



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

BÁRBARA RADIGONDA

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM  
HIPERTENSÃO E OU DIABETES NO MUNICÍPIO DE  
CAMBÉ - PR**

BÁRBARA RADIGONDA

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM  
HIPERTENSÃO E OU DIABETES NO MUNICÍPIO DE  
CAMBÉ - PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Kazue Tanno de Souza.

Coorientador: Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior.

Londrina  
2014

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca  
Central da Universidade Estadual de Londrina**

**Dados Internacionais de Catalogação-na Publicação (CIP)**

R129a Radigonda, Bárbara.  
Avaliação da atenção às pessoas com hipertensão ou diabetes no município de Cambé-PR / Bárbara Radigonda. – Londrina, 2014.  
184. : il.

Orientador: Regina Kazue Tanno de Souza.  
Coorientador: Luiz Cordoní Juínor.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.  
Inclui bibliografia.

1. Serviços de saúde cominatória – Avaliação – Teses. 2. Cuidados primários da saúde – Teses. 3. Hipertensão – Teses. 4. Diabetes – Teses. 5. Acesso aos serviços de saúde – Teses. Souza, Regina Kazue Tanno de. II. Cordoní Junior, Luiz. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614.2

BÁRBARA RADIGONDA

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E OU  
DIABETES NO MUNICÍPIO DE CAMBÉ - PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Maria Ines Battistella Nemes  
USP – São Paulo – SP

---

Profa. Dra. Elisabete de Fátima Polo  
de Almeida Nunes  
UEL – Londrina – PR

---

Profa. Dra. Regina Kazue Tanno de Souza  
UEL – Londrina – PR

Londrina, 27 de fevereiro de 2014.

*À MINHA FAMÍLIA*

*“O tempo passa, mas deixa com certeza a sua marca que  
ficará para toda minha vida.”*

## **AGRADECIMENTOS**

---

*À Deus, que guiou meus passos em direção à essa conquista.*

*Ao meu eterno companheiro, Junior, por acreditar nos meus sonhos, incentivar e apoiar nos momentos em que mais precisei. Com certeza, você é a minha grande motivação.*

*Aos meus pais, Celso e Solange, por priorizar minha educação e ensinar a enfrentar e superar situações da vida. Obrigada pela dedicação e amor despendidos nesses 26 anos.*

*Ao meu irmão, André, que apesar de distante, sempre torceu pelo meu sucesso.*

*À minha orientadora, Professora Regina Kazue Tanno de Souza, que vem contribuindo com a minha formação desde o módulo PIN2 do segundo ano de graduação, por meio de sua sabedoria, paciência, dedicação, preocupação e afeto. Você é um exemplo de profissional que desejo ser um dia.*

*Ao meu coorientador, Professor Luiz Cordoni Junior, por proporcionar, com sua inteligência, equilíbrio e dedicação, meu entusiasmo pela avaliação e crescimento profissional.*

*À Professora Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes, por propiciar o meu primeiro contato com pesquisa, na iniciação científica da graduação, e apoiar as demais fases da minha vida profissional. Sua competência e dedicação me ensinaram a dar os primeiros passos que foram a base para a conquista dessa etapa.*

*Aos professores da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelas valiosas contribuições nos seminários de acompanhamento das dissertações. Agradeço, em especial, ao professor Arthur Eumann Mesas, pela troca de saberes, competência, paciência e dedicação na minha primeira experiência como docente.*

*Aos integrantes do projeto VIGICARDIO, pela dedicação e esforço empregado no decorrer do estudo.*

*Aos profissionais da Secretaria de Saúde do município de Cambé, em especial à Angela e Maria, pela atenção e apoio no percurso da pesquisa.*

*Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Sandra Lage, Cinthia e Camila, pela atenção e paciência.*

*À professora Maria Ines Battistella Nemes, pela disponibilidade e importantes contribuições na qualificação.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela bolsa de estudo que viabilizou minha dedicação exclusiva.*

*Às minhas amigas de infância e graduação, pela escuta nos momentos de angústia. Agradeço, em especial, à Marília pelo companheirismo na graduação e em todos os momentos.*

*Enfim, à todas as pessoas, que de alguma forma, fizeram parte dessa conquista e contribuíram com o meu crescimento profissional.*



RADIGONDA, Bárbara. **Avaliação da atenção às pessoas com hipertensão e ou diabetes no município de Cambé - PR.** 2014. 184f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

## RESUMO

**Introdução:** O perfil de morbidade e de mortalidade caracterizado pelas doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial e diabetes mellitus, que são eventos significativos à demanda dos serviços de saúde, exige a adoção de ações adequadas e oportunas. **Objetivo:** Este estudo buscou avaliar a atenção às pessoas com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Cambé – PR. **Material e métodos:** A população de estudo foi constituída por 687 pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus identificados em estudo de base populacional (VIGICARDIO). Determinou-se como dimensões de avaliação: o reconhecimento do indivíduo pela unidade, o acompanhamento e atendimento prestado e o controle da pressão arterial e/ou da glicemia. Para avaliar as dimensões foram analisados o prontuário, as Fichas A e B do Sistema de Informação da Atenção Básica, o cartão de aprazamento e a ficha do SIS HiperDia. Foi construída uma matriz de indicadores cujos resultados verificados foram comparados ao padrão estabelecido. Os resultados foram julgados de acordo com os percentuais obtidos: *excelente* (100-90%), *satisfatório* (89-70%), *regular* (69-50%) e *crítico* (<50%). Realizou-se também análise dos fatores associados ao reconhecimento, cobertura de consulta médica e controle da pressão arterial. **Resultados:** Verificou-se reconhecimento abaixo do desejável (63,7%). A frequência de reconhecimento foi mais elevada entre as mulheres, indivíduos com 60 anos ou mais, com baixa escolaridade, pertencentes à classe econômica C, D ou E, que não trabalham, consideram seu estado de saúde regular, ruim ou muito ruim e que utilizam a UBS. O acompanhamento foi caracterizado pela consulta médica com baixo registro de consulta de enfermagem. Observou-se que a proporção de realização de pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses foi significativamente mais elevada entre as mulheres, nos indivíduos com baixa escolaridade, pertencentes à classe econômica C, D ou E e que utilizam a UBS. A análise do atendimento revelou registro precário de atividades técnicas e orientações. A frequência de controle da pressão arterial foi significativamente maior entre as mulheres, indivíduos com baixa escolaridade e em pessoas com baixo risco cardiovascular. A maioria dos indicadores de todas as dimensões obtiveram resultados considerados *regulares* ou *críticos*. **Conclusão:** Os resultados indicam que o processo de atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes está direcionado principalmente aos indivíduos que utilizam a UBS e apontam a necessidade de outras estratégias para melhorar a qualidade da atenção e ampliar a inserção da população ainda não contemplada pelo serviço.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde. Serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Diabetes Mellitus. Hipertensão.



RADIGONDA, Bárbara. **Evaluation of the care given to people with hypertension and / or diabetes in the city of Cambé - PR.** 2014. 184f. Dissertation (Masters in Collective Health) – State University of Londrina, Londrina, 2014.

## ABSTRACT

**Introduction:** The morbidity and mortality profile that characterize non communicable chronic diseases such as hypertension and diabetes mellitus, which are significant events to the health care demand, require the taking of timely and appropriate actions. **Objective:** This work seeks to evaluate the care given by the Basic Health Units (UBS) to people with diabetes mellitus e/or hypertension in the city of Cambé – PR. **Material and Methodology:** The population of this study was constituted by 687 individuals with hypertension e/or diabetes mellitus, identified in a populational based study (VIGICARDIO). It was determined as dimensions for evaluation: the recognition of the individual by the unit, the follow-up and the care provided and the control of the blood pressure and/or glycemia. To evaluate the dimensions, the charts, Records A and B of the Basic Attention Information System, the scheduling card and the SIS HiperDia chart were analyzed. An indicator matrix was built, and the verified results were compared with the established standard. The results were judged in accordance with the obtained percentage: *excellent* (100-90%), *satisfactory* (89-70%), *regular* (69-50%) and *critical* (<50%). An analysis of the factors associated to the recognition, visit coverage and blood pressure control was also made. **Results:** It was verified that the recognition was below desirable (63,7%). The recognition frequency was higher with women, individuals over 60 years old, those with low education levels, belonging to the C, D or E economic classes, unemployed, who consider their health state to be regular, bad, or very bad and that make use of the UBS. The follow up was characterized by the medical visit with low nursing consultation record. It was observed that the proportion of individuals having more than one medical consultation over the last 12 months was significantly higher among the women, those with low education levels, belonging to the C, D and E economic classes and that make use of the USB. The analysis of the procedure revealed a poor record of the technical activities and orientations. The blood pressure control frequency was significantly higher among women, low education level individuals and people with cardiovascular risk. The majority of the indicators of all dimensions obtained results considered *regular* or *critical*. **Conclusion:** The results indicate that the care procedures to people with hypertension and / or diabetes is focused mainly on the individuals that make use of the UBS and point to the need of other strategies to improve the care quality and increase the participation of the population not addressed by the service.

**Keywords:** Health evaluation. Health services. Primary health care. Diabetes Mellitus. Hypertension.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cambé/PR.....	33
<b>Figura 2</b> – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde do Município de Cambé segundo área de abrangência .....	34
<b>Figura 3</b> – Metas e periodicidade do tratamento de diabetes mellitus tipo 2.....	38
<b>Figura 4</b> – Exames laboratoriais para acompanhamento e controle da hipertensão arterial.....	39
<b>Figura 5</b> – Frequência de consulta de acompanhamento ao indivíduo portador de hipertensão arterial com quadro estabilizado conforme classificação de risco para ocorrência de evento coronariano .....	39
<b>Figura 6</b> – Limite do Município de Cambé /PR.....	46
<b>Figura 7</b> – Classificação de risco global, segundo escore de Framingham.....	50
<b>Figura 8</b> – Etapas do cálculo do escore de Framingham para classificação do risco cardiovascular global individual para homens .....	51
<b>Figura 9</b> – Etapas do cálculo do escore de Framingham para classificação do risco cardiovascular global individual para mulheres .....	52
<b>Figura 10</b> – Variáveis de caracterização disponibilizadas pelo banco de dados do projeto VIGICARDIO, 2011 .....	58
<b>Figura 11</b> – Variáveis de acompanhamento do indivíduo portador de diabetes e/ou hipertensão arterial pela Unidade Básica de Saúde do município de Cambé.....	60
<b>Figura 12</b> – Variáveis de atendimento do indivíduo portador de diabetes e/ou hipertensão arterial pela Unidade Básica de Saúde do Município de Cambé.....	61
<b>Figura 13</b> – Variáveis de controle da hipertensão e do diabetes mellitus pela Unidade Básica de Saúde do Município de Cambé .....	62
<b>Figura 14</b> – Matriz de indicadores para avaliação do reconhecimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.....	65

<b>Figura 15</b> – Matriz de indicadores para avaliação do acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.....	66
<b>Figura 16</b> – Matriz de indicadores para avaliação do atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.....	71
<b>Figura 17</b> – Matriz de indicadores para avaliação do controle das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.....	75
<b>Figura 18</b> – Fluxo de composição da população de estudo, Cambé/PR, 2011 .....	79
<b>Figura 19</b> – Fluxo de composição dos indivíduos reconhecidos pela unidade básica de saúde, Cambé/PR, 2012.....	82
<b>Figura 20</b> – Fluxo de composição dos indivíduos reconhecidos com registro de visita domiciliar, Cambé/PR, 2012 .....	87
<b>Figura 21</b> – Fluxo de composição dos indivíduos com diagnóstico de hipertensão reconhecido e classificação de risco, Cambé/PR, 2012 .....	91



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Descrição da população de estudo (n=606) segundo características socioeconômicas, demográficas, condição de saúde, utilização do serviço e classificação de risco cardiovascular, Cambé/PR, 2011 .....	79
<b>Tabela 2</b> – Distribuição (em percentual) dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes (n=606) segundo presença de prontuário e ficha A na unidade básica de saúde da área de abrangência, Cambé/PR, 2011.....	81
<b>Tabela 3</b> – Distribuição (percentual) dos indivíduos com diagnóstico de hipertensão reconhecido (n=369) segundo documento de registro, Cambé/PR, 2012 .....	83
<b>Tabela 4</b> – Distribuição (percentual) dos indivíduos com diagnóstico de diabetes reconhecido (n=81) segundo documento de registro, Cambé/PR, 2012 .....	83
<b>Tabela 5</b> – Análise bruta da associação entre o reconhecimento da unidade de saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes (n=606) e variáveis de caracterização, Cambé – PR, 2012 .....	84
<b>Tabela 6</b> – Frequência do registro de visitas domiciliares nas fichas B-HA/DIA nos 11 primeiros meses de 2012 entre indivíduos com hipertensão (n=369) e diabetes (n=81) reconhecidos pela unidade básica da área de abrangência, Cambé/PR, 2012 .....	88
<b>Tabela 7</b> – Análise bruta da associação entre cobertura de consulta médica às pessoas com hipertensão e/ou diabetes reconhecidas pela unidade (n= 386) e variáveis de caracterização, Cambé – PR, 2012.....	89
<b>Tabela 8</b> – Distribuição da frequência do registro de consulta médica no prontuário nos últimos 12 meses segundo condição dos indivíduos reconhecidos pela unidade básica da área de abrangência, Cambé/PR, 2012 .....	92
<b>Tabela 9</b> – Resultado em percentual e julgamento dos indicadores do critério 3E- Concentração da consulta médica, Cambé/PR, 2012 .....	93
<b>Tabela 10</b> – Resultado em percentual e julgamento dos indicadores do critério 2A- Atividade técnica na consulta médica, Cambé/PR, 2012.....	95
<b>Tabela 11</b> – Resultado em percentual e julgamento dos indicadores do critério 2C- Orientações nas consultas médicas, Cambé/PR, 2012 .....	96

<b>Tabela 12</b> – Distribuição dos indivíduos com hipertensão e diabetes reconhecidos pela unidade da área de abrangência com registro de pressão arterial (n=285) e glicemia (n=49) no prontuário nos últimos 12 meses segundo nível de controle, Cambé/PR, 2012.....	98
<b>Tabela 13</b> – Resultado em percentual e julgamento dos indicadores dos critérios 4A- Proporção de indivíduos com hipertensão reconhecidos controlados e 4B- Proporção de indivíduos com diabetes reconhecidos controlados, Cambé/PR, 2012.....	98
<b>Tabela 14</b> – Análise bruta da associação entre controle da pressão arterial das pessoas com hipertensão reconhecidas pela unidade com registro de pressão arterial nos últimos 12 meses (n= 285) e variáveis de caracterização, Cambé – PR, 2012.....	99

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

---

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ECV	Evento Cardiovascular Maior
HÁ	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS-HipeDia	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	24
1.1	ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS.....	25
1.2	NECESSIDADES DE AVALIAÇÃO.....	28
1.3	CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMBÉ.....	31
1.3.1	Magnitude das Doenças Cardiovasculares e do Diabetes e Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.....	35
1.3.1.1	Processo de identificação do indivíduo com hipertensão e ou diabetes mellitus.....	35
1.3.1.2	Acompanhamento do indivíduo com hipertensão e ou diabetes mellitus e controle da hipertensão e do diabetes mellitus.....	37
1.3.1.3	Atendimento ao indivíduo com hipertensão e ou diabetes mellitus.....	40
1.4	JUSTIFICATIVA.....	40
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	43
2.1	OBJETIVO GERAL .....	43
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	45
3.1	DESCRIÇÃO DO ESTUDO .....	45
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	45
3.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	46
3.3.1	Projeto VIGICARDIO.....	46
3.3.2	Definição da População do Presente Estudo .....	47
3.4	COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO .....	48
3.4.1	Projeto VIGICARDIO.....	48
3.4.2	Classificação do Risco Cardiovascular Individual.....	50
3.4.3	Análise Documental .....	52
3.4.3.1	Avaliação do reconhecimento .....	55
3.4.3.2	Avaliação do acompanhamento.....	56
3.4.3.3	Avaliação do atendimento .....	56
3.4.3.4	Avaliação do controle.....	57

3.4.4	Pré-teste e Estudo Piloto.....	57
3.5	VARIÁVEIS DE ESTUDO .....	57
3.5.1	Variáveis de Caracterização .....	57
3.5.2	Variáveis de Avaliação.....	59
3.5.2.1	Avaliação do reconhecimento .....	59
3.5.2.2	Avaliação do acompanhamento.....	59
3.5.2.3	Avaliação do atendimento .....	61
3.5.2.4	Avaliação do controle.....	62
3.5.2.5	Variáveis desfecho na análise dos fatores associados.....	63
3.6	TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	63
3.7	MATRIZ DE INDICADORES.....	64
3.8	FONTES DE FINANCIAMENTO.....	76
3.9	ASPECTOS ÉTICOS .....	76
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>78</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO .....	78
4.2	AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES.....	78
4.2.1	Avaliação da dimensão reconhecimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.....	81
4.2.2	Avaliação da Dimensão Acompanhamento das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes .....	86
4.2.2.1	Registro de aprazamento .....	86
4.2.2.2	Visita domiciliar.....	86
4.2.2.3	Consulta médica .....	88
4.2.2.4	Consulta de enfermagem.....	93
4.2.3	Avaliação da Dimensão Atendimento às Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes.....	94
4.2.4	Avaliação da Dimensão Controle das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes.....	97
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>102</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO E OU DIABETES.....	102
5.2	RECONHECIMENTO DOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO E OU DIABETES .....	105

5.3	ACOMPANHAMENTO DOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO E OU DIABETES .....	109
5.3.1	Registro de Aprazamento .....	109
5.3.2	Visita Domiciliar .....	111
5.3.3	Consulta Médica.....	113
5.3.4	Consulta de Enfermagem .....	116
5.4	ATENDIMENTO DOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO E OU DIABETES.....	118
5.4.1	Atividade Técnica.....	118
5.4.2	Orientações.....	121
5.5	CONTROLE DOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO E OU DIABETES.....	125
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>130</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>133</b>
	<b>APÊNDICE .....</b>	<b>147</b>
	<b>APÊNDICE A – Formulário para Coleta de Dados: Análise Documental .....</b>	<b>148</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>151</b>
	<b>ANEXO A – Ficha A do SIAB para Cadastramento.....</b>	<b>152</b>
	<b>ANEXO B – Ficha B-Ha do SIAB para Acompanhamento de Pessoas com Hipertensão .....</b>	<b>154</b>
	<b>ANEXO C – Ficha B-Dia do SIAB para Acompanhamento De Pessoas Com Diabetes.....</b>	<b>155</b>
	<b>ANEXO D – Formulário para Coleta de Dados: VIGICARDIO .....</b>	<b>156</b>
	<b>ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina: VIGICARDIO .....</b>	<b>183</b>
	<b>ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina.....</b>	<b>184</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O perfil de morbidade e mortalidade da população brasileira passa por um processo de transição, caracterizando-se por substituição gradual das doenças infectocontagiosas e parasitárias e das deficiências nutricionais pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT e aquelas relacionadas a causas externas (MENDES, 2012; BRASIL, 2008; PONTES et al., 2009).

As DCNT constituem as principais causas de morte no mundo, representando 63% dos óbitos em 2008. No Brasil, correspondem ao problema de saúde de maior magnitude e atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis (BRASIL, 2011a). Em 1930, as doenças cardiovasculares representavam 12% das mortes no país. Essa causa respondeu por aproximadamente 30% dos óbitos do ano de 2009 (MENDES, 2012).

Mudanças ocorridas determinaram um perfil de risco em que as doenças crônicas como a Hipertensão Arterial - HA e Diabetes Mellitus - DM tornam-se preocupantes devido ao número crescente de casos na população, por constituir importante causa de hospitalizações no sistema público de saúde e resultar em sérios problemas de saúde pública (BRASIL, 2011b).

A HA é a doença mais frequente dentre o grupo das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para as complicações encefálicas, cardiovasculares, coronarianas, renais e vasculares periféricas (BRASIL, 2006a, 2011b).

