FROTA, Natasha Marques *et al.* **Acessibilidade do usuário hipertenso à unidade de saúde e adesão ao tratamento.** Rev Rene. 2013; 14(4):730-9.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.** Série Pesquisa em Educação. Líber Livro, Brasília, 2005.

GARUZI, Miriane *et al.* **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa.** Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 35, n. 2, p. 144-149, fev. 2014.
GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª edição. São Paulo. Atlas, 2002.

GIORGI, Dante Marcelo Artigas. **Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.** Rev. bras. hipertens; 13(1): 47-50, jan.-mar. 2006.

GIOVANELLA, Lígia; Mendonça Maria Helena Magalhães de. **Atenção Primária à Saúde.** In: GIOVANELLA, Lígia *et al*, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

GREZZANA, Guilherme Brasil; STEIN, Airton Tetelbon; PELLANDA, Lúcia Campos. **Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas.** Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 100, n. 4, p. 335-361, Apr. 2013.

GUBA, Egon; LINCOLN, Yvonna. **Fourth Generation Evaluation.** Beverly Hills: Sage, 1990.

HAYNES, R. B. *et al.* **Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review).** In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2004.

HELENA, Ernani Tiaraju de Santa; NEMES, Maria Ines Battistella; ELUF-NETO, José. **Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos.** Rev Saúde Pública 2008;42(4):764-7.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas – DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica – GEADD. **Estimativas da população dos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf. Acesso em: 16 set. 2015.

JORGE, Maria Salete Bessa *et al.* **Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: a satisfação dos usuários**. Revista Baiana de Saúde Pública. V.31, n.2, jul./dez. 2007.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. São Paulo. Agosto de 2004.

LESSA, Ines. **Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial**. Rev Bras Hipertens. 2006;13(1):39-46.

LIMA, Leilson Lira; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; JORGE, Maria Salete Bessa. **Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. 4, Aug. 2013.

LIMA, Livia P. M; GAZETTA, Claudia E. Análise do programa de controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto. Arq. ciênc. saúde; 14(2): 92-98, abr.-jun. 2007.

LIMA, Helder de Pádua *et al.* **Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo**. Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 170-178, abr./jun.2010.

LIMA, Luciana Dias de *et al.* **Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, Jul 2012.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. **The path of the line of care from the perspective of non-transmissible chronic diseases**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.14, n.34, p.593-605,jul./set. 2010.

MANZINI, Eduardo José. **A entrevista na pesquisa social. Didática**. São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Luiz Villarinho Pereira; LUIZA, Vera Lucia; CAMPOS, Mônica Rodrigues. **Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1673-1684, June 2014.

_____. **As redes de atenção à saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Ago.2010.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, Simone Gonçalves de Assis e Ednilsa Ramos de Souza. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. **Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, Aug. 2012.

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. **Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde.** Rev Esc Enferm USP. 2009;43(2):358-64.

MOREIRA, Ana Karine de Figueiredo; SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; CAETANO, Joselany Afio. **Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento.** Physis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2009.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; BUENO, Sonia Maria Vilella. **Freire e Formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo.** Acta Paul Enferm. 2009;22(4):439-44.

MOTTER, Fabiane Raquel; OLINTO, Maria Teresa Anselmo; PANIZ, Vera Maria Vieira. **Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 395-404, Feb. 2015.

NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, Jose Roque. **Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, Dec. 2013.

OIGMAN, Wille. **Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.** Rev Bras Hipertens. 2006; 13(1):30-4.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; IANNI, Aurea Maria Zöllner; DALLARI, Sueli Gandolfi. **Controle social no SUS: discurso, ação e reação.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, Aug. 2013.

OLIVEIRA, Elisabete Regina Araújo *et al.* **Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem.** *Rev Bras Pesq Saude.* 2010;12(2): 46–51.