O DM, mundialmente, apresenta alta morbidade e mortalidade com redução importante na qualidade de vida do indivíduo, principalmente por complicações como insuficiência renal, amputações de membros inferiores, cegueira e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006b, 2011b).

Considerando este cenário atual, entre as políticas de enfrentamento das doenças e agravos crônicos, a HA e o DM são prioridades de saúde pública (BRASIL, 2011a; MENDES, 2012). Historicamente, a organização de serviços voltados para a atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes tem se pautado no acompanhamento com o objetivo principal de intervir na ocorrência dos eventos cardiovasculares (SCHRAIBER; GONÇALVES, 2000; MENDES, 2012).

Para isso, a Atenção Primária em Saúde - APS deve ser porta de entrada para o sistema de assistência e constituir um nível próprio de atendimento com capacidade

resolutiva, com o intuito de alcançar uma melhor qualidade assistencial (SCHRAIBER; GONÇALVES, 2000).

Uma ferramenta para atingir a qualidade na atenção primária em saúde é a ação programática (BRASIL, 2011d). A estruturação do serviço na lógica programática é compreendida como de importância primordial na continuidade da atenção integral (ROSA FILHO, 2006). Essa lógica incorpora a padronização variável de condutas de acordo com os objetivos estabelecidos (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1990).

A estratégia de saúde da família constitui atualmente a proposta mais recente de atuação na lógica programática para o fortalecimento da APS por meio da ruptura dos modelos de atenção fragmentados (MENDES, 2012). A busca deste novo modelo de atenção à saúde com a estratégia tem o propósito de aproximar a relação entre o sistema de saúde e a população (SOUZA, 2008). Neste modelo, o enfrentamento das doenças crônicas na lógica programática constitui uma das prioridades das políticas públicas de saúde que têm sido implementadas.

Frente a esse cenário avaliar o processo e o resultado das ações é primordial para identificar os desafios atuais da atenção primária no enfrentamento das doenças cardiovasculares no contexto das DCNT.

### 1.1 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS

Assim como em outros países, no Brasil, as DCNT também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude, pois são responsáveis por 72% das causas de morte. Destacam-se, entre essas causas, as doenças do aparelho circulatório e o diabetes por corresponderem a 31,3% e 5,2% respectivamente dos óbitos. Além disso, a hipertensão arterial é a causa mais frequente entre as doenças do aparelho circulatório com um custo social extremamente elevado (BRASIL, 2011a).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde tem adotado estratégias e ações com o intuito de reduzir as doenças cardiovasculares por meio de medidas de educação voltadas à boa prática de alimentação, atividade física, ações antitabágicas e redução do consumo de álcool (BRASIL, 2011a, 2011b).

Essas ações voltadas à hipertensão e diabetes ocorrem prioritariamente na atenção básica cuja finalidade do processo na produção de serviços de saúde deve ser a de atender, de forma integral, as necessidades dos grupos sociais que constituem o território

(CAMPOS; MISHIMA, 2005; CECILIO, 2001). As necessidades de saúde apresentam-se atreladas a determinantes sociais, acessibilidade às ações de saúde, aspectos políticos e econômicos (CAMPOS; MISHIMA, 2005; MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011; VIACAVA et al., 2011). O indivíduo apresenta necessidade em relação ao cuidado de sua saúde e ao buscar o serviço espera esclarecer dúvidas e receber respostas para as suas queixas de ordem clínica (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011). A partir disso, o serviço deve instaurar processos de trabalho que direcionem a política pública de saúde ao direito universal (CAMPOS; MISHIMA, 2005; CECILIO, 2001).

No contexto da década de 1970, ocorreram mundialmente debates em torno dos modelos assistenciais, tendo em foco a proposta de modelo de medicina comunitária ou Atenção Primária à Saúde – APS (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007) buscando reorganizar os sistemas de serviços de saúde e reforçar o princípio da integralidade com ênfase nas ações preventivas, promocionais e universalização da assistência (PAIM, 1999) por meio de práticas preventivas e assistenciais (ALVES, 2005).

Esse modelo redefine as características da demanda de forma a enfatizar a “oferta organizada” a partir das necessidades de saúde da população num dado território. A “oferta organizada”, baseada nos principais agravos identificados, constitui a principal ferramenta para o planejamento e identificação dos problemas prioritários (PAIM, 1999; FEUERWERKER, 2005). Seus objetivos, entre outros, são proporcionar atenção menos onerosa, direcionada aos agravos crônicos e de prevalência crescente (GIOVANELLA, 2011; PAIM, 1999). Assim, procura-se compatibilizar a “demanda espontânea” a “oferta organizada”, atendendo indivíduos, família e comunidade que compõe a “demanda espontânea” para desenvolver ações de controle de agravos em grupos populacionais específicos (PAIM, 2003).

A família é a unidade de ação programática e se introduz o conceito de área de cobertura com ênfase na visão ativa da intervenção em saúde, o que embasou a construção da estratégia Saúde da Família (VIANA; DAL POZ, 1998). Essa estratégia preconiza a atuação das equipes em território definido, com a realização de ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência e acompanhamento longitudinal do indivíduo (BRASIL, 2011a; OPAS, 2010).

Assim, a partir da detecção do indivíduo, os profissionais podem atuar no controle da doença, identificação, prevenção e manejo das complicações por meio do

acompanhamento periódico das pessoas com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial com uma equipe de atenção básica treinada com tarefas específicas (BRASIL, 2006b).

Propõe-se que o acompanhamento das pessoas com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes seja realizado pela equipe de saúde mensalmente por meio da visita domiciliar e utilização da Ficha de acompanhamento-Ficha B do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. No momento da visita, o profissional deve verificar os hábitos de vida e a utilização de medicamentos, para então intervir nos pontos-chave (BRASIL, 2000).

Outro sistema instituído para articular a gestão do cuidado e vincular o portador à atenção básica ou equipe de saúde foi o Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica – SIS – HiperDia (BRASIL, 2002). Além do cadastramento dos indivíduos, esse sistema tem por objetivo garantir a distribuição dos medicamentos prescritos por meio do acompanhamento do recebimento (BRASIL, 2002). O acompanhamento dos casos diagnosticados também é realizado na unidade por meio da consulta. A cada consulta o profissional de saúde deve verificar e orientar quanto ao plano alimentar, atividade física, fumo, consumo de bebida alcoólica, pressão arterial, peso e altura para monitorar e readequar as condutas de acordo com as necessidades do indivíduo (BRASIL, 2006b).

Entretanto, apesar de instituído o padrão de cuidado a esse grupo de indivíduo, estudos indicam que há um baixo percentual de acompanhamento (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011) e que a assistência prestada é fragmentada (SILVA et al., 2011; PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

Diante disso, há necessidade de conhecer o funcionamento, a qualidade e a efetividade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes para tomar decisões necessárias e atender aos preceitos de universalidade, integralidade e equidade. Nesse sentido, a avaliação é uma alternativa para contribuir na tomada de decisão para melhorias nas intervenções de saúde (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

## 1.2 NECESSIDADES DE AVALIAÇÃO

Segundo Champagne et al. (2011a, p. 44), avaliar significa:

[...] emitir juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes [...]

A avaliação é uma das atividades fundamentais da programação, pois, ao acompanhar o processo e os resultados do trabalho programático, monitora a obtenção de resultados em nível coletivo (SALA; NEMES; COHEN, 2000). É uma atividade decorrente das informações produzidas no cotidiano da atenção, que apesar de insuficientes para captar todas as mudanças, são essenciais para os processos de transformação das práticas de saúde (FELISBERTO, 2004), e pode ser utilizada em vários momentos distintos, a depender de seus objetivos. Quando utilizada de maneira estratégica, a avaliação ajuda na elaboração de uma intervenção. De maneira formativa tem o intuito de aperfeiçoamento contínuo e a avaliação somativa possui foco na tomada de decisão sobre continuidade da intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011a).

Para intensificar a avaliação, há necessidade de se aprofundar nas distintas abordagens, atributos ou características das intervenções que se pretende avaliar, como: equidade, acessibilidade, aceitabilidade, adequação, qualidade técnico-científica, eficácia, efetividade e eficiência (AQUINO; MEDINA; BARRETO, 2011).

Donabedian (1990) formulou os conceitos desses atributos que compõem os pilares de sustentação da qualidade em saúde, no contexto da avaliação do desempenho da prática médica, na qual é possível distinguir condições “ideais” das “reais”. Dessa forma, define eficácia como capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para melhoria nas condições de saúde e efetividade como a melhoria da saúde alcançada nas condições usuais da prática cotidiana (DONABEDIAN, 1990).

Entretanto, em saúde coletiva dificilmente obtêm-se condições “ideais”, pois se trata de práticas relacionadas à saúde da população em geral ou de um determinado grupo. Assim, os conceitos de eficácia e efetividade utilizados na administração pública (CASTRO, 2006; FRANZESE, 2012) e no contexto da saúde coletiva (CARVALHO; GOULART, 1998), são mais adequados para a avaliação de serviços e programas de saúde coletiva. Nesse sentido, na avaliação da eficácia verifica-se por meio das ações produzidas se os melhores resultados possíveis foram alcançados e na de efetividade se foram obtidas transformações concretas na situação de saúde, ou seja, o impacto causado por determinada ação (CARVALHO; GOULART, 1998; FRANZESE, 2012).

A abordagem da avaliação normativa procura verificar se uma intervenção está de acordo com normas estabelecidas. Quando é conduzida obedecendo aos rigores do método científico é também uma pesquisa avaliativa. Sua validade e conclusões estão

baseadas na pertinência e na exatidão das normas escolhidas. Desta maneira, cinco critérios podem ser utilizados para articular os focos da avaliação (CHAMPAGNE et al., 2011b):

1. Fidelidade – Está sendo feito o que presumidamente se deve fazer?
2. Cobertura – A intervenção alcança a clientela prevista?
3. Qualidade – O produto realizado corresponde às especificações do produto previsto inicialmente?
4. Custos – A intervenção poderá ser realizada pelo custo previsto?
5. Efeitos – A intervenção teve os efeitos esperados?

Assim, as inúmeras finalidades da avaliação refletem o fato de que as práticas de saúde podem ser analisadas a partir do âmbito científico, político e social (VIEIRA DA SILVA; FORMIGLI, 1994) sendo necessário arbitrar conforme os seus contextos (CHAMPAGNE et al., 2011a).

Avaliar e monitorar o desempenho dos serviços é uma grande necessidade para os direcionamentos que procuram aprimorar a qualidade da atenção à saúde (SALA, 1998; FELISBERTO, 2004). O processo de adequação, reorientação e organização dos serviços de saúde passa pela análise complexa de fatores como necessidades de saúde, demanda, oferta, acesso, uso e equidade que formam a base dos estudos sobre serviços de saúde e avaliação da qualidade desses (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2009).

O contexto conceitual da avaliação dos serviços de saúde baseado em Avedis Donabedian é pautado em três componentes: estrutura, processo e resultado. A estrutura envolve os recursos físicos, materiais e humanos. No processo, analisam-se todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, a partir da adequação das ações ao conhecimento técnico científico vigente. O resultado é o produto final da assistência prestada (DONABEDIAN, 1966).

De acordo com Sala (1990), os enfoques da avaliação de serviços de saúde são distintos devido a diferentes objetos a serem avaliados na medida em que a racionalidade que norteia os trabalhos em saúde é característica de cada serviço. Os enfoques são resumidos por este autor em cinco linhas de aproximação: relação entre uma demanda por cuidados de saúde de uma dada população e cuidados oferecidos para um serviço ou estrutura de serviços de saúde; organização do trabalho ou serviços de saúde; processo de atendimento; custos e resultados finais do atendimento.

Assim, deve-se considerar de que modo as rotinas estão sendo executadas no indivíduo-objeto do programa para propor a análise que permita visualizar o conjunto do

trabalho programático e até que ponto ele é realizado (SALA, 1990). Essa análise do programa, sustentada em critérios e normas, consiste em uma atividade científica que requer em sua execução determinado rigor metodológico (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Para a avaliação de certas atividades, devem-se constituir, no primeiro momento, as categorias analíticas que são capazes de articular o trabalho individual e coletivo. Posteriormente a este procedimento são definidos indicadores com seus respectivos dados e informações necessárias a estes dados (SALA; NEMES; COHEN, 2000). Um dos passos fundamentais para a escolha de indicadores é o estabelecimento de padrões de desempenho no qual é definido o que se pretende alcançar com a execução da ação (MEDINA et al., 2005).

No Brasil, diversos programas estão sendo desenvolvidos para avaliar os serviços de saúde. O Projeto: Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS) é um modelo de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro com base no contexto político, social e econômico, no qual identifica os determinantes dos problemas de saúde e seu impacto em diferentes grupos sociais por meio do cálculo de indicadores disponíveis na matriz de indicadores do projeto (BRASIL, 2012).

O MS instituiu pela portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB - voltado para ampliar o impacto da atenção básica sobre as condições de saúde da população, fornecer padrões de boas práticas para as unidades de saúde, aumentar a efetividade e eficiência dos serviços de saúde, fortalecer os processos de avaliação, auto-avaliação e monitoramento e qualificar a gestão (BRASIL, 2012b).

Além disso, a avaliação é um dos eixos do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Entre as principais ações preconizadas para os próximos dez anos (2011-2022) para enfrentar as DCNT, estão os estudos de avaliação de intervenções em saúde e pesquisas sobre acesso aos serviços e sua utilização (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, para a avaliação das intervenções pode-se utilizar a cobertura que corresponde à população reconhecida pela unidade de saúde em relação à população adstrita à mesma. A utilização da unidade de saúde, expressa pela cobertura real, também pode ser objeto de avaliação, pois toma por base a população que faz uso do serviço e,

portanto, que foi beneficiada pelo programa (AQUINO; MEDINA; BARRETO, 2011; VIEIRA DA SILVA, 2005).

O processo de atendimento, momento em que o indivíduo é efetivamente atendido pelo serviço de saúde, é importante para verificar a qualidade do cuidado recebido em termos de adequação a um padrão de cuidados previamente estabelecidos a partir do diagnóstico (SALA, 1990). Ademais, o monitoramento regular dos portadores de doenças crônicas pela equipe de saúde, um dos meios que asseguram uma atenção efetiva e eficiente e autocuidado apoiado (MENDES, 2012), também se constitui de objeto para avaliação.

Assim, a prática de avaliação sistemática nos diversos níveis do sistema de saúde propicia informações para definição e organização de estratégias de intervenção (TAMAKI et al., 2012). Esta prática deve estar orientada para o seu uso potencial (PATTON, 2000) de maneira que não contribua apenas para informações científicas, mas como um dispositivo de acompanhamento das mudanças fundamentais e colabore para o processo de decisão (CONTANDRIOPOULOS, 2011).

### 1.3 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMBÉ

No município de Cambé, o processo de reorganização de serviços de saúde na atenção primária teve início em 1983, em quatro unidades de saúde com as seguintes atividades: vacinação, controle de pressão arterial, curativo, atendimento pré-natal, inalação, atendimento odontológico, consultas médicas de clínica geral, ginecológica e pediátrica (FREITAS, 2004).

A reestruturação dos serviços de saúde do município, em 1985, resultou em expansão da área de cobertura de atendimento primário com ampliação e construção de Unidades Básicas de Saúde. Neste momento, cria-se a primeira estrutura administrativa da Prefeitura Municipal de Cambé e o convênio com as Ações Integradas de Saúde – AIS (Figura 1) (FREITAS, 2004).

Os investimentos em saúde advindos das AIS contribuíram para a melhoria do atendimento da rede de atenção primária por meio da capacitação de profissionais, aquisição de recursos materiais e transporte para saúde. Nesse cenário, iniciaram-se as práticas baseadas em normas e protocolos locais de atendimento para grupos populacionais prioritários (FREITAS, 2004).

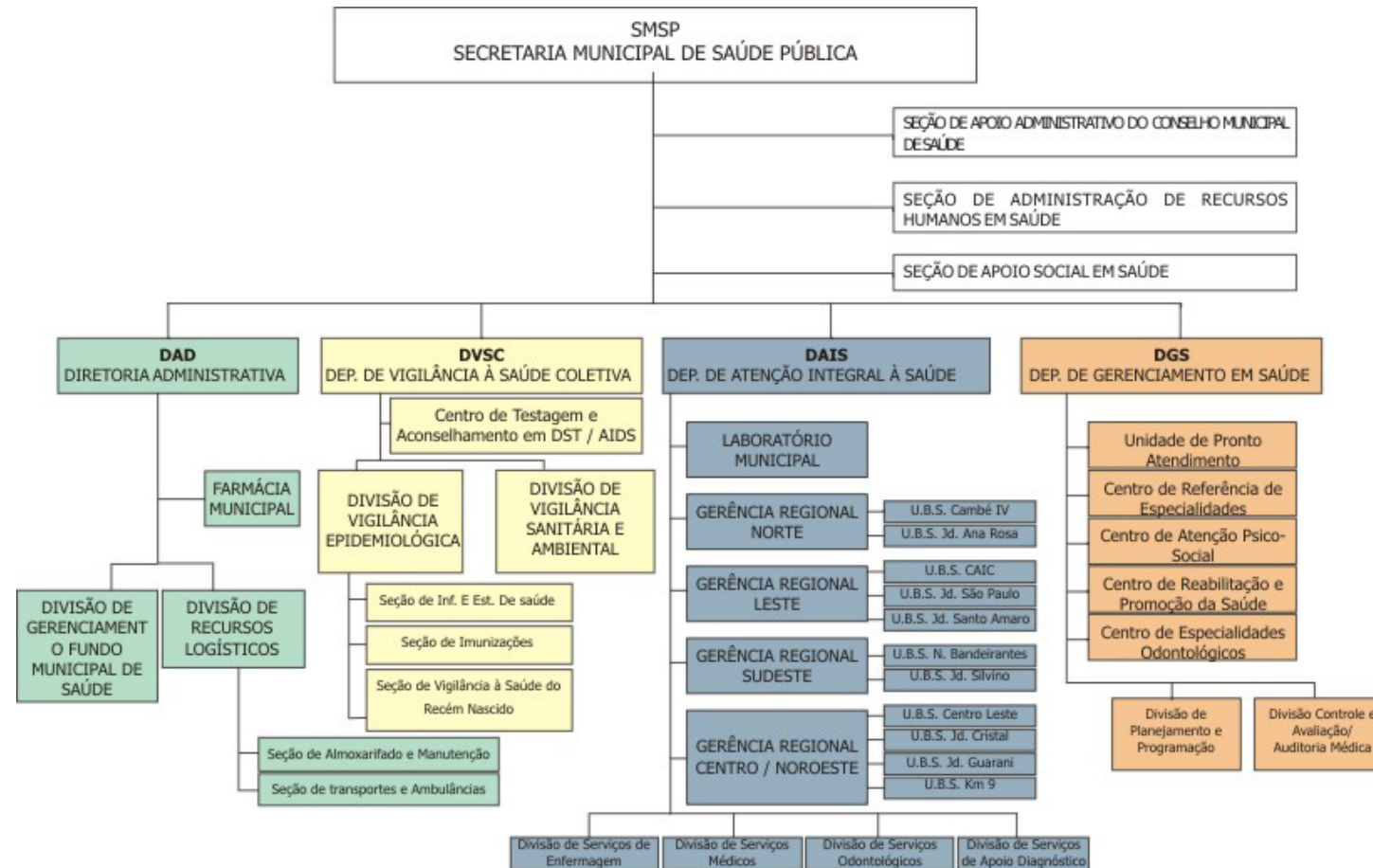
Com o SUS, o município dá continuidade aos princípios já estabelecidos na prática dos serviços de saúde - participação social, integralidade e equidade - e reorganiza e melhora a atenção de acordo com os demais princípios do SUS (FREITAS, 2004).

Em 2007, por meio do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, o Município de Cambé formalizou a adesão ao Pacto pela Saúde com o objetivo de qualificar e consolidar os princípios do SUS. Segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Paraná, o Município de Cambé é integrante da 17<sup>a</sup> Regional de Saúde e é sede de módulo e microrregião assistencial contemplando quatro municípios próximos (CAMBÉ, 2010).

O fluxo operacional da atenção primária do município de Cambé tem como referência para o primeiro atendimento as Unidades Básicas de Saúde - UBS. Essas funcionam como instância para o estabelecimento de vínculo entre o indivíduo e o serviço de saúde, promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos. A atenção neste nível deve contemplar o cuidado dos casos agudos assim como o acompanhamento dos casos crônicos (CAMBÉ, 2010).

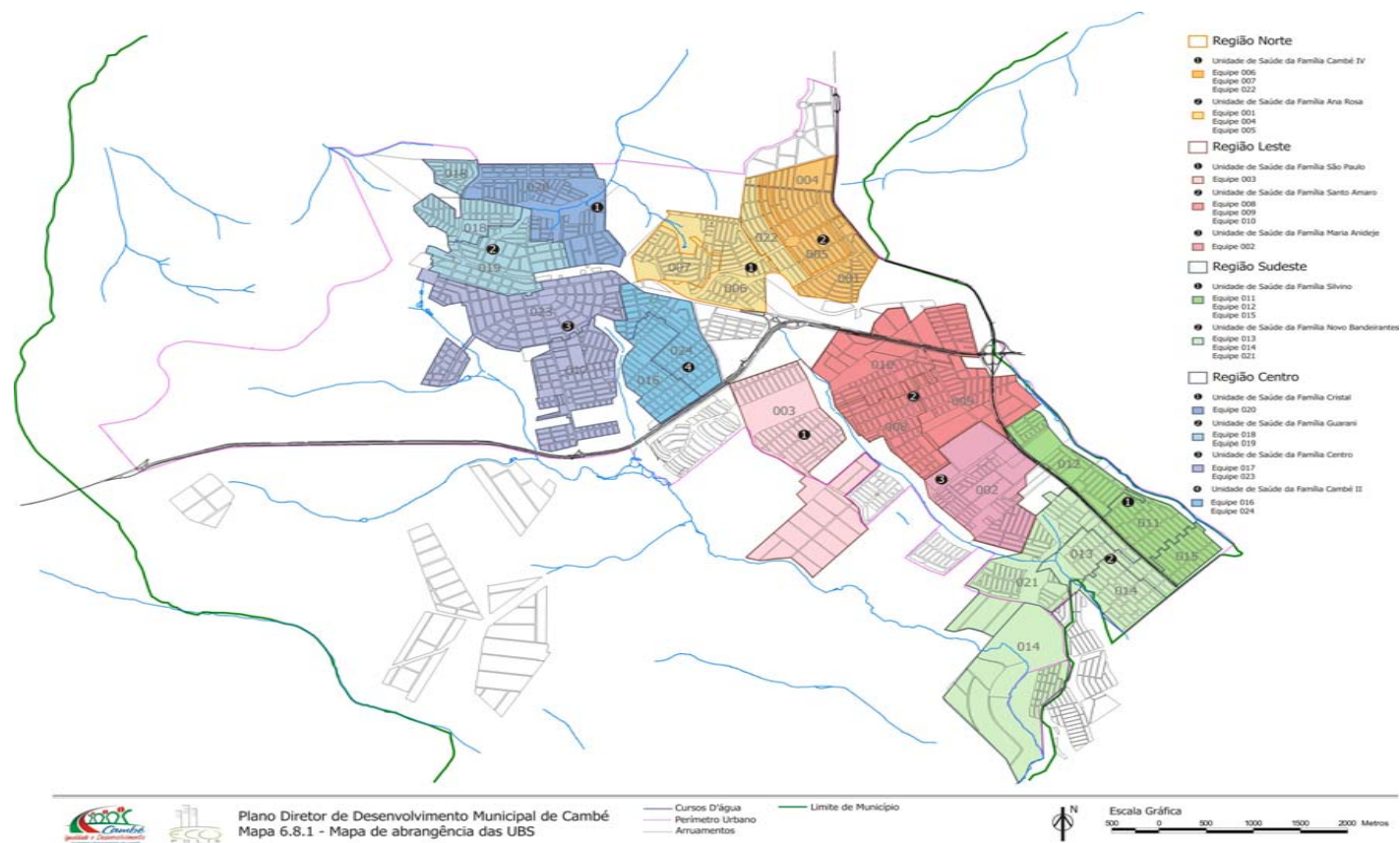
O município, em 2013, possuía 13 Unidades Básicas de Saúde com 24 Equipes de Saúde da Família distribuídas nas cinco regiões (Figura 2), com 100% de implantação da estratégia Saúde da Família nas unidades de saúde. Os procedimentos da atenção básica são realizados integralmente nas unidades básicas do município, enquanto que os procedimentos ambulatoriais especializados de média e alta complexidade são realizados no próprio município ou pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema – CISMENPAR por meio de serviços vinculados à 17<sup>a</sup> Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, localizado no município de Londrina – PR (CAMBÉ, 2010).

**Figura 1** – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cambé/PR.



Fonte: Cambé (2008).

**Figura 2** – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde do Município de Cambé segundo área de abrangência.



Fonte: Cambé (2008).

### 1.3.1 Magnitude das Doenças Cardiovasculares e do Diabetes e Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

No Município de Cambé, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, correspondendo em 2011 a 29,2% do total de óbitos do município. Dentre essas doenças há predomínio das Doenças Cerebrovasculares, Doenças Isquêmicas do Coração e Hipertensivas. As Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, responderam em 2011 por 5,4% dos óbitos do município, sendo 71,9% dessas mortes relacionadas ao DM (CAMBÉ, 2008b, 2010; DATASUS, 2014).

Estudo de base populacional “Doenças Cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações – VIGICARDIO” realizado no município com indivíduos de 40 anos ou mais residentes na área urbana mostrou prevalência de 55,9% de hipertensão e 12,8% de diabetes. Observou-se ainda que entre os fatores de risco investigados, a inatividade física no lazer foi a mais prevalente (71,4%), seguida pela prevalência de sobrepeso e obesidade (68,3%), hipertensão arterial (55,9%), baixo consumo de frutas (54,3%), baixos níveis de HDL-C (49,1%), baixo consumo de verduras e legumes (35,5%), tabagismo (20,0%), consumo abusivo de álcool (17,5%) e diabetes (12,8%) (SOUZA et al., 2013).

Para enfrentamento do problema, o município vem implementando ações de controle de HA e DM por meio do reconhecimento do portador e ações de acompanhamento e tratamento (CAMBÉ, 2010). Essas ações seguem orientações dos protocolos de HA e DM preconizados pelo MS.

#### 1.3.1.1 Processo de identificação do indivíduo com hipertensão e ou diabetes mellitus

Segundo o protocolo, a detecção do indivíduo com hipertensão e/ou diabetes pode ocorrer em três momentos; visita domiciliar, rastreamento e busca espontânea da unidade (BRASIL, 2006a, 2006b; CAMBÉ, 2012b, 2012c).

O rastreamento para investigar hipertensão arterial é recomendado para indivíduos com 20 anos ou mais, já para o diabetes a busca ativa deve ser em indivíduos com idade acima de 45 anos, com excesso de peso (Índice de Massa Corporal - IMC>25) e/ou obesidade central e/ou antecedente familiar com diabetes e/ou HA e/ou doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica (BRASIL, 2006a, 2006b; CAMBÉ, 2012c).

Nas visitas domiciliares, a Equipe de Saúde da Família deve utilizar esses fatores indicativos de maior risco para identificar os indivíduos com hipertensão e/ou diabetes e encaminhá-los até a unidade (BRASIL, 2006a, 2006b; CAMBÉ, 2012c). A busca espontânea da unidade de saúde, outra oportunidade de reconhecimento dos supostos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, deve ser realizada na “pré-consulta” na qual o profissional de saúde tem a oportunidade de avaliar as queixas e investigar os fatores de risco (CAMBÉ, 2012b, 2012c).

A partir desses momentos deve ser realizada a avaliação inicial com exploração clínica e/ou laboratorial com o objetivo de firmar diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus; avaliar presença de lesão em órgãos-alvo; identificar fator de risco para doença cardiovascular e diagnosticar doenças associadas e causa da hipertensão e/ou diabetes, quando houver (BRASIL, 2006a).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), considera-se hipertensão arterial a presença de pressão arterial sistólica igual ou maior que 140mmHg e pressão arterial diastólica igual ou maior que 90mmHg em indivíduos que não estão fazendo o uso de medicamento anti-hipertensivo, após conhecer a pressão usual do indivíduo e repetir a aferição em diferentes momentos. Para o diagnóstico de diabetes considera-se glicemia casual igual ou maior que 200 mg/dl, e/ou glicemia em jejum igual ou maior que 126mg/dl e/ou teste de tolerância à glicose maior ou igual a 200 mg/dL somados a presença de sintomas característicos (poliúria, polidipsia, polifagia ou perda de peso inexplicada) (BRASIL, 2006b).

Uma vez confirmado o diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes, o indivíduo deve ser cadastrado no programa por meio do preenchimento do SIS-HiperDia (CAMBÉ, 2012b, 2012c). O Agente Comunitário de Saúde - ACS também deve preencher a situação de hipertensão e/ou diabetes no campo condição referida da Ficha A de cadastramento do SIAB (ANEXO A) (BRASIL, 2000) e a partir de então, o indivíduo deve ser acompanhado pelo serviço de saúde.

### 1.3.1.2 Acompanhamento do indivíduo com hipertensão e ou diabetes mellitus e controle da hipertensão e do diabetes mellitus

O acompanhamento do portador de hipertensão e/ou diabetes deve ser realizado pela Equipe de Saúde da Família por meio das visitas domiciliares e das consultas de acompanhamento para evitar as complicações que podem se desenvolver no decorrer do tempo. As ações de prevenção, identificação e manejo das complicações devem ser desenvolvidas pela equipe multiprofissional por meio do seguimento das atividades, metas e periodicidade propostas pelos protocolos (BRASIL, 2006b, 2006c; CAMBÉ, 2012b, 2012c).

Nas visitas domiciliares, o ACS, após diagnóstico médico estabelecido de hipertensão e/ou diabetes, deve preencher a Ficha para Acompanhamento Mensal de Hipertensos – Ficha B - HA do SIAB (ANEXO B), no caso de hipertensão, e Ficha de Acompanhamento de Diabéticos - Ficha B - DIA do SIAB (ANEXO C), no caso de diabetes (BRASIL, 2000, 2006a, 2006b; CAMBÉ, 2012b).

A cada visita domiciliar mensal, os dados devem ser atualizados pelos ACS e revisados periodicamente pelo supervisor, que analisa as informações referentes ao acompanhamento dos fatores de risco (dieta, exercícios físicos, pressão arterial no dia da visita), das medicações em uso e da periodicidade das consultas médicas (data da última consulta) (BRASIL, 2000; CAMBÉ, 2012b, 2012c).

Nas consultas de acompanhamento ao indivíduo com diabetes, os profissionais devem se atentar para as metas de: glicose plasmática, colesterol, pressão arterial, IMC, circunferência abdominal, plano alimentar, atividade física e tabagismo (Figura 3). Essas consultas devem ser realizadas a cada trimestre com o profissional médico e de enfermagem (BRASIL, 2006b; CAMBÉ, 2012c).

Já nas consultas de acompanhamento das pessoas com hipertensão, para controle da pressão arterial e de suas complicações, devem ser avaliados os valores da pressão arterial e dos exames complementares periódicos para verificar o estado hipertensivo e detectar lesões em órgãos alvo (Figura 4) (CAMBÉ, 2012b). A frequência das consultas de acompanhamento para indivíduos com hipertensão com quadro estabilizado é determinada por meio da classificação de risco cardiovascular individual (Figura 5) (BRASIL, 2006a; CAMBÉ, 2012b).

As atividades de atendimento realizadas nessas consultas são importantes para acompanhar e avaliar o estado de saúde dos indivíduos, a adesão ao tratamento preconizado e direcionar as condutas.

**Figura 3** – Metas e periodicidade do tratamento de diabetes mellitus tipo 2.

<b>Glicose plasmática</b>	<b>Referência (mg/dL)</b>	<b>Periodicidade</b>
Jejum	≤ 110	Mensal até controle depois trimestral.
2h pós prandial	≤ 140	Se necessário
Hemoglobina glicada	≤ 7%	Trimestral até controle depois semestral
<b>Colesterol</b>	<b>Referência (mg/dL)</b>	<b>Periodicidade</b>
Total	< 200	Anual
HDL – Colesterol	> 45	Anual
LDL – Colesterol	< 100	Anual
LDL – Colesterol	< 100 (<70 DCV)	Anual
Triglicerídeos	< 150	Anual
<b>Pressão Arterial</b>	<b>Referência (mmHg)</b>	<b>Periodicidade</b>
Sistólica	< 130	A cada consulta trimestral
Diastólica	< 80	A cada consulta trimestral
<b>Índice de Massa Corporal – IMC</b>	<b>Referência (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Periodicidade</b>
	20 - <25	A cada consulta trimestral
<b>Circunferência Abdominal</b>	<b>Referência (cm)</b>	<b>Periodicidade</b>
Homens	≤ 94	A cada consulta trimestral
Mulheres	≤ 80	A cada consulta trimestral
<b>Plano alimentar</b>	<b>Alimentação saudável e controle de peso.</b>	<b>Verificar e orientar a cada consulta trimestral.</b>
<b>Atividade física</b>	<b>&gt; 30 min./dia ou 1h dia (perda/manutenção peso)</b>	<b>Verificar e orientar a cada consulta trimestral.</b>
<b>Fumo</b>	<b>Não fumar</b>	<b>Verificar e orientar a cada consulta trimestral.</b>

Fonte: Cambé (2012c).

**Figura 4** – Exames laboratoriais para acompanhamento e controle da hipertensão arterial.

Exame	Valor Referência	Finalidade	Frequência solicitação	
			Baixo risco	Médio, alto e muito alto risco
Glicemia jejum	80 – 100 mg/dL	Monitoramento diabetes mellitus	Biênio	Anual
Colesterol total	< 200 mg/dL*	Monitoramento dislipidemia	Biênio	Anual
Triglicerídeos	< 150 mg/dL*	Monitoramento dislipidemia	Biênio	Anual
HDL – Colesterol	40 – 60 mg/dL*	Monitoramento dislipidemia	Biênio	Anual
LDL - Colesterol	< 100 mg/dL*	Monitoramento dislipidemia	Biênio	Anual
Potássio	3,5 a 5,0 mEq/l	Investigação de Hiperaldosteronismo	Biênio	Anual
Creatinina	0,8 a 1,0 mg/dL	Monitoramento função renal	Biênio	Anual

\*Valores considerados ótimos.

**Fonte:** Cambé (2012b).

**Figura 5** – Frequência de consulta de acompanhamento ao indivíduo portador de hipertensão arterial com quadro estabilizado conforme classificação de risco para ocorrência de evento coronariano.

Grupo de risco	CONSULTA	
	Médica	Enfermagem
Risco <b>BAIXO*</b>	Anual	Anual
Risco <b>MODERADO</b>	Semestral	Semestral
Risco <b>ALTO</b>	Trimestral	Trimestral

**Fonte:** Brasil (2006<sup>a</sup>), \*Cambé, (2012b).

### 1.3.1.3 Atendimento ao indivíduo com hipertensão e ou diabetes mellitus

O protocolo preconiza que nos atendimentos a pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes, correspondentes às consultas de acompanhamento, os indivíduos sejam assistidos pela equipe multiprofissional que realiza ações de promoção à saúde com ênfase nas ações de mudança de estilo de vida e correção de fatores de risco (BRASIL, 2006a, 2006b). Na consulta médica é recomendada a abordagem das principais estratégias do tratamento não farmacológico (BRASIL, 2006a). A cada consulta, o profissional médico deve verificar alterações na história clínica, realizar exame físico, reavaliar o tratamento medicamentoso e não medicamentoso. No exame físico, verifica o peso e altura para cálculo de IMC, sinais vitais - medida da pressão arterial e frequência cardíaca - inspeção, exame do precórdio, do pulmão, do abdômen, do fundo de olho e neurológico sumário, além de avaliar extremidades, edema e pescoço (BRASIL, 2006a; CAMBÉ, 2012b).

No caso de diabetes, nas consultas realizadas trimestralmente, é preconizada a orientação pelo médico quanto aos hábitos alimentares, prática de atividade física, fumo e consumo de álcool. O profissional precisa realizar também avaliação oftalmológica, além de verificar pressão arterial e solicitar exames de acordo com periodicidade preconizada (Figura 3) (BRASIL, 2006b; CAMBÉ, 2012c).

Nas consultas de enfermagem, aos indivíduos que possuem hipertensão e/ou diabetes, recomenda-se que os profissionais orientem quanto aos fatores de risco, tratamento medicamentoso, não medicamentoso, adesão ao tratamento e possíveis intercorrências no tratamento medicamentoso. Além disso, que realizem a avaliação e orientação sobre o controle do peso, altura, pressão arterial, circunferência abdominal e cuidado com os membros inferiores, no caso de diabetes, para identificar o pé em risco (BRASIL, 2006a, 2006b; CAMBÉ, 2012b, 2012c).

## 1.4 JUSTIFICATIVA

A seleção de indicadores adequados que permitam acompanhar e avaliar a qualidade da atenção constitui importante ferramenta de gestão no monitoramento da situação de saúde. A avaliação propicia indicar deficiências na atenção à saúde do adulto e colabora no enfrentamento de agravos à saúde. Pesquisas avaliativas podem produzir conhecimento

científico visando contribuir no desenvolvimento de indicadores e metodologias de avaliação dos serviços de saúde.

Porém, são escassas as práticas de avaliação nos serviços de saúde em geral. Desta forma, o conhecimento sobre a atenção prestada pelas Unidades Básicas de Saúde às pessoas com diabetes e/ou hipertensão pode trazer subsídios para reorientar a prática nos serviços e melhorar a qualidade da intervenção sobre as doenças crônicas não transmissíveis.



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a atenção às pessoas com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial pelas Unidades Básicas de Saúde do Município de Cambé - PR.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes segundo aspectos sociais, econômicos, demográficos, condições de saúde e utilização dos serviços de saúde.
- Avaliar a situação do reconhecimento, acompanhamento, atendimento e controle dos indivíduos com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus pelas Unidades Básicas de Saúde.
- Identificar os fatores associados aos indicadores selecionados de reconhecimento, acompanhamento e controle.



### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal avaliativo da atenção aos portadores de hipertensão e/ou diabetes no ano de 2012. O ponto de partida do presente estudo foi o estudo de base populacional denominado “Doenças Cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações – VIGICARDIO”.

O VIGICARDIO consiste em um projeto iniciado em 2011, por pesquisadores da Universidade Estadual de Londrina – UEL, na área urbana do município de Cambé – PR. É um estudo transversal, de base populacional com adultos de 40 anos ou mais que participaram de entrevistas domiciliares, realizaram medidas antropométricas e coleta de material biológico para exames laboratoriais (VIGICARDIO, 2012).

A presente pesquisa parte da população com hipertensão e/ou diabetes identificados no VIGICARDIO. Neste trabalho o enfoque está na avaliação da atenção aos indivíduos portadores de hipertensão e/ou diabetes. Caracteriza-se por pesquisa avaliativa de base normativa do processo e do resultado por meio de análise documental.

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Cambé – PR que foi fundado em 11 de outubro de 1947 e está situado na Região Norte do Estado do Paraná na microrregião do município de Londrina. Possui uma área de 496 Km<sup>2</sup> e faz limite com os municípios de Prado Ferreira, Bela Vista do Paraíso, Sertanópolis, Londrina, Araongas, Rolândia e Jaguapitã (Figura 6) (CAMBÉ, 1992, 2008, 2012).

Segundo o censo de 2010 Cambé possui 96.735 habitantes distribuídos em sua maioria (96,1%) na área urbana do município. No ano de 2010 a proporção de pessoas com 40 anos ou mais era de 36,8% da população total (IBGE, 2010a, 2010b).