OLIVEIRA, Luciel Henrique de. **Exemplo de cálculo de Ranking Médio para Likert.** Notas de Aula. Metodologia Científica e Técnicas de Pesquisa em Administração. Mestrado em Adm. e Desenvolvimento Organizacional. PPGA CNEC/FACECA: Varginha, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Brasília. 2011.

PEDUZZI, Marina. **A inserção do enfermeiro na equipe de Saúde da Família, na perspectiva da promoção da saúde.** In: Anais do 1º Seminário Estadual: o enfermeiro no programa de saúde da família. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; Nov. 2000.

PINHEIRO, Poliana Miranda; OLIVEIRA, Lúcia Conde de. **A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família.** *Interface (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 36, Mar. 2011.*

PORTER, Michael E; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos.** Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre, Bookman, 2007.

POWELL, Richard A.; SINGLE, Hellen M. **Focus groups.** *International Journal of Quality in Health Care, v. 8, n. 5, 1996.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Secretaria Executiva Regional IV. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais>> Acesso em: 19/11/2014.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira *et al.* **Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos.** *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(1):55-63.

RIBEIRO, Amanda Gomes *et al.* **Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família.** *Physis, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 87-112, 2011.*

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira *et al.* **A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa.** *Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Fev. 2014.*

RUFINO, Daniel Bartarim Rodrigues; DRUMMOND, Rosana Aparecida Teixeira, MORAES Weverton Leandro Dimartini de. **Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde.** *J Health Sci Inst.* 2012;30(4):336-42

SANTOS, Adriano Maia dos *et al.* **Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no programa saúde da família.** Rev Saúde Pública 2008;42(3):464-70.

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos; NERY, Adriana Alves; MATUMOTO, Silvia. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 107-114, Feb. 2013.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo *et al.* **Adesão do usuário hipertenso à terapêutica medicamentosa.** Rev Rene. 2013; 14(1):11-22.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; MARQUES, Ana Célia Tomaz; CARVALHO, Yanara Pinheiro. **Fatores relacionados à adesão ao tratamento do usuário hipertenso.** Rev Bras Promoc Saude, Fortaleza, 26(2): 298-306, abr./jun., 2013.

SATURNO, P. J. ; GASCON, J.J. **Identificación y priorización de oportunidad de mejora. Manual de Gestión de la Calidad de los Servicios Sanitarios.** Modulo 3: Actividades básicas para la mejora continua: Métodos y herramientas para la realización de ciclo de mejora. Unidad Temática 10. 1ª Ed. Universidad de Murcia, 2008.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. Estado do Ceará. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Políticas em Saúde. Núcleo de Epidemiologia. Informe Epidemiológico: Doenças Não Transmissíveis e Agravos - DANT Nº 01. Abr. 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. **Relatório de gestão do ano de 2007 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado.** Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em: 19 nov. 2014.

SERAPIONE, Mauro. **Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional.** In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco J (Org.). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010. p 218-219.

SHIMIZU, Helena Eri et al . Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, Aug. 2013.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface (Botucatu) 2004/2005; 9:25-38.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. **A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, Jan. 2013.

SIMÕES E SILVA, Camila *et al.* **Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.30, n.2, 2009.

SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo *et al.* **Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para a humanização da atenção à saúde.** *Cogitare Enferm* 2004; 9(1):71-78.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Volume 17, número 1, janeiro/março de 2010.

SOUSA, Maria Fátima; HAMANN, Edgar Merchán. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** *Cien Saude Colet* 2009; 14(Supl.1):1325 -1335.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de Campinas, São Paulo, Brasil.** *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):331-340.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. **A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços.** In: TEIXEIRA, Carmem Fontes; SOLLÁ, Jorge Pereira, organizadores. *Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família.* Salvador: Eufba; 2006.

TOLEDO, Melina Mafra; RODRIGUES, Sandra de Cássia; CHIESA, Anna Maria. **Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema.** *Texto contexto - enfermagem, Florianópolis*, v. 16, n. 2, p. 223-238, Abril-junho 2007.

TRIVINOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VANDERLEI, Maria Iêda Gomes; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. **A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life.** Geneva, Switzerland; 2002.

_____. **Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication.** Geneva: WHO Press; 2000.

_____. **Quality assessment and assurance in Primary Health Care.** Programme Statement. Geneve: World Health Organization. 1989.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa para gestores e trabalhadores de saúde.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
GESTORES E PROFISSIONAIS

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa **A QUALIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL**, a qual pretende avaliar a qualidade da assistência prestada ao usuário com hipertensão arterial na rede de atenção primária de saúde. Os achados dessa pesquisa proporcionarão discussão científica para a promoção de uma assistência primária de qualidade.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de questionário e/ou entrevista. Caso permita, suas respostas serão gravadas em arquivos de áudio para a posterior análise dos dados. Serão evitados quaisquer tipos de riscos ou transtornos aos que participarem, estando a pesquisadora a sua disposição para amenizá-los, não sendo necessário que o Sr. (a) responda a qualquer pergunta que traga desconforto. Todas as informações obtidas no estudo serão mantidas em sigilo, sua identidade não será revelada e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar, sem qualquer prejuízo. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa, e os resultados poderão ser apresentados em artigos científicos, revistas especializadas, encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Para contato sobre a pesquisa: Ana Livia Araújo Girão (responsável) - Tel: (85) 98751-1433, email: liviaag_@hotmail.com / Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE/UECE)- Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, tel (85) 3101-9890, email: cep@uece.br.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, ____ de _____ de 2015.

 Assinatura do (a) participante

 Assinatura do (a) Pesquisador (a)

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa para usuários.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
USUÁRIOS

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa **A QUALIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL**, a qual pretende avaliar a qualidade da assistência prestada ao usuário com hipertensão arterial na rede de atenção primária de saúde. Os achados dessa pesquisa proporcionarão discussão científica para a promoção de uma assistência primária de qualidade.

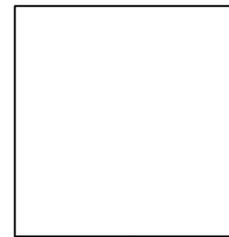
Sua participação é voluntária e se dará por meio de grupos focais. Sua participação é voluntária e se dará por meio de questionário e/ou entrevista. Caso permita, suas respostas serão gravadas em arquivos de áudio para a posterior análise dos dados. Serão evitados quaisquer tipos de riscos ou transtornos aos que participarem, estando a pesquisadora a sua disposição para amenizá-los, não sendo necessário que o Sr. (a) responda a qualquer pergunta que traga desconforto. Todas as informações obtidas no estudo serão mantidas em sigilo, sua identidade não será revelada e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar, sem qualquer prejuízo. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa, e os resultados poderão ser apresentados em artigos científicos, revistas especializadas, encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Para contato sobre a pesquisa: Ana Livia Araújo Girão (responsável) - Tel: (85) 98751-1433, email: liviaag_@hotmail.com / Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE/UECE)- Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, tel (85) 3101-9890, email: cep@uece.br.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, ____ de _____ de 2015.

 Assinatura do (a) participante

 Assinatura do (a) Pesquisador (a)



APÊNDICE C – Roteiro para observação sistemática.

1. Estrutura da unidade de saúde			
Critério	SIM	NÃO	Anotações
Segurança estrutural da unidade;			
Local apropriado para acolhimento;			
Sala de espera para consultas agendadas;			
Banheiros disponíveis ao hipertenso;			
Sala de verificação de PA;			
Equipamentos para verificação de PA adequados;			
Profissionais capacitados para verificação de PA;			
Farmácia equipada com anti-hipertensivos;			
Laboratório equipado e disponível ao hipertenso;			
Consultórios equipados;			
Condições de trabalho adequadas para os profissionais;			
Sala de vacinas disponível ao hipertenso;			
Suporte de emergência hipertensiva.			
OBSERVAÇÕES:			