**Figura 6 – Limite do Município de Cambé /PR.**



**Fonte:** IPARDES (2012).

### 3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

#### 3.3.1 Projeto VIGICARDIO

A população de estudo do projeto VIGICARDIO foi constituída por residentes da área urbana de Cambé – PR com idade igual ou superior a 40 anos. Em 2010, o grau de urbanização do município era de 96,09%, ou seja, apenas 3,91% da população total residiam na área rural (IPARDES, 2013). O tamanho da amostra foi calculado tendo por base os dados da Contagem da População 2007. Nesse ano residiam no município de Cambé 92.888 habitantes dos quais 33,1% possuíam idade igual ou superior a 40 anos.

Para o cálculo foi utilizado o aplicativo StatCalc do programa Epi Info 3.5.3 adotando uma proporção esperada de 50%, margem de erro de 3 pontos percentuais e intervalo de confiança de 95% (IC95%). A amostra estimada foi de 1066 sujeitos, acrescentando-se 25% para prever eventuais perdas e recusas.

O projeto considerou todos os setores censitários da região urbana da Contagem Populacional de 2007. Para cada setor foi definida uma cota de pessoas a serem entrevistadas com intervalos quinquenais, segundo sexo e faixa etária, por meio do cálculo da proporção de homens e mulheres com 40 anos ou mais. Tais procedimentos resultaram em uma amostra de 1336 sujeitos.

Na etapa seguinte, foram utilizados como referência os mapas das divisões censitárias da área urbana do município com bairros, ruas e quadras. Foi adotada uma sistemática para o percurso amostral que permitisse a garantia da cobertura do setor.

Primeiro, as quadras de cada setor foram enumeradas aleatoriamente e em seguida sorteou-se a esquina inicial da rota da quadra de número um. Após definida a esquina, foi sorteado o domicílio de início das visitas. A partir desse, a quadra foi percorrida no sentido anti-horário, alternando os domicílios visitados na proporção de 1:2. Ao chegar ao final do quarteirão o entrevistador se dirigiu à esquina mais próxima do quarteirão subsequente continuando o processo no intervalo determinado.

Ao terminar a quadra que correspondia ao ponto inicial, sorteava-se o canto da próxima quadra no qual se iniciaria o percurso no sentido anti-horário seguindo assim a lógica do processo. Se no domicílio sorteado houvesse mais de uma pessoa que atendesse à cota por sexo e faixa etária, a definição da pessoa a ser entrevistada era realizada por sorteio. Foram incluídos no VIGICARDIO todos os indivíduos que possuíam 40 anos ou mais na data da entrevista, residiam na área urbana do município de Cambé – PR e foram sorteados no caso de domicílios com mais de um indivíduo elegível.

Definiu-se como indivíduo com hipertensão aquele que apresentou no momento da entrevista a média das duas medidas  $\geq 140$  mmHg para pressão sistólica e/ou  $\geq 90$  mmHg para pressão diastólica ou fazia uso de medicamento para controle da hipertensão ou referiu diagnóstico médico de hipertensão arterial com uso de medicamento não específico para tratamento de hipertensão. Considerou-se com diabetes aquele que apresentou resultado de glicemia em jejum  $\geq 126$  mg/dL ou fazia uso de medicamento para o tratamento de diabetes.

No VIGICARDIO foram excluídos os domicílios fechados e os indivíduos sem plenas condições de raciocínio ou comunicação e que não estivessem acompanhados do cuidador. Considerou domicílio fechado aquele em que nenhum morador estivesse presente. Ao se deparar com um domicílio fechado, o percurso era interrompido até se obter informação sobre os residentes no domicílio. Nesses casos optou-se por realizar três tentativas em horários e dias distintos para então considerar exclusão de domicílio.

### 3.3.2 Definição da População do Presente Estudo

Para a avaliação da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes a população foi constituída por residentes da área urbana de Cambé – PR com idade igual ou superior a 40 anos, identificados no estudo de base populacional VIGICARDIO. Para identificar a população da presente pesquisa foram consultadas as questões que abrangeram os

dados para a identificação de hipertensão arterial e diabetes mellitus do formulário utilizado na entrevista do VIGICARDIO (ANEXO D).

Foram excluídos deste trabalho os casos que não possuíam critérios essenciais para contemplar os objetivos do estudo. Desta forma, excluíram-se os indivíduos que foram a óbito e mudaram de endereço no período entre a entrevista da primeira etapa do VIGICARDIO e a análise documental da segunda etapa. Além do mais, os indivíduos que não residiam na área de cobertura do PSF também foram excluídos uma vez que a pesquisa avalia a atenção na lógica da estratégia de Saúde da Família. A mudança de endereço, os casos de óbito e a cobertura do PSF foram informados pela ACS da área de abrangência do indivíduo no momento da coleta de dados.

Vale ressaltar que assim como no projeto VIGICARDIO os indivíduos residentes na área rural do município não foram inclusos no estudo uma vez que se trata somente de 4,0% do total da população do município e constitui-se de um viés, pois a dinâmica de atenção das equipes do PSF à área rural difere da área urbana. Assim, os resultados expostos representam o processo e o resultado da atenção aos indivíduos residentes na área urbana do município.

### 3.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO

#### 3.4.1 Projeto VIGICARDIO

Para identificar os casos com hipertensão arterial e/ou diabetes foram adotados procedimentos recomendados pelas diretrizes nacionais da Sociedade Brasileira de Cardiologia (BRASIL, 2011c; SBC, 2010).

Para hipertensão, o primeiro critério foi a medida direta da pressão arterial, que teve início logo após a abordagem do indivíduo e aceite em participar da pesquisa. Neste momento, procurou-se um local calmo que permitisse o descanso para aferir a pressão arterial no decorrer da entrevista (SBC, 2010).

O procedimento foi previamente explicado ao entrevistado, informando-o que não era permitido conversar durante a aferição. Em caso de dúvidas, as mesmas eram esclarecidas imediatamente. Certificou-se que o indivíduo não estava com a bexiga cheia, não praticou exercício físico há pelo menos 60 minutos, não ingeriu bebida alcoólica, café ou alimentos e não fumou há 30 minutos (SBC, 2010).

No momento da aferição o indivíduo ficou na posição sentada, com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão e dorso encostado na cadeira. Seu braço estava na altura do coração, livre de roupas, apoiado com a palma da mão para cima e o cotovelo levemente fletido. A circunferência do meio do braço esquerdo foi obtida e posteriormente, selecionado o manguito de tamanho adequado (SBC, 2010).

Foram realizadas duas medidas da pressão arterial com intervalo mínimo de um minuto entre uma e outra. Se as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentassem diferenças maior que 4mmHg, a terceira medida era obtida seguindo os procedimentos padronizados (SBC, 2010). Para esse procedimento foi utilizado o monitor de pressão arterial automático Omron HEM-742INT.

Além da medida direta, outros dois critérios independentes foram utilizados para identificar os casos de hipertensão arterial. Um deles foi a amostra de elementos (bulas, caixas, frascos, cartelas ou receitas) que comprovassem o uso de medicamento(s) para hipertensão. O outro se constituiu pelo uso de medicamento(s) não específico para o tratamento da doença, comprovado por meio de amostra de elementos e autorrelato de hipertensão a partir da seguinte pergunta: “Quais doenças abaixo você já foi informado por um médico ou outro profissional de saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, outros) que tem ou teve?” (ANEXO D).

Para obter informações referentes ao uso do medicamento foram solicitados todos os medicamentos utilizados diariamente ou que utilizou, mesmo que eventualmente, nos últimos 15 dias. Os dados obtidos com as amostras comprobatórias (bulas, caixas, frascos, cartelas ou receitas) foram registrados em um quadro construído para este fim (ANEXO D).

Posteriormente, um médico geriatra, especialista em cardiologia “validou” a relação de medicamentos específicos e não específicos para tratamento da hipertensão arterial. A listagem dos medicamentos específicos e inespecíficos para tratamento da hipertensão arterial está apresentada no trabalho anterior (PETRIS, 2014).

Para a identificação dos casos de Diabetes Mellitus, os critérios utilizados foram baseados nas recomendações da diretriz nacional da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2009). A medida direta da glicemia em jejum foi um dos parâmetros utilizados. O indivíduo foi considerado com diabetes quando o resultado do material biológico especificamente coletado para fins deste estudo apresentou valor igual ou superior a 126mg/dl.

Ao término da entrevista, de acordo com a disponibilidade do entrevistador e calendário da equipe de coleta de material biológico foi agendada a data e local de realização da coleta de sangue. Para esse procedimento, o entrevistado foi orientado a permanecer em jejum por pelo menos 8 horas antes da realização da coleta. O material da coleta foi enviado ao Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário de Londrina para realizar dosagem de glicemia e obtenção de outros dados bioquímicos.

Assim como para a hipertensão, outro critério foi a comprovação (bulas, frascos, cartelas ou receitas) do uso de medicamento específico para o tratamento de diabetes.

### 3.4.2 Classificação do Risco Cardiovascular Individual

Para caracterizar a população e avaliar os parâmetros estabelecidos em protocolo de atenção à hipertensão arterial instituído no município, os indivíduos inclusos no presente trabalho foram classificados segundo o risco cardiovascular individual, determinado pelo escore de Framingham (FRAMINGHAM, 1998; BRASIL, 2006c).

Nesse escore, classificam-se os indivíduos em três níveis de risco – alto, moderado e baixo – de desenvolver um Evento Cardiovascular Maior - ECV (Figura 7). O ECV é definido por infarto do miocárdio ou morte por causa cardiovascular. A estratificação é fundamental para direcionar a conduta terapêutica, o atendimento, enfoque preventivo e o acompanhamento do indivíduo portador de hipertensão arterial (BRASIL, 2006a, 2006c).

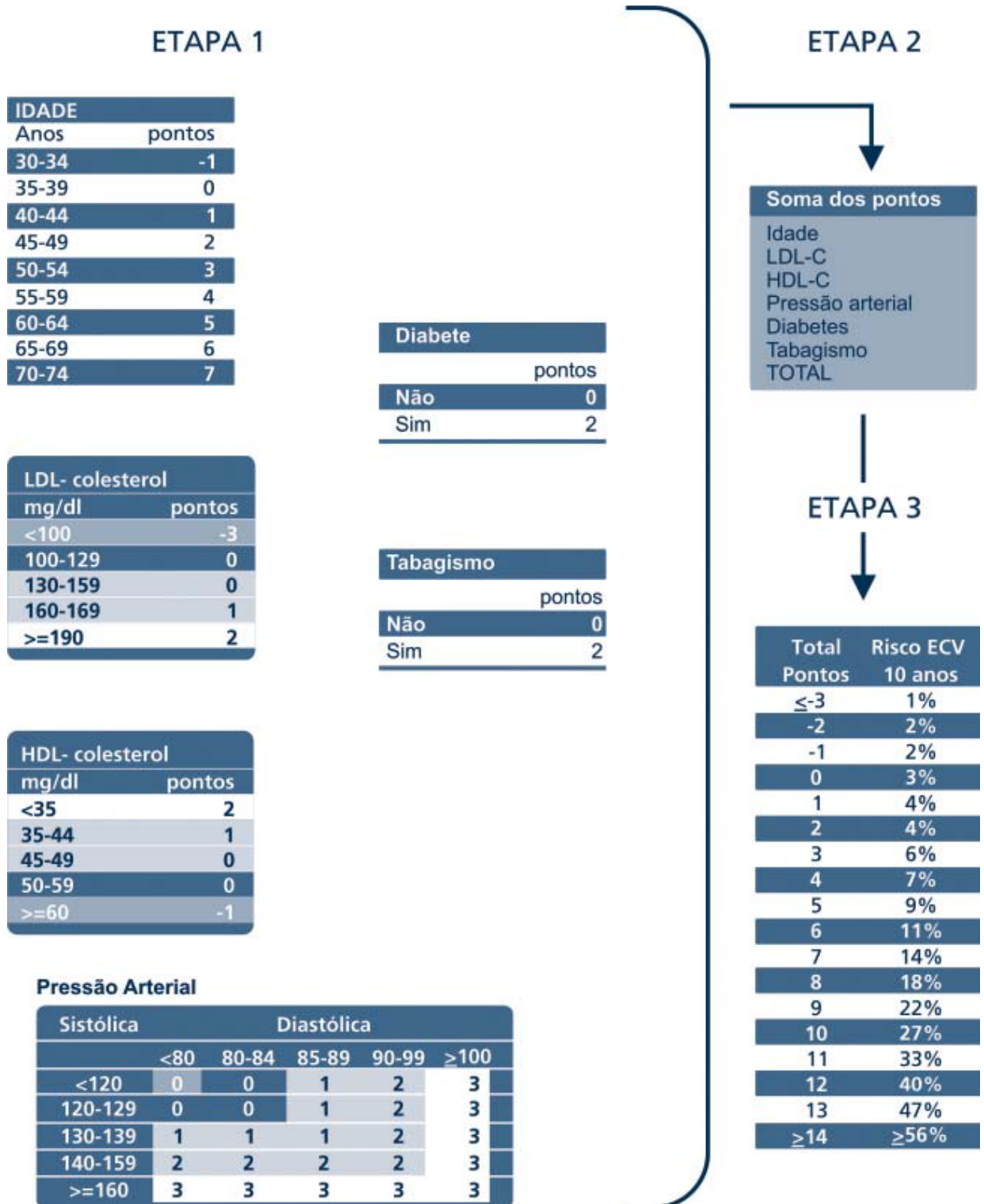
Na primeira etapa do cálculo do escore, foram utilizados os dados coletados pelos pesquisadores do projeto VIGICARDIO referentes às variáveis relacionadas ao risco (pressão arterial, tabagismo, HDL colesterol, LDL colesterol, diabetes e idade). Posteriormente, as pontuações obtidas de cada variável foram somadas. Então, obteve-se o total de pontos e seus respectivos riscos (Figura 8 e 9) (FRAMINGHAM, 1998; BRASIL, 2006c).

**Figura 7** – Classificação de risco global, segundo escore de Framingham.

<b>CATEGORIA</b>	<b>EVENTO CARDIOVASCULAR MAIOR (ECV)</b>
BAIXO	<10%/ 10 anos
MODERADO	10-20%/10 anos
ALTO	>20%/ano

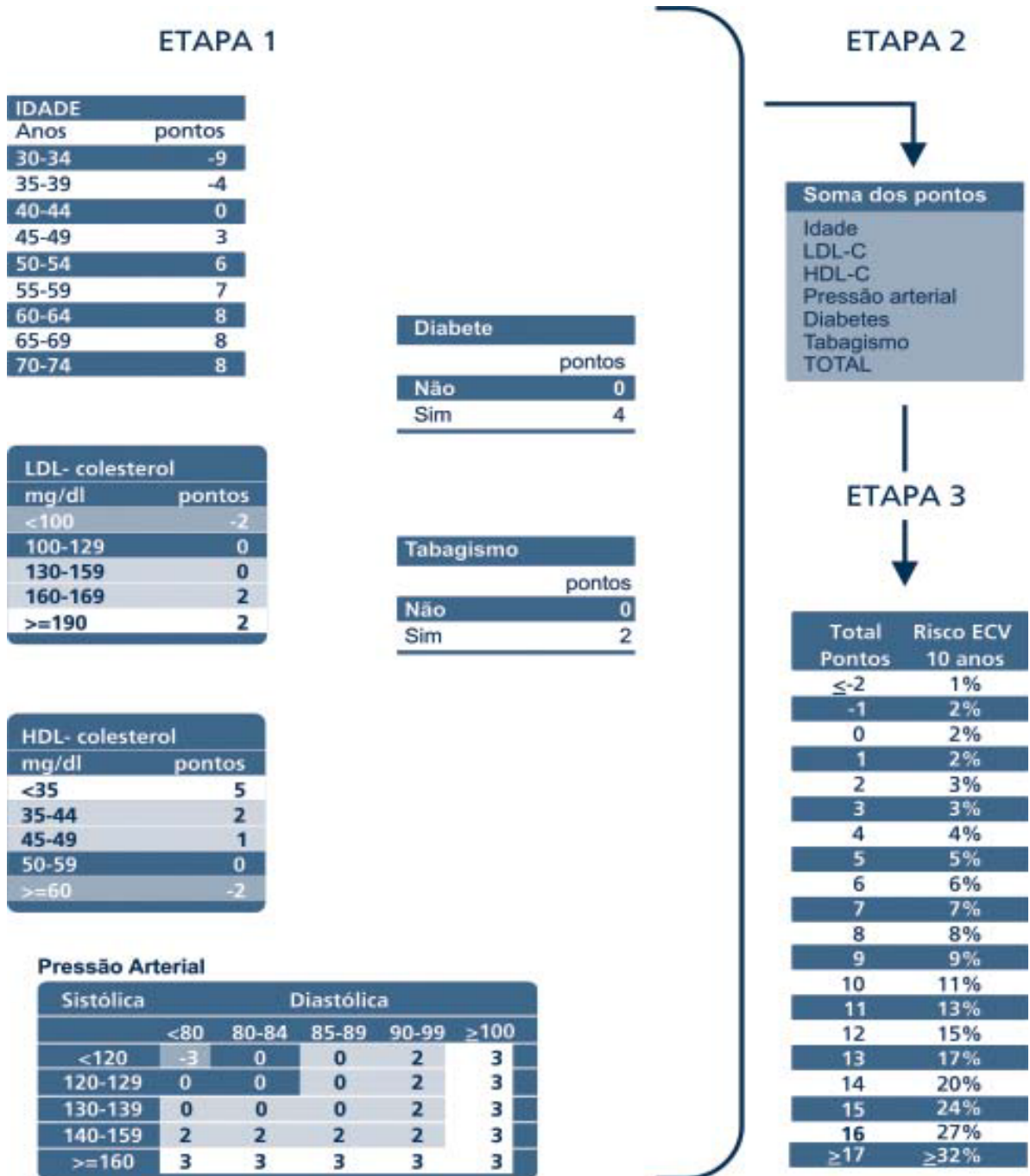
**Fonte:** Brasil (2006c).

**Figura 8** – Etapas do cálculo do escore de Framingham para classificação do risco cardiovascular global individual para homens.



Fonte: Brasil (2006c).

**Figura 9** – Etapas do cálculo do escore de Framingham para classificação do risco cardiovascular global individual para mulheres.



Fonte: Brasil (2006c).

### 3.4.3 Análise Documental

Para avaliação da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes foi realizada análise documental com critérios explícitos nas 13 UBS do município de Cambé. Após identificação dos indivíduos participantes do VIGICARDIO que foram considerados

com hipertensão e/ou diabetes foi verificado o endereço e respectiva UBS, conforme a área de abrangência de cada endereço definida pela Secretaria Municipal de Saúde Pública de Cambé.

Após a identificação da UBS de abrangência de cada indivíduo, foi realizada a busca do número do prontuário considerando-se o nome completo. Caso o campo nome do banco de dados estivesse em branco ou incompleto, o mesmo era preenchido de acordo com o formulário de entrevista. Após esse procedimento, foram obtidos os números dos prontuários dos indivíduos por meio de consulta ao sistema eletrônico de prontuários do município - Saúde WEB.

O sistema Saúde – WEB é composto por dois subsistemas: Consulta Dados Tela Cambé e Cadastro Usuário SUS. A Tela Cambé é um sistema com registros anteriores à implantação do prontuário único. Já o Cadastro Usuário SUS é o cadastro dos usuários com registros após a implantação do prontuário único. A busca pelo número dos prontuários iniciou-se pelo Cadastro Usuário SUS utilizando a data de nascimento do indivíduo. Caso a busca pela data de nascimento não resultasse no nome referente ao que estava sendo procurado, o campo “nome” do sistema era preenchido e realizada uma nova busca. Uma vez que o indivíduo não era encontrado no Cadastro Usuário SUS a busca era feita na Tela Cambé seguindo a mesma lógica.

Ao identificar o indivíduo pela data de nascimento o nome era conferido e o número do prontuário da UBS da área de abrangência registrado em planilha do Excel. Quando a busca ocorria pelo nome, a data de nascimento era conferida para então anotar o número do prontuário. Se a data de nascimento fosse diferente do banco de dados do VIGICARDIO conferia-se o endereço e então o número do prontuário era registrado. O número do prontuário só era registrado quando pelo menos duas informações (nome, data de nascimento, endereço) fossem idênticas ao do banco de dados do VIGICARDIO.

Foram considerados indivíduos sem registro de número de prontuário aqueles que não foram encontrados nos dois sistemas após a busca pela data de nascimento e pelo nome e aqueles que não tinham pelo menos dois dados de identificação idênticos – nome, data de nascimento, endereço - ao do banco do VIGICARDIO. Aqueles que foram encontrados, porém com número de prontuário que não correspondia ao da UBS de abrangência também foram considerados sem número de prontuário na respectiva UBS da área.

Uma vez registrado na planilha o número do prontuário da UBS de abrangência, os dados de caracterização do instrumento de coleta foram preenchidos

observando-os no banco de dados do VIGICARDIO. Esses dados foram: número de identificação (ID), nome, presença de hipertensão e/ou diabetes, plano de saúde, data de nascimento, número do prontuário da UBS de abrangência, UBS e endereço. Os instrumentos foram divididos por UBS e levados até a UBS nos dias da coleta.

Para facilitar a logística da coleta de dados foram criadas para cada UBS duas listas com os indivíduos residentes na área de abrangência. A primeira lista foi construída para a coleta de dados das fichas do SIAB. Nela estavam inclusos o nome, endereço e data de nascimento de todos os indivíduos, selecionados para a pesquisa, que residiam na área de abrangência da UBS.

A segunda lista foi criada para a coleta de dados dos prontuários, SIS – HiperDia e ficha de aprazamento. Nessa, foram incluídos o nome, data de nascimento e número do prontuário dos indivíduos que possuíam prontuário na UBS de abrangência. Foram excluídas dessa lista as pessoas sem número de prontuário.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi realizada uma reunião com todas as coordenadoras das unidades para apresentar a pesquisa e esclarecer os objetivos. Neste momento foi entregue uma pasta para cada coordenadora com a primeira lista. Solicitou-se que fossem alocadas na pasta as fichas do SIAB (Ficha A, Ficha B – DIA, Ficha B – HA) de cada indivíduo da lista.

A fim de organizar os documentos, cada pasta estava identificada com o nome da UBS e dentro dela havia um plástico com uma etiqueta para colocar o nome do ACS e as fichas separadas. Deste modo, as fichas não ficaram misturadas fato este que facilitou o momento da devolução.

Após uma semana, foi realizado contato telefônico com a Coordenadora de cada UBS para confirmar se as fichas solicitadas haviam sido separadas e agendar o dia da coleta dos dados das fichas do SIAB. Uma vez agendada, a pesquisadora principal e mais duas mestrandas foram na UBS com os instrumentos de coleta dos indivíduos da respectiva UBS para coletar os dados. As coletas foram feitas na própria UBS em local disponível naquele momento.

As fichas que não estavam na pasta foram solicitadas à ACS responsável pelo endereço. Os casos em que a ACS referiu não ter encontrado a ficha ou não ter cadastrado o indivíduo foram considerados sem ficha. Quando a ACS não estava na UBS por motivo de falta, a pesquisadora principal retornou na unidade em outro dia para solicitar a ficha. Se o motivo fosse afastamento, a ficha era solicitada para a ACS da mesma equipe.

Ao término da coleta de dados das fichas do SIAB, foram consultadas as fichas do SIS-HiperDia, fichas de aprazamento e prontuários. Dois dias anteriores à coleta dos dados desses documentos foi entregue uma caixa com a segunda lista e solicitado o prontuário e ficha de aprazamento dos indivíduos contidos na lista. A ficha do SIS-HiperDia não foi solicitada, pois se encontrava arquivada no envelope do prontuário.

Os prontuários e as fichas de aprazamento que não estavam separados na caixa, no dia da coleta, foram solicitados ao pessoal administrativo da unidade. Considerou-se sem ficha de aprazamento, sem prontuário e por consequência sem ficha do SIS-HiperDia os casos cujos instrumentos solicitados não foram encontrados.

O instrumento utilizado para coleta de dados contendo as variáveis relacionadas aos eixos da pesquisa (APÊNDICE A) foi fundamentado pelos protocolos de atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus propostos pelo MS e adotados como referência pelo município de Cambé (BRASIL, 2000, 2006a, 2006b, 2011b). As variáveis correspondentes aos eixos do reconhecimento, acompanhamento, atendimento e controle foram distribuídas em blocos de acordo com o documento analisado.

#### 3.4.3.1 Avaliação do reconhecimento

Para avaliar a cobertura do reconhecimento foram analisados três documentos: ficha A do SIAB, ficha do SIS-HiperDia e prontuário. Considerou-se reconhecido pela unidade quando a condição estava registrada em pelo menos em um dos documentos.

As questões do instrumento que contemplaram este eixo estavam no bloco das fichas do SIAB, ficha SIS – HiperDia e prontuário. No momento da coleta de dados os pesquisadores preenchiam as seguintes perguntas: “Há registro da condição de HA/DM na ficha A?”, “Há ficha de cadastro no HiperDia?” e “Há registro do diagnóstico no prontuário?” (APÊNDICE A).

Mesmo que a ficha do SIS-HiperDia estivesse no prontuário, só foi considerado como registrado neste documento quando a condição de hipertensão e/ou diabetes constasse na ficha.

### 3.4.3.2 Avaliação do acompanhamento

Para avaliar o acompanhamento foram consultadas as fichas B – DIA e B – HA referentes ao ano de 2012, registro de aprazamento na ficha de aprazamento e registro no prontuário de consulta médica e de enfermagem, dos últimos 12 meses. Observou-se na ficha B – DIA/HA a quantidade e os meses do registro de visita domiciliar.

Considerou-se como visita realizada quando os campos da ficha B referentes aos hábitos e data estavam preenchidos. Foi considerada atividade de aprazamento quando havia na ficha de aprazamento registro, a lápis, de atividade futura a ser realizada. Este registro caracteriza a programação das atividades de acompanhamento na ficha de aprazamento.

Optou-se por consultar a ficha B – DIA/HA do ano de 2012 e não dos últimos 12 meses, pois as fichas do ano anterior foram arquivadas e/ou descartadas. Foram analisados pelo menos 10 meses de registros.

### 3.4.3.3 Avaliação do atendimento

O prontuário foi o documento consultado para avaliar o atendimento. Os registros analisados foram referentes às atividades técnicas e orientações nas consultas médicas e de enfermagem dos últimos 12 meses. Entre as atividades técnicas estão os registros de: medida de pressão arterial, altura, peso, circunferência abdominal e IMC em pelo menos uma das consultas dos últimos 12 meses. Nas orientações, além das preconizadas pelo protocolo, foi incluído o termo “orientações gerais” em função de sua ampla utilização pelos profissionais de saúde.

Dessa forma, cada atividade técnica e orientação registrada nas consultas que ocorreram nos 12 meses anteriores à coleta foram anotadas. As questões foram: “Atividade técnica registrada na consulta médica” e “Orientação registrada na consulta médica”, seguindo a mesma lógica para a consulta de enfermagem (APÊNDICE A).

#### 3.4.3.4 Avaliação do controle

A situação do controle dos indivíduos portadores de hipertensão e/ou diabetes mellitus foi avaliada por meio da consulta do último valor de pressão arterial e glicemia em jejum registrado no prontuário nos 12 meses anteriores à coleta.

#### 3.4.4 Pré-teste e Estudo Piloto

Tanto o instrumento do VIGICARDIO quanto o de análise documental foram submetidos a um pré-teste e posteriormente estudo piloto.

O estudo piloto do VIGICARDIO foi executado em um setor censitário do município de Londrina – PR, o outro, foi realizado em uma UBS do município de Cambé. Ambos obedeceram às técnicas determinadas procedendo-se os ajustes necessários.

### 3.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

#### 3.5.1 Variáveis de Caracterização

As variáveis de caracterização foram representadas pelas características sociais, demográficas, econômicas, condições de saúde, utilização do serviço de saúde e classificação de risco cardiovascular individual (Figura 10).

**Figura 10** – Variáveis de caracterização disponibilizadas pelo banco de dados do projeto VIGICARDIO (2011).

<b>VARIÁVEL</b>	<b>CATEGORIAS</b>
<b>Sexo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feminino</li> <li>• Masculino</li> </ul>
<b>Faixa etária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 - 59 anos</li> <li>• 60 anos ou mais</li> </ul>
<b>Escolaridade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 a 7 anos</li> <li>• 8 anos ou mais</li> </ul>
<b>Cor/Raça</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Branca</li> <li>• Não branca</li> </ul>
<b>Situação conjugal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com companheiro</li> <li>• Sem companheiro</li> </ul>
<b>Exerce algum trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
<b>Classe Econômica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A + B</li> <li>• C</li> <li>• D + E</li> </ul>
<b>Autopercepção de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muito boa/ boa</li> <li>• Regular/ ruim/ muito ruim</li> </ul>
<b>Utilização dos serviços de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UBS e plano</li> <li>• Somente UBS</li> <li>• Somente plano</li> <li>• Nenhum</li> </ul>
<b>Classificação de risco – Escore de Framingham</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto risco</li> <li>• Risco moderado</li> <li>• Baixo risco</li> </ul>

A variável idade foi considerada em anos e posteriormente estratificada na faixa etária de 40 – 59 anos e 60 anos ou mais. A escolaridade estava agrupada em anos completos de estudo: nenhum, 4, 8, 11, 15, 15+1 ou 15+2 anos. Para o presente trabalho, foi reclassificada em 0 a 7 anos de estudo e 8 anos ou mais.

A variável cor/raça foi reclassificada em branca ou não branca. A primeira categoria correspondeu aos indivíduos que referiram ser brancos, e a segunda, aos indivíduos que referiram ser da cor/raça amarela, indígena, parda ou preta. A situação conjugal foi recategorizada em com companheiro e sem companheiro. A primeira categoria correspondeu aos indivíduos casados ou com união estável, e a segunda, aos indivíduos solteiros, divorciado/separado ou viúvo.

Na variável exerce algum trabalho foram considerados os indivíduos que trabalham independente da atividade ser remunerada ou não. A classe econômica foi

verificada por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP, cuja função é estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. Esse critério constitui a somatória dos pontos em função de cada característica domiciliar e posteriormente relaciona a pontuação obtida com os estratos de classificação econômica definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E (ABEP, 2012). Para o presente trabalho, a classe econômica foi categorizada em A + B, C e D + E. A primeira categoria corresponde aos indivíduos da classe A1, A2, B1 e B2, a segunda, corresponde aos indivíduos da classe C1 e C2 e a terceira corresponde aos indivíduos da classe D e E.

No instrumento do VIGICARDIO, os indivíduos referiram se possuíam plano de saúde ou não e se utilizavam a UBS ou não (ANEXO D). A variável utilização dos serviços de saúde foi definida pelo cruzamento dessas variáveis, sendo consideradas as seguintes categorias: UBS e plano, somente UBS, somente plano e nenhum. A classificação de risco cardiovascular individual foi determinada por meio do cálculo do escore de Framingham, como descrito no item 3.4.2.

### 3.5.2 Variáveis de Avaliação

#### 3.5.2.1 Avaliação do reconhecimento

As variáveis utilizadas na dimensão do reconhecimento foram: registro de diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes no prontuário e/ou na Ficha A do SIAB e/ou na ficha do SIS-HiperDia. Essas foram categorizadas em reconhecido e não reconhecido. A primeira categoria corresponde a presença do registro em pelo menos um dos documentos, e a segunda, a ausência do registro nos três documentos.

#### 3.5.2.2 Avaliação do acompanhamento

As variáveis da dimensão acompanhamento foram: registro de visita na Ficha B – DIA/HA, registro de consulta médica/enfermagem no prontuário e registro de atividade de aprazamento na ficha de aprazamento (Figura 11).

**Figura 11** – Variáveis de acompanhamento do indivíduo portador de diabetes e/ou hipertensão arterial pela Unidade Básica de Saúde do município de Cambé.

VARIÁVEL	CATEGORIAS
Registro de visita na ficha B – DIA*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
Frequência do registro na ficha B – DIA*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quatro ou mais</li> <li>• Um a três</li> <li>• Nenhum</li> </ul>
Registro de visita na ficha – B HÁ†	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
Frequência do registro na ficha B – HA†	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quatro ou mais</li> <li>• Um a três</li> <li>• Nenhum</li> </ul>
Registro de consulta médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
Frequência do registro de consulta médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Três ou mais</li> <li>• Dois</li> <li>• Um</li> <li>• Nenhum</li> </ul>
Registro de consulta de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>
Frequência do registro de consulta de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Três ou mais</li> <li>• Dois</li> <li>• Um</li> <li>• Nenhum</li> </ul>
Registro de acompanhamento na Ficha de Aprazamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> <li>• Não</li> </ul>

\*Somente para pessoas com diabetes

†Somente para pessoas com hipertensão

As variáveis de registro de visita domiciliar e de consulta médica e de enfermagem foram categorizadas em sim e não. A primeira categoria contemplou os casos em que havia pelo menos um registro, a segunda, foi composta pelos casos que não possuíam ficha B e/ou prontuário e pelos casos que o registro estava ausente no documento analisado.

A frequência do registro de visitas domiciliares na ficha B – DIA/HA foi categorizada em: “quatro ou mais” quando os registros realizados nos 11 meses do ano de 2012 foram acima de quatro, “um a três” quando foi encontrado de um a três registros de visitas neste mesmo período e “nenhum” para os casos que não havia ficha B ou a mesma estava em branco.

Para analisar a frequência do registro de consulta médica e de enfermagem foram utilizadas quatro categorias: “três ou mais” quando havia presença de três ou mais

registro de consulta nos últimos 12 meses, “dois” quando foram registradas duas consultas no mesmo período citado anteriormente e “um” para os casos com apenas uma consulta registrada no período estudado. A categoria “nenhum” foi utilizada nos casos que não tinham prontuário ou que possuía, mas não havia registro de consulta.

O registro de aprazamento foi considerado como “sim” quando havia registro de atividade futura na ficha de aprazamento. Caso contrário, considerou-se como não tendo registro de aprazamento. Vale ressaltar que os registros de entrega de medicamento e de valores de Pressão Arterial - PA e glicemia anotados não foram considerados como atividades de aprazamento.

### 3.5.2.3 Avaliação do atendimento

A dimensão atendimento foi contemplada com as variáveis: registro de atividade técnica e orientação nas consultas médicas e de enfermagem. As categorias foram construídas de acordo com as preconizações do protocolo de hipertensão e diabetes (Figura 12) (BRASIL, 2006a, 2006b; CAMBÉ, 2012b, 2012c).

**Figura 12** – Variáveis de atendimento do indivíduo portador de diabetes e/ou hipertensão arterial pela Unidade Básica de Saúde do Município de Cambé.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS
Atividade técnica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pressão arterial</li> <li>• Peso</li> <li>• IMC</li> <li>• Circunferência abdominal</li> </ul>
Orientação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentação</li> <li>• Atividade Física</li> <li>• Tabaco*</li> <li>• Álcool</li> <li>• Cuidado com os pés†</li> </ul>

\*Somente para fumantes

†Somente para pessoas com diabetes

Considerou-se orientação de alimentação, atividade física, tabaco, consumo de álcool e cuidado com os pés somente quando estava explícito no registro e foi registrada pelo profissional que realizou a consulta.

Encaminhamentos para nutricionista não foram considerados como orientação de alimentação uma vez que a orientação estaria sendo realizada por outro profissional que não o médico ou enfermeiro. Encaminhamento ao grupo de tabagismo foi considerado como orientação de tabaco pelo fato de ser uma atividade complementar à orientação que ocorreu anteriormente.

#### 3.5.2.4 Avaliação do controle

Para avaliar a dimensão controle foram definidas duas variáveis: nível da pressão arterial para os indivíduos com hipertensão e nível da glicemia em jejum para indivíduos com diabetes mellitus. As categorias, controlado e não controlado, referentes aos níveis de pressão arterial foram definidas com base nos parâmetros de normalidade estabelecidos pelo protocolo (Figura 13) (BRASIL, 2006a, 2006b; CAMBÉ, 2012b).

**Figura 13** – Variáveis de controle da hipertensão e do diabetes mellitus pela Unidade Básica de Saúde do Município de Cambé.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS
Nível de pressão arterial *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlado</li> <li>• Não controlado</li> </ul>
Nível de glicemia em jejum†	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlado</li> <li>• Não Controlado</li> </ul>

\*Somente para pessoas com hipertensão

†Somente para pessoas com diabetes

A primeira categoria, da variável nível de pressão arterial, correspondeu aos indivíduos com hipertensão que tiveram o último registro em prontuário de pressão arterial <140 x 90 mmHg. A segunda categoria correspondeu aos indivíduos que tiveram o último registro em prontuário de pressão sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou  $\geq 90$  mmHg para diastólica. Para avaliar a situação recente foi considerado o último registro dos últimos 12 meses, sendo desconsiderados os registros de pressão arterial realizados há mais de 12 meses.

A variável nível de glicemia em jejum foi categorizada em controlado e não controlado, de acordo com os parâmetros de controle estabelecidos pela maioria das pesquisas e pelo Consenso Brasileiro Sobre Diabetes de 2002 (SBD, 2003). Para classificar os indivíduos em categorias, foram observados os resultados de exame de glicemia em jejum registrados em prontuário nos últimos 12 meses. A categoria “controlado” contemplou os

indivíduos que apresentaram glicemia em jejum  $< 126\text{mg/dl}$ , a não controlado incluiu os indivíduos que apresentaram glicemia em jejum  $\geq 126\text{mg/dl}$ .

### 3.5.2.5 Variáveis desfecho na análise dos fatores associados

Os indicadores inclusos nas análises de associações entre as variáveis de caracterização e os desfechos foram selecionados segundo os critérios de relevância e disponibilidade de informações em número suficiente para este tipo de análise. Assim, optou-se por analisar os fatores associados ao reconhecimento, cobertura de consulta médica e controle da pressão arterial, por meio dos seguintes indicadores:

- ✓ Reconhecimento – Diagnóstico da condição registrado em pelo menos um dos documentos;
- ✓ Acompanhamento - Realização de consulta médica nos últimos doze meses;
- ✓ Controle- Pressão arterial dos últimos doze meses dentro dos critérios estabelecidos.

## 3.6 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados do presente trabalho foram duplamente digitados no programa Epi Info® versão 3.5.1. Os arquivos foram comparados e as discrepâncias corrigidas por meio de consulta ao instrumento de coleta de dados.

Foram realizadas análises descritivas dos dados de caracterização por meio da distribuição de frequências e análises de associações entre as variáveis de caracterização e indicadores por meio da análise bruta, apresentando-se a razão, IC95% e os respectivos valores de  $p$ . Consideraram-se estatisticamente significantes as associações com valor de  $p < 0,05$  no teste de qui quadrado com correção de Yates.

Para análise da avaliação foi utilizada, como base, uma Matriz de Indicadores fundamentada nos parâmetros determinados pelos protocolos de hipertensão e diabetes adotados como referência pelo município de Cambé (BRASIL, 2006a; 2006b; CAMBÉ, 2012b; 2012c).

### 3.7 MATRIZ DE INDICADORES

Para o julgamento de valor do programa de hipertensão e diabetes foram adotados os indicadores apresentados na matriz de indicadores (Figuras 14-17).

A matriz de indicadores utilizada para o julgamento de valor da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes considerou um conjunto de indicadores que abordassem o processo e o resultado do atendimento. A utilização da matriz foi com o propósito de realizar um julgamento sobre o objeto da avaliação – a intervenção, pois conforme Alves (2010) os julgamentos de valores são formados quando as descobertas e interpretações, observadas a partir dos critérios e indicadores, são comparadas com um ou mais padrões selecionados para avaliação (ALVES, 2010).