2. Fluxo de atendimento do usuário dentro da unidade na RAS			
Critério	SIM	NÃO	Anotações
Recepção do usuário;			
Marcação de consultas;			
Acolhimento com classificação de risco;			
Atendimento à demanda espontânea;			
Atendimento agendado;			
Atendimento de emergência;			
Verificação de sinais vitais;			
Atendimento do usuário encaminhado;			
Realização de exames;			
Recebimento de medicação;			
Agendamento de retorno;			
Encaminhamento para outro profissional;			
Referenciamento do usuário para outros serviços;			
OBSERVAÇÕES:			

3. Composição e trabalho da equipe multiprofissional			
Critério	SIM	NÃO	Anotações
Equipes completas;			
Consultas do hipertenso com médico;			
Carga horária médica (30h ou 2 médicos cumprindo 40h);			
Consultas do hipertenso com enfermeiro;			
Carga horária enfermeiro (32h + 8h);			
Hipertensos acompanhados no domicílio pelos ACS;			
Atuação do NASF;			
Projetos multiprofissionais;			
Relação das equipes multiprofissionais com os outros pontos da RAS;			
Projetos de educação em saúde.			
OBSERVAÇÕES:			

4. Acesso, vínculo e acolhimento			
Critério	SIM	NÃO	Anotações
Unidade de fácil acesso à comunidade;			
Acolhimento à demanda espontânea;			
Ambiência acolhedora;			
Atendimento preferencial;			
Estabilidade da equipe profissional, garantindo vínculo;			
Continuidade do cuidado;			
Confiança entre trabalhador e usuário;			
Corresponsabilização do usuário pelo cuidado;			
Transparência das ações com a comunidade;			
Participação da comunidade nas ações de saúde promovidas pela unidade.			
OBSERVAÇÕES:			

APÊNDICE D – Questionário destinado aos gestores da unidade de saúde.

Dados Profissionais:	
Sexo: M () F ()	
Tempo de formação: Até 5 anos () Entre 5 e 10 anos () Entre 10 e 15 anos () Mais de 15 anos ()	
Tipo de vínculo: estatutário () Celetista () Cargo comissionado () Contrato () Outro () Possui outro vínculo de trabalho? Não () Sim () Se sim, qual? _____	
Titulação: Graduado () Especializado () Mestre () Doutor () Área de graduação: _____ Área de pós-graduação: _____	
Já trabalhou na atenção básica antes de sua gestão? Sim () Não () Se sim, por quanto tempo? Até 1 ano () Entre 1 e 5 anos () Mais de 5 anos ()	
Tempo de atuação como gestor nesta unidade de saúde: Até 1 ano () Entre 1 e 5 anos () Mais de 5 anos ()	
Já foi gestor de outra Unidade de Saúde? Sim () Não () Se sim, também da atenção básica? Sim () Não ()	

Quanto à Unidade de Saúde:	1	2	3	4	5
1. A estrutura dessa unidade é satisfatória ao atendimento do hipertenso.	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
2. A quantidade de profissionais nessa unidade é satisfatória para o atendimento ao hipertenso.	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
3. O fluxo de atendimento dessa unidade proporciona qualidade da atenção ao hipertenso.	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Quanto à qualidade:	1	2	3	4	5
4. O atendimento dessa unidade de saúde é de qualidade.	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
5. Fui capacitado a respeito da qualidade na atenção básica.	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
6. Acredito que os usuários atendidos por essa UAPS estão satisfeitos.	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Nem concordo, nem, discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

APÊNDICE E – Questionário destinado aos trabalhadores de saúde.

Dados Profissionais:
Sexo: M () F ()
Tempo de formação: Até 5 anos () Entre 5 e 10 anos () Entre 10 e 15 anos () Mais de 15 anos ()
Tipo de vínculo: estatutário () Celetista () Cargo comissionado () Contrato () Outro () Possui outro vínculo de trabalho? Não () Sim () Se sim, qual? _____
Titulação: Graduado () Especializado () Mestre () Doutor () Área de graduação: _____ Área de pós-graduação: _____
Tempo de atuação nesta Unidade de saúde: Até 1 ano () Entre 1 e 5 anos () Mais de 5 anos ()

Quanto à Unidade de Saúde:	1	2	3	4	5
1. A estrutura dessa unidade é satisfatória ao atendimento do hipertenso.	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
2. A quantidade de profissionais nessa unidade é satisfatória para o atendimento ao hipertenso.	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
3. O fluxo de atendimento dessa unidade proporciona qualidade da atenção ao hipertenso.	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Quanto à qualidade:	1	2	3	4	5
4. O atendimento que eu presto ao usuário hipertenso é de qualidade.	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
5. Fui capacitado a respeito da qualidade na atenção básica.	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
6. Acredito que os usuários atendidos por mim estão satisfeitos.	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

APÊNDICE F – Roteiro para entrevista semiestruturada com os gestores e trabalhadores de saúde.

- ✓ Fale sobre o fluxo de atendimento do hipertenso nessa unidade.
- ✓ Para você o que é/de que é composta a qualidade da atenção?
- ✓ Como você promove as ações de qualidade dentro da Unidade de Saúde?
- ✓ Quais as facilidades e dificuldades enfrentadas com vistas ao desenvolvimento de uma assistência qualificada ao usuário hipertenso no serviço?
- ✓ Que estratégias você poderia indicar para a melhoria da qualidade do cuidado na atenção primária?

APÊNCICE G – Modelo de convite para grupo focal com os usuários.

CONVITE

Prezado usuário,

Convido o senhor (a) para participar de um Grupo Focal, que será realizado aqui nesta Unidade de Saúde e terá como objetivo a discussão sobre **A QUALIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL.**

Conto com a participação de todos!

Data: ___/___/___

Horário: _____ : _____

Local: _____



REALIZAÇÃO:

Grupo de Pesquisa Saúde do Adulto e Família da **Universidade Estadual do Ceará.**

Contato:

Pesquisadora Ana Livia Araújo Girão (tel 98751-1433)

APÊNDICE H – Formulário para a caracterização do usuário.

Dados pessoais:
Sexo: M () F ()
Idade:
Profissão:
Naturalidade: Capital () Interior ()
Estado civil: Casado () Solteiro () Divorciado () Viúvo () Outro () Qual? _____
Renda familiar: Menos de 1 salário mínimo () 1 salário mínimo () Entre 1 e 3 salários mínimos () Mais de 3 salários mínimos ()

Em relação à hipertensão e à unidade de saúde:
Hipertenso há quanto tempo? Menos de 6 meses () Entre 6 meses e 1 ano () Entre 1 e 5 anos () Mais de 5 anos ()
A pressão está controlada? Sim () Não ()
Utiliza os medicamentos conforme foram prescritos? Sim () Não ()
Você considera sua alimentação saudável? Sim () Não ()
Pratica exercícios físicos? Não () Sim () Quantas vezes por semana? _____
Fuma? Não () Sim () Quantos cigarros por dia? _____
Tempo que frequenta essa unidade de saúde: _____ anos / _____ meses
Atual motivo de procura à unidade: Consulta por crise hipertensiva () Consulta por acompanhamento da HAS () Renovação de receita () Buscar medicamentos () Verificação da pressão arterial () Outro () Qual? _____

APÊNDICE I – Temário para grupo focal com os usuários hipertensos.

- ✓ Entendimento de qualidade da assistência.
- ✓ Satisfação com a atenção que recebem.
- ✓ Aspectos positivos da atenção recebida na unidade de saúde.
- ✓ Aspectos negativos/sugestões de melhora da atenção recebida na unidade de saúde.

ANEXOS

ANEXO A- Anuência concebida pela Prefeitura Municipal de Fortaleza.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Número do processo: P474930/2015

Título do projeto de pesquisa: "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE AO USUÁRIO HIPERTENSO NA REDE SUS: HUMANIZAÇÃO, ACESSO, VÍNCULO, CORRESPONSABILIZAÇÃO".