**Figura 14** – Matriz de indicadores para avaliação do reconhecimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.

Abordagem	Dimensão	Critério	Indicador	Padrão	Julgamento
Processo	1. Reconhecimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes	<b>1A. Proporção de pessoas com hipertensão detectada</b>	<b>1Aa.</b> n°. de indivíduos com hipertensão com diagnóstico registrado em pelo menos um dos documentos/ total de indivíduos com hipertensão x 100	100% dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes reconhecidos pela UBS da área de abrangência	<b>Excelente:</b> 90 a 100% <b>Satisfatório:</b> 70 a 89% <b>Regular:</b> 50 a 69% <b>Crítico:</b> < 50%
		<b>1B. Proporção de pessoas com diabetes detectada</b>	<b>1Bb.</b> n°. de indivíduos com diabetes com diagnóstico registrado em pelo menos um dos documentos/ total de indivíduos com diabetes x 100		

**Figura 15** – Matriz de indicadores para avaliação do acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.

Abordagem	Dimensão	Critério	Indicador	Padrão	Julgamento
Processo	2. Acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes	<b>2A. Atividade de aprazamento</b> (registro na ficha de aprazamento dos últimos 12 meses)	<b>2Aa.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com hipertensão e/ou diabetes com pelo menos um registro de atividade de aprazamento na ficha de aprazamento nos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos pela UBS x 100	100% dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes com pelo menos um registro de atividade de aprazamento na ficha de aprazamento	<b>Excelente:</b> 90 a 100% <b>Satisfatório:</b> 70 a 89% <b>Regular:</b> 50 a 69% <b>Crítico:</b> < 50%
		<b>2B. Cobertura de visita domiciliar</b> (registro na ficha B referente à 11 meses do ano de 2012)	<b>2Ba.</b> n°. de indivíduos com hipertensão reconhecidos com pelo menos um registro de visita na ficha B – HA no ano de 2012 / total de indivíduos com hipertensão reconhecidos x 100	100% dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes reconhecidos com pelo menos um registro de visita na ficha B – HA ou DIA no ano de 2012	
			<b>2Bb.</b> n°. de indivíduos com diabetes reconhecidos com pelo menos um registro de visita na ficha B – DIA no ano de 2012/ total de indivíduos com diabetes reconhecidos x 100	100% dos indivíduos com diabetes reconhecidos com pelo menos um registro de visita na ficha B – DIA no ano de 2012	

**Figura 15 (continuação)** – Matriz de indicadores para avaliação do acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.

Abordagem	Dimensão	Critério	Indicador	Padrão	Julgamento
Processo	2. Acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes	<b>2.C Concentração de visita domiciliar</b> (registro na ficha B referente aos 11 meses do ano de 2012)	<b>2Ca.</b> n° de indivíduos com hipertensão reconhecidos com pelo menos quatro registros de visitas na ficha B – HA no ano de 2012/ total de indivíduos com hipertensão reconhecidos x 100	100% dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes com pelo menos quatro registros de visita domiciliar nos 11 meses do ano de 2012	<b>Excelente:</b> 90 a 100% <b>Satisfatório:</b> 70 a 89% <b>Regular:</b> 50 a 69% <b>Crítico:</b> < 50%
			<b>2Cb.</b> n° de indivíduos com diabetes reconhecidos com pelo menos quatro registros de visitas na ficha B – DIA no ano de 2012/ total de indivíduos com diabetes reconhecidos x 100		
		<b>2D. Cobertura da consulta médica</b> (registro no prontuário dos últimos 12 meses)	<b>2Da.</b> n° de indivíduos reconhecidos com hipertensão e/ou diabetes com pelo menos um registro de consulta médica nos últimos 12 meses/ total de indivíduos reconhecidos x 100	100% dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes com pelo menos um registro de consulta médica nos últimos 12 meses	

**Figura 15 (continuação)** – Matriz de indicadores para avaliação do acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.

Abordagem	Dimensão	Critério	Indicador	Padrão	Julgamento
Processo	2. Acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes	<b>2E. Concentração da consulta médica</b> (registro no prontuário dos últimos 12 meses)	<b>2Ea.</b> n° de indivíduos com hipertensão de alto risco reconhecidos com pelo menos três registros de consultas médicas nos últimos 12 meses/ total de indivíduos com hipertensão de alto risco reconhecidos x 100	100% dos indivíduos com hipertensão de alto risco com pelo menos três registros de consulta médica nos últimos 12 meses	<b>Excelente:</b> 90 a 100% <b>Satisfatório:</b> 70 a 89% <b>Regular:</b> 50 a 69% <b>Crítico:</b> < 50%
			<b>2Eb.</b> n° de indivíduos com hipertensão de risco moderado reconhecidos com pelo menos dois registros de consulta médica nos últimos 12 meses / total de indivíduos com hipertensão de risco moderado reconhecidos x 100	100% dos indivíduos com hipertensão de risco moderado com pelo menos dois registros de consulta médica nos últimos 12 meses	
			<b>2Ec.</b> n° de indivíduos com hipertensão de baixo risco reconhecidos com pelo menos um registro de consulta médica nos últimos 12 meses / total de indivíduos com hipertensão de baixo risco reconhecidos x 100	100% dos indivíduos com hipertensão de baixo risco com pelo um registro de consulta médica nos últimos 12 meses	
			<b>2Ed.</b> n°. de indivíduos com diabetes reconhecidos com pelo menos três registros de consulta médica nos últimos 12 meses / total de indivíduos com diabetes reconhecidos x 100	100% dos indivíduos com diabetes com pelo menos três registros de consulta médica nos últimos 12 meses	
			<b>2Ee.</b> n°. de indivíduos com hipertensão e diabetes reconhecidos com pelo menos três registros de consulta médica nos últimos 12 meses / total de indivíduos com hipertensão e diabetes reconhecidos x 100	100% dos indivíduos com hipertensão e diabetes com pelo menos três registros de consulta médica nos últimos 12 meses	

**Figura 15 (continuação)** – Matriz de indicadores para avaliação do acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.

Abordagem	Dimensão	Critério	Indicador	Padrão	Julgamento
<b>Processo</b>	<b>2. Acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes</b>	<b>2F. Cobertura da consulta de enfermagem</b> (registro no prontuário dos últimos 12 meses)	<b>2Fa.</b> n° de indivíduos reconhecidos com hipertensão e/ou diabetes com pelo menos um registro de consulta de enfermagem nos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos x 100	100% dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes com pelo menos um registro de consulta de enfermagem nos últimos 12 meses	<b>Excelente:</b> 90 a 100% <b>Satisfatório:</b> 70 a 89% <b>Regular:</b> 50 a 69% <b>Crítico:</b> < 50%
		<b>2G. Concentração da consulta de enfermagem</b> (registro no prontuário dos últimos 12 meses)	<b>2Ga.</b> n° de indivíduos com hipertensão de alto risco reconhecidos com pelo menos três registros de consulta de enfermagem nos últimos 12 meses / total de indivíduos com hipertensão de alto risco reconhecidos x 100	100% dos indivíduos com hipertensão de alto risco com pelo menos três registros de consulta de enfermagem nos últimos 12 meses	
			<b>2Gb.</b> n° de indivíduos com hipertensão de risco moderado reconhecidos com pelo menos dois registros de consulta de enfermagem nos últimos 12 meses / total de indivíduos com hipertensão de risco moderado reconhecidos x 100	100% dos indivíduos com hipertensão de risco moderado com pelo menos dois registros de consulta de enfermagem nos últimos 12 meses	
			<b>2Gc</b> n° de indivíduos com hipertensão de baixo risco reconhecidos com pelo menos um registro de consulta de enfermagem nos últimos 12 meses / total de indivíduos com hipertensão de baixo risco reconhecidos x 100	100% dos indivíduos com hipertensão de baixo risco com pelo menos um registro de consulta de enfermagem nos últimos 12 meses	

**Figura 15 (continuação)** – Matriz de indicadores para avaliação do acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.

Abordagem	Dimensão	Critério	Indicador	Padrão	Julgamento
Processo	2. Acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes	<b>2G. Concentração da consulta de enfermagem</b> (registro no prontuário dos últimos 12 meses)	<b>2Gd.</b> n°. de indivíduos com diabetes com pelo menos três registros de consulta de enfermagem nos últimos 12 meses / total de indivíduos com diabetes reconhecidos x 100	100% dos indivíduos com diabetes com pelo menos três registros de consulta de enfermagem nos últimos 12 meses	<b>Excelente:</b> 90 a 100% <b>Satisfatório:</b> 70 a 89% <b>Regular:</b> 50 a 69% <b>Crítico:</b> < 50%
			<b>2Ge.</b> n°. de indivíduos com hipertensão e diabetes reconhecidos com pelo menos três registros de consulta de enfermagem nos últimos 12 meses / total de indivíduos com hipertensão e diabetes reconhecidos x 100	100% dos indivíduos com hipertensão e diabetes com pelo menos três registros de consulta de enfermagem nos últimos 12 meses	

**Figura 16** – Matriz de indicadores para avaliação do atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.

Abordagem	Dimensão	Critério	Indicador	Padrão	Julgamento
Processo	3. Atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes	<b>3A. Atividade técnica na consulta médica</b> (registro dos últimos 12 meses)	<b>3Aa.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de pressão arterial em pelo menos uma consulta médica dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses x 100	100% dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes com registro de pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal e IMC em pelo menos uma consulta médica	<b>Excelente:</b> 90 a 100% <b>Satisfatório:</b> 70 a 89% <b>Regular:</b> 50 a 69% <b>Crítico:</b> < 50%
			<b>3Ab.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de peso em pelo menos uma consulta médica dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses x 100		
			<b>3Ac.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de altura em pelo menos uma consulta médica dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses x 100		
			<b>3Ad.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de circunferência abdominal em pelo menos uma consulta médica dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses x 100		
			<b>3Ae.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de IMC em pelo menos uma consulta médica dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses x 100		

**Figura 16 (continuação)** – Matriz de indicadores para avaliação do atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.

Abordagem	Dimensão	Critério	Indicador	Padrão	Julgamento
Processo	3. Atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes	<b>3B. Atividade técnica na consulta de enfermagem</b> (registro dos últimos 12 meses)	<b>3Ba.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de pressão arterial em pelo menos uma consulta de enfermagem dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta de enfermagem nos últimos 12 meses x 100	100% dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes com registro de pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal e IMC em pelo menos uma consulta de enfermagem	<b>Excelente:</b> 90 a 100% <b>Satisfatório:</b> 70 a 89% <b>Regular:</b> 50 a 69% <b>Crítico:</b> < 50%
			<b>3Bb.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de peso em pelo menos uma consulta de enfermagem dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta de enfermagem nos últimos 12 meses x 100		
			<b>3Bc.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de altura em pelo menos uma consulta de enfermagem dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta de enfermagem nos últimos 12 meses x 100		
			<b>3Bd.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de circunferência abdominal em pelo menos uma consulta de enfermagem dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta de enfermagem nos últimos 12 meses x 100		
			<b>3Be.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de IMC em pelo menos uma consulta de enfermagem dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta de enfermagem nos últimos 12 meses x 100		

**Figura 16 (continuação)** – Matriz de indicadores para avaliação do atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.

Abordagem	Dimensão	Critério	Indicador	Padrão	Julgamento	
Processo	3. Atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes	<b>3C.Orientações nas consultas médicas</b> (registro dos últimos 12 meses)	<b>3Ca.</b> n°. de indivíduos tabagistas reconhecidos com registro de orientação de tabaco em consulta médica dos últimos 12 meses / total de indivíduos tabagistas reconhecidos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses x 100	100% dos tabagistas com registro de orientação de tabaco na consulta médica	<b>Excelente:</b> 90 a 100% <b>Satisfatório:</b> 70 a 89% <b>Regular:</b> 50 a 69% <b>Crítico:</b> < 50%	
			<b>3Cb.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de orientação de atividade física em consulta médica dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses x 100			100% dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes com registro de orientação de atividade física, alimentação e álcool na consulta médica.
			<b>3Cc.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de orientação de alimentação em consulta médica dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses x 100			
			<b>3Cd.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de orientação de álcool em consulta médica dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses x 100			
			<b>3Ce.</b> n°. de indivíduos com diabetes reconhecidos com registro de orientação de cuidado com os pés em consulta médica dos últimos 12 meses / total de indivíduos com diabetes reconhecidos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses x 100	100% dos indivíduos com diabetes com registro de orientação de cuidado com os pés na consulta médica.		

**Figura 16 (continuação)** – Matriz de indicadores para avaliação do atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.

Abordagem	Dimensão	Critério	Indicador	Padrão	Julgamento
Processo	3. Atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes	<b>3D. Orientações nas consultas de enfermagem</b> (registro dos últimos 12 meses)	<b>3Da.</b> n°. de indivíduos tabagistas reconhecidos com registro de orientação de tabaco em consulta de enfermagem dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos tabagistas que realizaram consulta de enfermagem nos últimos 12 meses x 100	100% dos tabagistas com registro de orientação de tabaco na consulta de enfermagem	<b>Excelente:</b> 90 a 100% <b>Satisfatório:</b> 70 a 89% <b>Regular:</b> 50 a 69% <b>Crítico:</b> < 50%
			<b>3Db.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de orientação de atividade física em consulta de enfermagem dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta de enfermagem nos últimos 12 meses x 100	100% dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes com registro de orientação de atividade física, alimentação e álcool na consulta de enfermagem	
			<b>3Dc.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de orientação de alimentação em consulta de enfermagem dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta de enfermagem nos últimos 12 meses x 100		
			<b>3Dd.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de orientação de álcool em consulta de enfermagem dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta de enfermagem nos últimos 12 meses x 100		
			<b>3De.</b> n°. de indivíduos com diabetes reconhecidos com registro de orientação de cuidado com os pés em consulta de enfermagem dos últimos 12 meses / total de indivíduos com diabetes reconhecidos que realizaram consulta de enfermagem nos últimos 12 meses x 100	100% dos indivíduos com diabetes com registro de orientação de cuidado com os pés na consulta	

**Figura 17** – Matriz de indicadores para avaliação do controle das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades básicas do município de Cambé, 2012.

Abordagem	Dimensão	Critério	Indicador	Padrão	Julgamento
Resultado	4. Controle das pessoas com hipertensão e/ou diabetes	<b>4A. Proporção de indivíduos com hipertensão reconhecidos controlados</b> (último registro no prontuário anterior à 12 meses)	<b>4Aa.</b> n° de indivíduos com hipertensão reconhecidos com pressão arterial <140x90mmHg no último registro dos últimos 12 meses / total de indivíduos com hipertensão reconhecidos com registro de pressão arterial inferior a 12 meses x 100	100% dos indivíduos com hipertensão reconhecidos controlados	<b>Excelente:</b> 90 a 100% <b>Satisfatório:</b> 70 a 89% <b>Regular:</b> 50 a 69% <b>Crítico:</b> < 50%
		<b>4B. Proporção de indivíduos com diabetes reconhecidos controlados</b> (último registro de resultado de exame no prontuário dos últimos 12 meses)	<b>4Ba.</b> n° de indivíduos com diabetes reconhecidos com glicemia em jejum <126mg/dl no último registro dos últimos 12 meses / total de indivíduos com diabetes reconhecidos com registro de glicemia inferior a 12 meses x 100	100% dos indivíduos com diabetes reconhecidos controlados	

### 3.8 FONTES DE FINANCIAMENTO

A presente pesquisa teve seus custos assumidos pela própria pesquisadora com o auxílio de bolsa de estudo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

### 3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto VIGICARDIO foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina dia 19 de outubro de 2010, com parecer registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos - CAAE nº: 0192.0.268.000-10 (ANEXO E).

O estudo de avaliação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina dia 24 de setembro de 2012, com parecer registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos – CAAE nº: 07831212.9.0000.5231 (ANEXO F).

Todas as etapas da presente pesquisa e do projeto VIGICARDIO foram realizadas respeitando as normas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que direciona pesquisas envolvendo seres humanos.



## 4 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em duas etapas. A primeira refere-se à caracterização da população segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, condição de saúde, utilização do serviço e classificação do risco cardiovascular. A segunda avalia o programa de atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes nas abordagens processo e resultado. Essas abordagens foram analisadas separadamente de acordo com as dimensões de estudo: reconhecimento, acompanhamento, atendimento e controle.

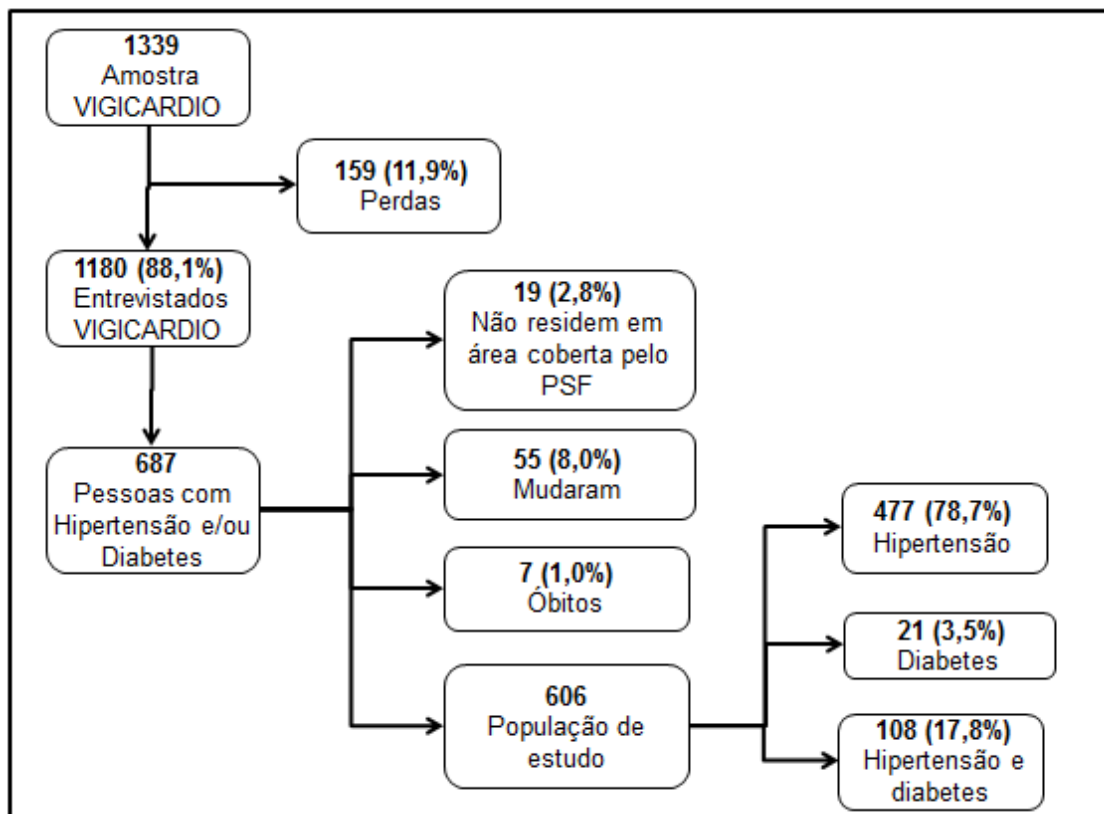
### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Do total de 1339 sujeitos elegíveis, 1180 (88,1%) foram entrevistados na pesquisa de base populacional do projeto VIGICARDIO. Ocorreram 159 (11,9%) perdas, das quais 93 por recusa e 66 não contatados após três tentativas em datas e horários distintos. Dos 1180 indivíduos entrevistados, 687 (58,2%) foram considerados com hipertensão e/ou diabetes pelos critérios estabelecidos.

Considerando-se os critérios de inclusão, excluíram-se 55 (8%) que mudaram de endereço, sete (1%) que faleceram e 19 (2,8%) que residiam fora da área de cobertura do PSF. A amostra final foi composta por 606 indivíduos, sendo: 78,7% com hipertensão, 3,5% com diabetes e 17,8% com ambas as doenças (Figura 18).

Na população estudada, 54,1% eram do sexo feminino; 59,1% tinham entre 40 e 59 anos; 58,7% referiram ser da cor/raça branca; 69,4% possuíam até 7 anos completos de estudo; 53,8% pertenciam à classe econômica C e 73,1% viviam com companheiro. Além disso, 53,1% exerciam algum tipo de trabalho, 52,4% consideraram sua situação de saúde regular, ruim ou muito ruim, 54,1% utilizavam somente UBS e 3,0% nenhum serviço (Tabela 1).