Pesquisadoras responsáveis: ANA LÍVIA ARAÚJO GIRÃO E CONSUELO HELENA AIRES DE FREITAS.

Instituição proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ.

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

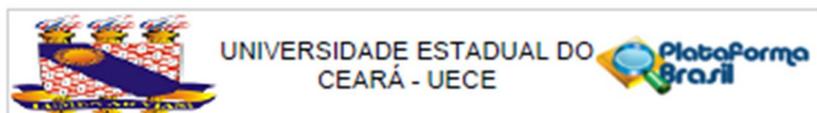
Fortaleza, 27 de fevereiro de 2015.

Maria Ivanília Tavares Timbó

Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do
Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da SMS.

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE AO USUÁRIO HIPERTENSO NA REDE SUS: HUMANIZAÇÃO, ACESSO, VÍNCULO, CORRESPONSABILIZAÇÃO.

Pesquisador: Ana Livia Araújo Girão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42435015.0.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.068.382

Data da Relatoria: 24/04/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto investiga sobre a qualidade da atenção a saúde do usuário hipertenso na rede SUS, por meio da realização de entrevistas com gestores e profissionais e de grupo focal com usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a atenção integral a saúde ao usuário em situação de hipertensão arterial, conforme as diretrizes da atenção básica, no contexto do Sistema Único de Saúde.

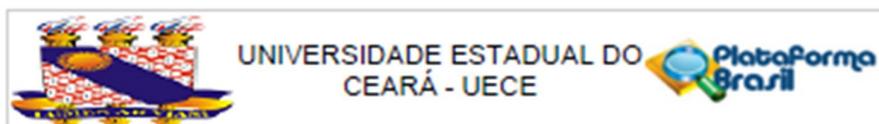
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos decorrentes da pesquisa envolvem situações de incômodo ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais, estando a pesquisadora a sua disposição para amenizar o incômodo, não sendo necessário que o participante responda a qualquer pergunta que traga desconforto. Os resultados podem indicar quais os aprimoramentos necessários no atendimento do paciente com hipertensão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem estruturada.

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
 Bairro: Irapari CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9900 Fax: (85)3101-9908 E-mail: anavalensia@uece.br



Continuação do Parecer: 1.066.362

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 19 de Maio de 2015

Assinado por:
Ana Carina Steiko-Pereira
(Coordenador)

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9900 Fax: (85)3101-9908 E-mail: wnwieslka@uece.br

ANEXO C- Encaminhamento para a SR IV a fim de promover conhecimento sobre a execução da pesquisa.



PREFEITURA DE MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

À COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES IV

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE AO USUÁRIO HIPERTENSO NA REDE SUS: HUMANIZAÇÃO, ACESSO, VÍNCULO, CORRESPONSABILIZAÇÃO".

Seguem algumas informações sobre o estudo: A pesquisadora responsável é ANA LÍVIA ARAÚJO GIRÃO, DISCENTE DO CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, SOB A ORIENTAÇÃO DE CONSUELO HELENA AIRES DE FREITAS.

- A pesquisa será realizada na UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (UAPS) DOM ALOÍSIO LORSCHIEDER, VINCULADA À SECRETARIA REGIONAL IV.

- A coleta de dados ocorrerá durante o período de ABRIL A AGOSTO DE 2015.

- A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária a apresentação do parecer do CEP aprovando o estudo.

- Após a defesa, os pesquisadores deverão realizar uma apresentação oral dos resultados do estudo para a COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE DA SMS (COGTES/SMS) e entregar uma cópia impressa do trabalho para compor a biblioteca da COGTES/SMS. Comunicamos ainda que a COGTES/SMS emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 27 de fevereiro de 2015.

Maria Ivanília Tavares Timbó

Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do
Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadora de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da SMS