Dos 606 indivíduos, 128 (21,1%) não tiveram o risco analisado devido à ausência de dados para o cálculo do escore de Framingham. Dos 478 estratificados, 17,6% dos indivíduos eram de alto risco, 40,8% de risco moderado e 41,6% de baixo risco (Tabela 1). Os fatores de risco modificáveis mais prevalentes que os indivíduos apresentaram foram: PA sistólica  $\geq 140$ mmHg e/ou diastólica  $\geq 90$ mmHg (70,7%), LDL  $\geq 160$  mg/Dl (18,4%) e tabagismo (16,3%).

**Figura 18** – Fluxo de composição da população de estudo, Cambé/PR, 2011.**Tabela 1** – Descrição da população de estudo (n=606) segundo características socioeconômicas, demográficas, condição de saúde, utilização do serviço e classificação de risco cardiovascular, Cambé/PR, 2011.

Características	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	328	54,1
Masculino	278	45,9
<b>Faixa etária</b>		
40 - 59 anos	358	59,1
60 anos ou mais	248	40,9
<b>Cor/Raça</b>		
Branca	356	58,7
Não branca	250	41,3

**Tabela 1 (continuação)** – Descrição da população de estudo (n=606) segundo características socioeconômicas, demográficas, condição de saúde, utilização do serviço e classificação de risco cardiovascular, Cambé/PR, 2011.

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade*</b>		
0 a 7 anos	420	69,4
8 anos ou mais	185	30,6
<b>Classe econômica†</b>		
A+B	204	33,8
C	325	53,8
D+E	75	12,4
<b>Situação Conjugal</b>		
Com companheiro	443	73,1
Sem companheiro	163	26,9
<b>Exerce algum trabalho</b>		
Sim	322	53,1
Não	284	46,9
<b>Autopercepção de Saúde*</b>		
Muito boa/ boa	288	47,6
Regular/ ruim/ muito ruim	317	52,4
<b>Utilização dos serviços de saúde‡</b>		
UBS e plano	179	29,7
Somente UBS	326	54,1
Somente plano	80	13,3
Nenhum	18	3,0
<b>Risco cardiovascular §</b>		
Alto risco	84	17,6
Risco moderado	195	40,8
Baixo risco	199	41,6

\*Excluído 1 caso

†Excluídos 2 casos

‡Excluídos 3 casos

§Excluídos 128 casos

#### 4.2 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES

A avaliação do programa de atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes foi realizada a partir das dimensões adotadas, sendo elas: reconhecimento, acompanhamento, atendimento e controle. Os resultados estão descritos por dimensão e seus respectivos itens contemplados. Para julgamento final de cada item foram utilizados os padrões da matriz de indicadores, conforme apresentado no subitem 3.7 – Matriz de Indicadores.

##### 4.2.1 Avaliação da Dimensão Reconhecimento das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes

Para avaliar a dimensão reconhecimento, foi verificada a presença do diagnóstico no prontuário, na ficha – A e na ficha Hiperdia. Foram considerados reconhecidos pela UBS aqueles indivíduos que apresentaram registro de diagnóstico em pelo menos um dos documentos analisados. Para os indivíduos com ambas as condições consideraram-se reconhecidos com diabetes se houvesse o diagnóstico de diabetes em pelo menos um dos documentos e com hipertensão se o diagnóstico de hipertensão estivesse presente em um dos documentos analisados.

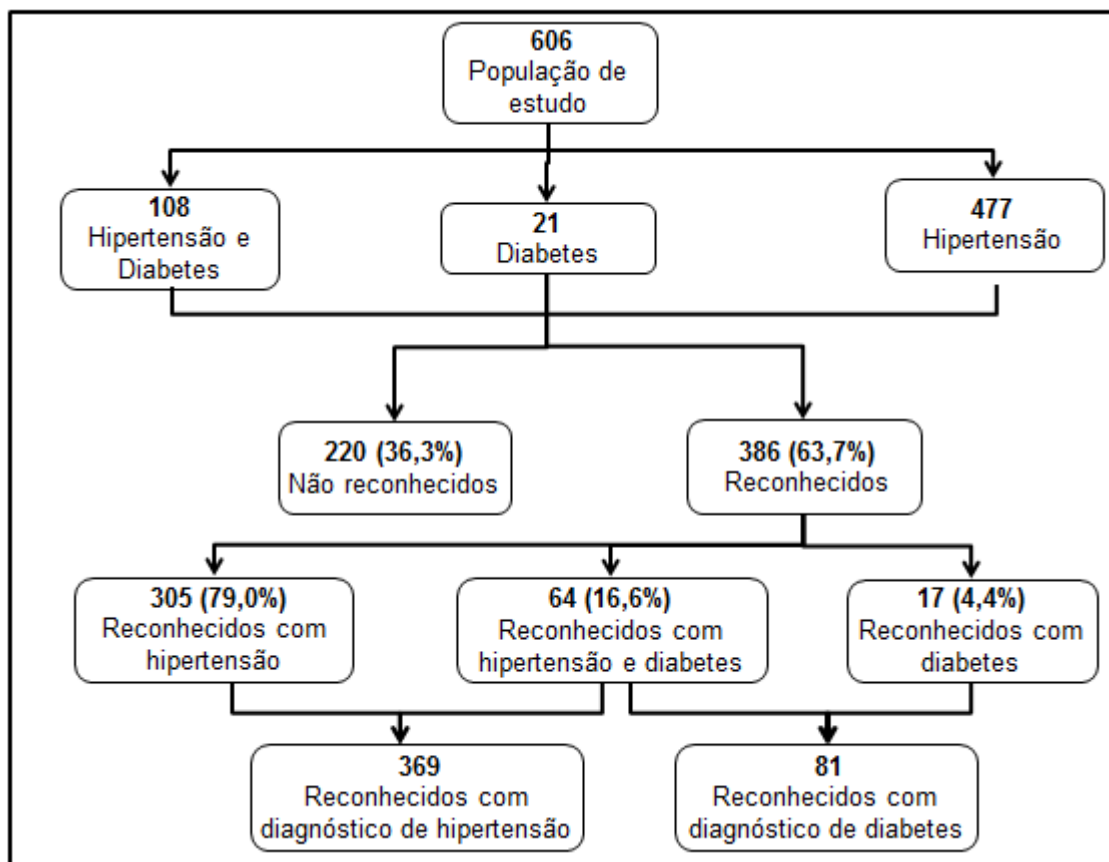
Foram analisados 423 prontuários e 453 fichas A. Dos 477 indivíduos com hipertensão, 351 (73,6%) tinham ficha A e 335 (70,2%) tinham prontuário na UBS da área de abrangência. Entre os 21 indivíduos com diabetes, 15 (71,4%) possuíam ficha A e 13 (61,9%) possuíam prontuário. Dentre os 108 indivíduos com ambas as doenças, 87 (80,6%) tinham ficha A e 75 (69,4%) tinham prontuário (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição (em percentual) dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes (n=606) segundo presença de prontuário e ficha A na unidade básica de saúde da área de abrangência, Cambé/PR, 2011.

Documento	Condição do indivíduo						Total	
	Hipertensão		Diabetes		Ambas		n	%
	n	%	n	%	n	%		
<b>Prontuário</b>								
Possui	335	70,2	13	61,9	75	69,4	423	69,8
Não possui	142	29,8	8	38,1	33	30,6	183	30,2
<b>Ficha A</b>								
Possui	351	73,6	15	71,4	87	80,6	453	74,8
Não possui	126	26,4	6	28,6	21	19,4	153	25,2

Dos 606 participantes incluídos na pesquisa, 386 (63,7%) indivíduos apresentaram registro do diagnóstico em pelo menos um dos documentos analisados. Desses 386 reconhecidos, 305 (79,0%) tinham o diagnóstico de hipertensão registrado, 17 (4,4%) o diagnóstico de diabetes e 64 (16,6%) ambas as condições registradas. Desta forma, o número de indivíduos reconhecidos com diagnóstico de hipertensão foi de 369 e de diabetes foi de 81 (Figura 19).

**Figura 19** – Fluxo de composição dos indivíduos reconhecidos pela unidade básica de saúde, Cambé/PR, 2012.



Entre os 369 casos com registro de hipertensão, 17,1% dos diagnósticos de hipertensão estavam registrados em três documentos, 36,8% havia registro na ficha A e no prontuário, 4,1% estavam no Hiperdia e no Prontuário. Além disso, 23,3% encontravam-se somente no prontuário, 18,4% somente na Ficha A e 0,3% somente no Hiperdia (Tabela 3).

**Tabela 3** – Distribuição (percentual) dos indivíduos com diagnóstico de hipertensão reconhecido (n=369) segundo documento de registro, Cambé/PR, 2012.

Documento de registro	Diagnóstico reconhecido	
	Hipertensão	
	n	%
Somente ficha A	68	18,4
Somente prontuário	86	23,3
Somente Hiperdia	1	0,3
Ficha A e prontuário	136	36,8
Hiperdia e prontuário	15	4,1
Ficha A, hiperdia e prontuário	63	17,1
<b>Total</b>	<b>369</b>	<b>100,0</b>

Dos 81 casos com registros de diabetes, 50,6% dos registros constavam na ficha A e no prontuário, 18,5% somente na ficha A e 17,3% somente no prontuário. Dos outros, 7,4% estavam nos três documentos, 5,0% no Hiperdia e no prontuário e 1,2% na Ficha A e no Hiperdia (Tabela 4).

**Tabela 4** – Distribuição (percentual) dos indivíduos com diagnóstico de diabetes reconhecido (n=81) segundo documento de registro, Cambé/PR, 2012.

Documento de registro	Diagnóstico reconhecido	
	Diabetes	
	n	%
Somente ficha A	15	18,5
Somente prontuário	14	17,3
Somente Hiperdia	-	-
Ficha A e prontuário	41	50,6
Ficha A e hiperdia	1	1,2
Hiperdia e prontuário	4	5,0
Ficha A, hiperdia e prontuário	6	7,4
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>

Os cálculos dos indicadores dos critérios 1A e 1B, referentes à proporção de pessoas com hipertensão com diagnóstico registrado em pelo menos um documento em relação ao total de indivíduos com hipertensão e à proporção de pessoas com diabetes com diagnóstico registrado em pelo menos um documento em relação ao total de indivíduos com diabetes, resultaram em 63,1% e 62,8% respectivamente. Essas proporções indicam que o reconhecimento tanto das pessoas com hipertensão quanto com diabetes pelas unidades de saúde do município é *regular*.

A frequência de reconhecimento foi significativamente mais elevada entre as mulheres, indivíduos com 60 anos ou mais, com baixa escolaridade (0-7 anos), pertencentes a classe econômica C, D ou E, que não trabalham e que consideram seu estado de saúde regular, ruim ou muito ruim. Em relação à utilização de serviços de saúde, a frequência de reconhecimento foi maior entre os que utilizam UBS quando comparado aos que utilizam somente plano. Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre o reconhecimento e a situação conjugal e o risco cardiovascular individual ( $p>0,05$ ) (tabela 5).

**Tabela 5** – Análise bruta da associação entre o reconhecimento da unidade de saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes (n=606) e variáveis de caracterização, Cambé – PR, 2012.

Características	Reconhece				Razão (IC 95%)	p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>						
Masculino	161	57,9	117	42,1	1	0,00
Feminino	225	68,6	103	31,4	1,18 (1,05-1,34)	
<b>Faixa etária</b>						
40 - 59 anos	210	58,7	148	41,3	1	0,00
60 anos ou mais	176	71,0	72	29,0	1,21 (1,08-1,36)	
<b>Escolaridade*</b>						
8 anos ou mais	84	45,4	101	54,6	1	0,00
0 a 7 anos	301	71,7	119	28,3	1,58 (1,33-1,87)	

**Tabela 5 (continuação)** – Análise bruta da associação entre o reconhecimento da unidade de saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes (n=606) e variáveis de caracterização, Cambé – PR, 2012.

Características	Reconhece				Razão (IC 95%)	p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Classe econômica†</b>						
A+B	92	45,1	112	54,9	1	0,00
C+D+E	292	73,0	108	27,0	1,62 (1,38-1,90)	
<b>Situação Conjugal</b>						
Com companheiro	272	61,4	171	38,6	1	0,06
Sem companheiro	114	69,9	49	30,1	1,14 (1,01-1,29)	
<b>Exerce algum trabalho</b>						
Sim	171	53,1	151	46,9	1	0,00
Não	215	75,7	69	24,3	1,43 (1,26-1,61)	
<b>Autopercepção de Saúde*</b>						
Muito boa/ boa	162	56,3	126	43,8	1	0,00
Regular/ ruim/ muito ruim	224	70,7	93	29,3	1,26 (1,11-1,42)	
<b>Utilização dos serviços de saúde‡</b>						
Somente plano	18	22,5	62	77,5	1	0,00
Somente UBS/UBS e plano	360	71,3	145	28,7	3,17 (2,10-4,78)	
Nenhum	5	27,8	13	72,2	1,23 (0,53-2,88)	
<b>Risco cardiovascular§</b>						
Baixo risco	127	63,8	72	36,2	1	0,96
Risco moderado	125	64,1	70	35,9	1,00 (0,87-1,16)	
Alto risco	59	70,2	25	29,8	1,10 (0,92-1,31)	

\*Excluído 1 caso

†Excluídos 2 casos

‡Excluídos 3 casos

§Excluídos 128 casos

#### 4.2.2 Avaliação da Dimensão Acompanhamento das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes

A avaliação do acompanhamento foi realizada a partir da análise do registro de quatro componentes: ficha de aprazamento, visita domiciliar, consulta médica e consulta de enfermagem. Nos três últimos, foram calculados os indicadores de cobertura e concentração para posteriormente aplicar o julgamento.

##### 4.2.2.1 Registro de aprazamento

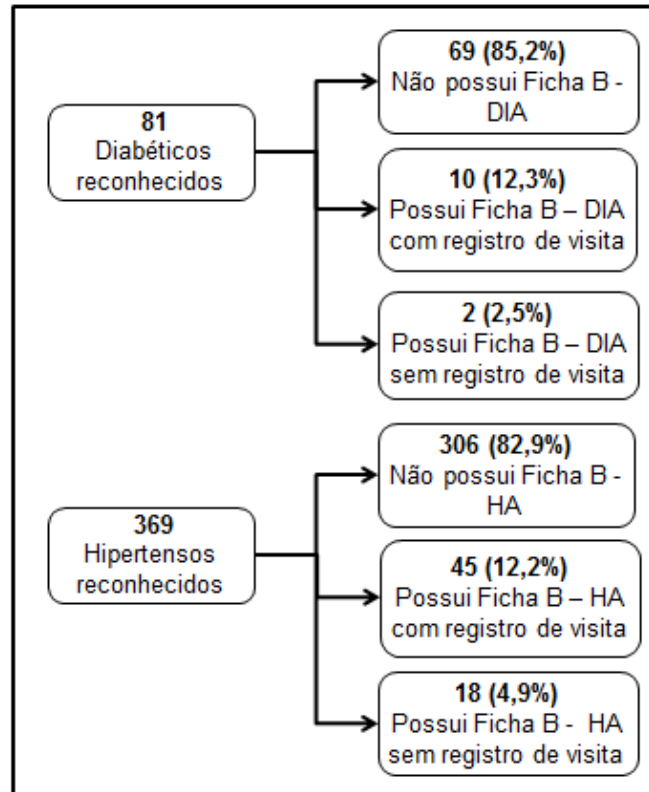
Dos 369 indivíduos com hipertensão e 81 com diabetes reconhecidos, 54,2% e 39,5% possuíam ficha de aprazamento do programa de hipertensão e de diabetes, respectivamente. Ao analisar as fichas de aprazamento, não foi encontrado nenhum registro de atividade de aprazamento tanto nas fichas dos indivíduos com hipertensão quanto com diabetes. Diante disso, o indicador do critério 2A- “Atividade de aprazamento” obteve-se uma proporção igual a “zero” caracterizando o aprazamento como *crítico*.

Dentre as 200 fichas de aprazamento do programa de hipertensão analisadas, 128 (64,0%) apresentaram registro de entrega de medicamento e valor da pressão arterial, 34 (17,0%) tinham somente o registro do medicamento entregue e 38 (19,0%) estavam em branco.

##### 4.2.2.2 Visita domiciliar

Dos 369 indivíduos com hipertensão reconhecidos, 82,9% não possuíam ficha B – HA, 45 (12,2%) tinham ficha B – HA com registro de pelo menos uma visita domiciliar e 18 (4,9%) tinham ficha B – HA, mas sem registro de visita. Dentre os 81 com diabetes reconhecidos, 85,2% não possuíam ficha B - DIA, apenas 12,3% possuíam ficha B – DIA, com registro de pelo menos uma visita e 2,5% tinham ficha B – DIA, mas sem registro de visita (Figura 20).

**Figura 20** – Fluxo de composição dos indivíduos reconhecidos com registro de visita domiciliar, Cambé/PR, 2012.



Os resultados dos indicadores do critério 2B- “Cobertura de visita domiciliar” foram *críticos*. O indicador de cobertura de visita domiciliar referente aos indivíduos com hipertensão reconhecidos apresentou resultado igual a 12,2% e aos com diabetes foi de 12,3%.

Dos 369 indivíduos com hipertensão reconhecidos pela UBS, 21 (5,7%) tinham quatro ou mais registros de visitas domiciliares na ficha B – HA. Entre os 81 indivíduos com diabetes reconhecidos, somente cinco (6,2%) apresentaram quatro ou mais registros de visitas domiciliares na ficha B – DIA em 2012 (Tabela 6).

**Tabela 6** – Frequência do registro de visitas domiciliares nas fichas B-HA/DIA nos 11 primeiros meses de 2012 entre indivíduos com hipertensão (n=369) e diabetes (n=81) reconhecidos pela unidade básica da área de abrangência, Cambé/PR, 2012.

Condição reconhecida	Registro de visita domiciliar						Total	
	Quatro ou mais		Um a três		Nenhum			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hipertensão	21	5,7	24	6,5	324	87,8	369	100,0
Diabetes	5	6,2	5	6,2	71	87,6	81	100,0

Diante disso, os resultados obtidos por meio do cálculo dos indicadores do critério 2C- “Concentração de visita domiciliar” mostrou que a concentração de visitas domiciliares é *crítica* para ambos os grupos.

#### 4.2.2.3 Consulta médica

Dos 386 indivíduos reconhecidos com hipertensão e/ou diabetes, 267 (69,2%) tinham registro de pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses. Entre os 119 indivíduos sem nenhum registro de consulta médica, 53 (44,5%) não possuíam prontuário na unidade da área de abrangência e 66 (55,5%) tinham prontuário, mas sem registro de consulta médica nos últimos 12 meses. Assim, o indicador do critério 2D- “Cobertura de consulta médica” obteve uma proporção de 69,2% que caracterizou como *regular* a cobertura de consulta médica.

Observou-se que a proporção de realização de consulta médica foi significativamente mais elevada entre as mulheres, indivíduos com baixa escolaridade ( $\leq 7$  anos), pertencentes à classe econômica C, D ou E e que utilizam a UBS. Não foram observadas associações significativas entre consulta médica e idade, situação conjugal, trabalho, autopercepção de saúde e risco cardiovascular individual (tabela 7).

**Tabela 7** – Análise bruta da associação entre cobertura de consulta médica às pessoas com hipertensão e/ou diabetes reconhecidas pela unidade (n= 386) e variáveis de caracterização, Cambé – PR, 2012.

Características	Consulta médica				Razão (IC 95%)	p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>						
Masculino	100	62,1	61	37,9	1	0,01
Feminino	167	74,2	58	25,8	1,19 (1,04-1,38)	
<b>Faixa etária</b>						
40 - 59 anos	139	66,2	71	33,8	1	0,20
60 anos ou mais	128	72,7	48	27,3	1,10 (0,96-1,25)	
<b>Escolaridade*</b>						
8 anos ou mais	50	59,5	34	40,5	1	0,04
0 a 7 anos	216	71,8	85	28,2	1,21 (1,01-1,46)	
<b>Classe econômica†</b>						
A+B	54	58,7	38	41,3	1	0,02
C+D+E	211	72,3	81	27,7	1,23 (1,02-1,48)	
<b>Situação Conjugal</b>						
Com companheiro	188	69,1	84	30,9	1	0,93
Sem companheiro	79	69,3	35	30,7	1,00 (0,87-1,16)	
<b>Exerce algum trabalho</b>						
Sim	111	64,9	60	35,1	1	0,13
Não	156	72,6	59	27,4	1,12 (0,97-1,28)	
<b>Autopercepção de Saúde</b>						
Muito boa/ boa	111	68,5	51	31,5	1	0,90
Regular/ ruim/ muito ruim	156	69,6	68	30,4	1,02 (0,89-1,16)	

**Tabela 7 (continuação)** – Análise bruta da associação entre cobertura de consulta médica às pessoas com hipertensão e/ou diabetes reconhecidas pela unidade (n= 386) e variáveis de caracterização, Cambé – PR, 2012.

Características	Consulta médica				Razão (IC 95%)	p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Utilização dos serviços de saúde†</b>						
Somente plano	1	5,6	17	94,4	1	
Somente UBS/ UBS e plano	265	73,6	95	26,4	13,25 (1,97-89,10)	0,00
Nenhum	1	20,0	4	80,0	3,60 (0,27-47,93)	0,9
<b>Risco cardiovascular§</b>						
Baixo risco	87	68,5	40	31,5	1	
Risco moderado	91	72,8	34	27,2	1,06 (0,91-1,25)	0,54
Alto risco	40	67,8	19	32,2	0,99 (0,80-1,22)	0,94

\*Excluído 1 caso

†Excluídos 2 casos

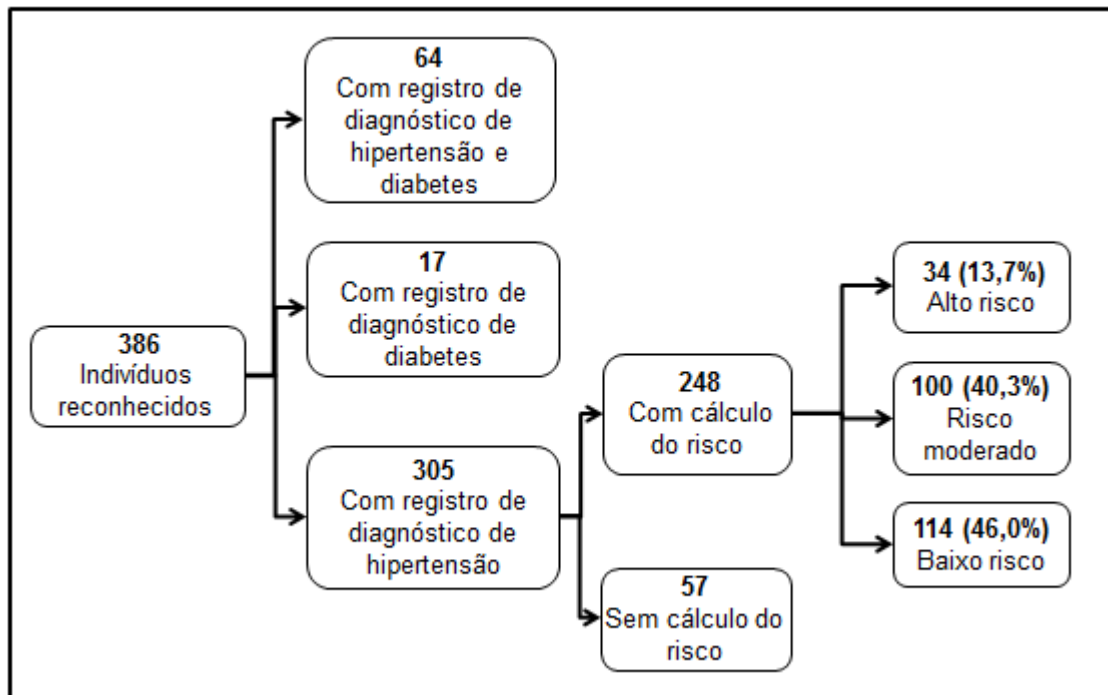
‡Excluídos 3 casos

§Excluídos 75 casos

Para avaliar a concentração de consulta médica dos indivíduos com hipertensão foi considerado o cálculo do escore de Framingham, que estipula o risco cardiovascular individual, pois a frequência de consulta médica preconizada pelo protocolo de hipertensão baseia-se no risco. Assim, dos 305 indivíduos com somente diagnóstico de hipertensão reconhecido pela UBS (Figura 19), 248 (81,3%) foram estratificados, pois tinham os dados necessários para o cálculo do escore e 57 (18,7%) não foram, pois não tinham todos os dados essenciais para o cálculo.

Entre os 248 indivíduos com hipertensão com risco cardiovascular individual calculado, 34 (13,7%) foram classificados como de alto risco cardiovascular individual, 100 (40,3%) de risco moderado e 114 (46,0%) de baixo risco (Figura 21).

**Figura 21** – Fluxo de composição dos indivíduos com diagnóstico de hipertensão reconhecido e classificação de risco, Cambé/PR, 2012.



Do total de 34 indivíduos com hipertensão com alto risco reconhecidos, somente 11,8% tinham registro de três ou mais consultas médicas nos últimos 12 meses. Dentre os 100 indivíduos com hipertensão que possuem risco moderado e eram reconhecidos pela UBS, 57,0% apresentaram dois ou mais registros de consulta médica no período estudado. Dos 114 indivíduos com hipertensão de baixo risco reconhecidos, 67,5% apresentaram pelo menos um registro de consulta médica.

Em relação aos 17 indivíduos com diagnóstico de diabetes reconhecido, somente 35,3% apresentaram registro de três ou mais consultas médicas no prontuário. Já entre os 64 indivíduos que possuem hipertensão e diabetes com ambos os diagnósticos reconhecidos, 53,1% apresentaram três ou mais registros de consultas médicas no prontuário (Tabela 8).

**Tabela 8** – Distribuição da frequência do registro de consulta médica no prontuário nos últimos 12 meses segundo condição dos indivíduos reconhecidos pela unidade básica da área de abrangência, Cambé/PR, 2012.

Condição	Registro de consultas médicas								Total	
	Três ou mais		Dois		Um		Nenhum		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hipertensão alto risco	4	11,8	9	26,5	10	29,4	11	32,3	34	100,0
Hipertensão risco moderado	50	50,0	7	7,0	14	14,0	29	29,0	100	100,0
Hipertensão baixo risco	53	46,5	13	11,4	11	9,6	37	32,5	114	100,0
Diabetes	6	35,3	2	11,8	3	17,6	6	35,3	17	100,0
Hipertensão e diabetes	34	53,1	6	9,4	5	7,8	19	29,7	64	100,0
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>44,7</b>	<b>37</b>	<b>11,2</b>	<b>43</b>	<b>13,1</b>	<b>102</b>	<b>31,0</b>	<b>329*</b>	<b>100,0</b>

\*Excluídos 57 casos com HA sem classificação.

Após cálculo dos indicadores do critério 2E- “Concentração da consulta médica” verificou-se resultados considerados *regulares* e *críticos*. Entre as proporções *regulares* estão às concentrações de consulta médica aos indivíduos com hipertensão de risco moderado (57,0%), de baixo risco (67,5%) e indivíduos com ambos os diagnósticos reconhecidos (53,1%). As concentrações de consulta médica consideradas *críticas* foram referentes aos indivíduos com hipertensão de alto risco e aos indivíduos com somente diagnóstico de diabetes reconhecido (Tabela 9).

**Tabela 9** – Resultado em percentual e julgamento dos indicadores do critério 3E- Concentração da consulta médica, Cambé/PR, 2012.

<b>Indicador</b>	<b>Resultado (%)</b>	<b>Julgamento</b>
<b>3Ea.</b> n° de indivíduos com hipertensão de alto risco reconhecidos com pelo menos três registros de consultas médicas nos últimos 12 meses/ total de indivíduos com hipertensão de alto risco reconhecidos x 100	11,8	<i><b>Crítico</b></i>
<b>3Eb.</b> n° de indivíduos com hipertensão de risco moderado reconhecidos com pelo menos dois registros de consulta médica nos últimos 12 meses / total de indivíduos com hipertensão de risco moderado reconhecidos x 100	57,0	<i><b>Regular</b></i>
<b>3Ec.</b> n° de indivíduos com hipertensão de baixo risco reconhecidos com pelo menos um registro de consulta médica nos últimos 12 meses / total de indivíduos com hipertensão de baixo risco reconhecidos x 100	67,5	<i><b>Regular</b></i>
<b>3Ed.</b> n°. de indivíduos com diabetes reconhecidos com pelo menos três registros de consulta médica nos últimos 12 meses / total de indivíduos com diabetes reconhecidos x 100	35,3	<i><b>Crítico</b></i>
<b>3Ee.</b> n°. de indivíduos com hipertensão e diabetes reconhecidos com pelo menos três registros de consulta médica nos últimos 12 meses / total de indivíduos com hipertensão e diabetes reconhecidos x 100	53,1	<i><b>Regular</b></i>

#### 4.2.2.4 Consulta de enfermagem

O indicador do critério 2F- “Cobertura da consulta de enfermagem” obteve uma proporção de 1,5% que caracteriza como ***crítica*** a cobertura da consulta de enfermagem. Dos 98,5% indivíduos que não apresentaram registro de consulta de enfermagem, 53 (13,9%) não possuíam prontuário na UBS da área de abrangência e 327 (86,1%) tinham prontuário, mas sem registro de consulta de enfermagem no período analisado.

Todos os seis indivíduos que apresentaram registro de consulta de enfermagem tiveram somente uma consulta anotada no período analisado. Os cálculos dos

indicadores do critério 2G- “Concentração da consulta de enfermagem” também resultaram em proporções consideradas *críticas*. Todos os indicadores apresentaram resultado igual à zero, com exceção das consultas aos indivíduos com hipertensão de baixo risco que resultou em menos de 1,0%.

#### 4.2.3 Avaliação da Dimensão Atendimento às Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes

Para julgar os atendimentos foram utilizados dois critérios: atividades técnicas e orientações registradas nas consultas médicas e de enfermagem dos últimos 12 meses. Entre as atividades técnicas analisadas estão o registro de: pressão arterial, altura, peso, circunferência abdominal e IMC. As orientações avaliadas foram: tabaco, álcool, atividade física, alimentação e cuidado com os pés.

Entre os 267 indivíduos reconhecidos que apresentaram registro de consulta médica, 94,7% tinham registro de pressão arterial em pelo menos uma consulta, 74,5% de peso, 9,4% de altura, apenas 0,7% de IMC e nenhum apresentou registro de circunferência abdominal.

Ao aplicar os valores apresentados nos indicadores do critério 3A – “Atividade técnica na consulta médica” obtêm-se resultados que consideram o registro de pressão arterial na(s) consulta(s) médica(s) *excelente*, o registro de peso *satisfatório* e os registros de altura, IMC e circunferência abdominal *críticos* (Tabela 10). O item que apresentou pior indicador foi referente ao registro de circunferência abdominal. O registro dessa atividade técnica não foi encontrado em nenhuma consulta médica.

**Tabela 10** – Resultado em percentual e julgamento dos indicadores do critério 2A- Atividade técnica na consulta médica, Cambé/PR, 2012.

<b>Indicador</b>	<b>Resultado (%)</b>	<b>Julgamento</b>
<b>3Aa.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de pressão arterial em pelo menos uma consulta médica/ total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica x 100	94,7	<i>Excelente</i>
<b>3Ab.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de peso em pelo menos uma consulta médica/ total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica x 100	74,5	<i>Satisfatório</i>
<b>3Ac.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de altura em pelo menos uma consulta médica/ total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica x 100	9,4	<i>Crítico</i>
<b>3Ad.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de circunferência abdominal em pelo menos uma consulta médica/ total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica x 100	Zero	<i>Crítico</i>
<b>3Ae.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de IMC em pelo menos uma consulta médica/ total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica x 100	0,75	<i>Crítico</i>

Para avaliar o registro das orientações na(s) consulta(s) médica(s) foi considerada a presença do registro no prontuário de cada orientação preconizada em pelo menos uma consulta dos últimos 12 meses. Dentre os 267 prontuários de indivíduos reconhecidos que apresentaram pelo menos um registro de consulta médica nos últimos 12 meses, 13,1% constava o registro de orientação de alimentação, 3,4% de orientação para atividade física e 0% registro de orientação em relação ao álcool. O termo “orientações gerais” apareceu registrado em 76 (28,5%) prontuários dos 267 indivíduos reconhecidos que apresentaram pelo menos um registro de consulta médica nos últimos 12 meses.

Dos 42 indivíduos fumantes reconhecidos pela UBS cujos prontuários continham registro(s) de consulta(s) médica(s) nos últimos 12 meses, em 9,5% apresentaram haver também o registro de orientação de tabaco. Nos 56 prontuários de indivíduos com diabetes reconhecidos que tinham pelo menos um registro de consulta médica nos últimos 12 meses não foi encontrado nenhum registro de orientação de cuidado com os pés.

Os resultados provenientes dos cálculos dos indicadores contidos no critério 3C - “Orientações nas consultas médicas” foram considerados *críticos* para todas as orientações, pois apresentaram proporções abaixo de 50% (Tabela 11). O pior desempenho observado foi em relação às orientações referentes ao consumo de álcool e cuidado com os pés. Não foi encontrado nenhum registro dessas orientações na(s) consulta(s) médica(s) realizada(s) nos últimos 12 meses. Mesmo considerando o encaminhamento ao grupo de tabagismo como orientação de tabaco, este indicador resultou em uma proporção de 9,5%.

**Tabela 11** – Resultado em percentual e julgamento dos indicadores do critério 2C- Orientações nas consultas médicas, Cambé/PR, 2012.

<b>Indicador</b>	<b>Resultado (%)</b>	<b>Julgamento</b>
<b>2Ca.</b> n°. de indivíduos tabagistas reconhecidos com registro de orientação de tabaco em consulta médica dos últimos 12 meses / total de indivíduos tabagistas reconhecidos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses x 100	9,5	<i>Crítico</i>
<b>2Cb.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de orientação de atividade física em consulta médica dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses x 100	3,4	<i>Crítico</i>
<b>2Cc.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de orientação de alimentação em consulta médica dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses x 100	13,1	<i>Crítico</i>
<b>2Cd.</b> n°. de indivíduos reconhecidos com registro de orientação de álcool em consulta médica dos últimos 12 meses / total de indivíduos reconhecidos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses x 100	Zero	<i>Crítico</i>
<b>2Ce.</b> n°. de indivíduos com diabetes reconhecidos com registro de orientação de cuidado com os pés em consulta médica dos últimos 12 meses / total de indivíduos com diabetes reconhecidos que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses x 100	Zero	<i>Crítico</i>

Ao calcular os indicadores do critério 3B - “Atividade técnica na consulta de enfermagem”, foram observados resultados que os caracterizam como *satisfatório, regular e crítico*. Dentre os resultados *satisfatórios* (83,3%) estão os registros da pressão arterial, do peso e da altura nas seis consultas de enfermagem registradas nos últimos 12 meses. O

registro de IMC e da circunferência abdominal nessas consultas obtiveram índice *regular* (66,7%) e *crítico* (33,3%) respectivamente.

Os resultados obtidos por meio do cálculo dos indicadores que contemplam o critério 3D – “Orientações nas consultas de enfermagem” mostraram-se *críticos*. Somente em 33,3% das seis consultas de enfermagem registradas nos últimos 12 meses havia registro de orientação referente à atividade física. Os indicadores aplicados às outras orientações (tabaco, alimentação, álcool e cuidado com os pés) resultaram em “zero”, pois não foram encontrados registros dessas orientações em nenhuma das seis consultas de enfermagem registradas nos últimos 12 meses. Em uma consulta de enfermagem havia registro de “orientações gerais”.

#### 4.2.4 Avaliação da Dimensão Controle das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes

Para a avaliação do controle da glicemia em jejum dos indivíduos com diabetes e da pressão arterial das pessoas com hipertensão, foram considerados os parâmetros adotados pelo protocolo conforme citado no item 3.5 – Variáveis de estudo. Considerou-se controlado o indivíduo que: possuía o último registro, realizado nos 12 meses anteriores à coleta, de pressão arterial <140 x 90mmHg nos casos dos indivíduos com diagnóstico de hipertensão reconhecido pela UBS e de glicemia <126mg/dl nos casos dos indivíduos com diabetes reconhecidos.

Dos 369 indivíduos com hipertensão reconhecidos pela UBS, 77,2% tinham registro de pressão arterial nos últimos 12 meses. Dentre os 81 indivíduos com diabetes reconhecidos, 60,5% apresentaram registro de glicemia em jejum no prontuário. Entre os indivíduos que apresentaram registro de pressão arterial, 53,0% estavam com os valores da pressão sistólica e diastólica controlados. Entre os 134 descontrolados, 51,5% tinham os dois valores acima de 140x90 mmHg, 29,1% apresentaram o valor da pressão sistólica igual ou maior que 140mmHg e 19,4% a pressão diastólica igual ou maior que 90mmHg.

Dos 49 indivíduos com diabetes que possuíam registro de glicemia de jejum nos últimos 12 meses, 28,6% estavam com a glicemia controlada (Tabela 12).

**Tabela 12** – Distribuição dos indivíduos com hipertensão e diabetes reconhecidos pela unidade da área de abrangência com registro de pressão arterial (n=285) e glicemia (n=49) no prontuário nos últimos 12 meses segundo nível de controle, Cambé/PR, 2012.

Condição reconhecida	Nível				Total	
	Controlado*		Não controlado		n	%
	N	%	n	%		
<b>Hipertensão</b>						
Pressão arterial	151	53,0	134	47,0	285	100,0
<b>Diabetes</b>						
Glicemia em jejum	14	28,6	35	71,4	49	100,0

\*Pressão arterial <140X90mmHg/ Glicemia em jejum<126mmHg.

Ao calcular os indicadores do critério 4A- “Proporção de indivíduos com hipertensão reconhecidos controlados” e do critério 4B- “Proporção de indivíduos com diabetes reconhecidos controlados”, obteve-se proporções que caracterizam o controle das pessoas com hipertensão como *regular* e o controle das pessoas com diabetes como *crítico* (Tabela 13).

**Tabela 13** – Resultado em percentual e julgamento dos indicadores dos critérios 4A- Proporção de indivíduos com hipertensão reconhecidos controlados e 4B- Proporção de indivíduos com diabetes reconhecidos controlados, Cambé/PR, 2012.

Critério	Indicador	Resultado (%)	Julgamento
<b>4A-</b> Proporção de indivíduos com hipertensão reconhecidos controlados	<b>4Aa.</b> n° de indivíduos com hipertensão reconhecidos com pressão arterial <140x90mmHg/ total de indivíduos com hipertensão reconhecidos com registro de pressão arterial inferior a 12 meses x 100	53,0	<i>Regular</i>
<b>4B-</b> Proporção de indivíduos com diabetes reconhecidos controlados	<b>4Ba.</b> n° de indivíduos com diabetes reconhecidos com glicemia em jejum <126mg/dl/ total de indivíduos com diabetes reconhecidos com registro de glicemia inferior a 12 meses x 100	28,6	<i>Crítico</i>

A frequência de controle da pressão arterial foi significativamente maior entre as mulheres, indivíduos com baixa escolaridade ( $\leq 7$  anos) e em pessoas com baixo risco cardiovascular. Não foram observadas associações significativas entre o controle da pressão arterial e faixa etária, classe econômica, situação conjugal, trabalho, autopercepção de saúde e utilização dos serviços de saúde (Tabela 14).

**Tabela 14** – Análise bruta da associação entre controle da pressão arterial das pessoas com hipertensão reconhecidas pela unidade com registro de pressão arterial nos últimos 12 meses (n= 285) e variáveis de caracterização, Cambé-PR, 2012.

Características	PA controlada				Razão (IC 95%)	p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>						
Masculino	50	44,6	62	55,4	1	0,03
Feminino	101	58,4	72	41,6	1,31 (1,03-1,67)	
<b>Faixa etária</b>						
40 - 59 anos	74	49,7	75	50,3	1	0,29
60 anos ou mais	77	56,6	59	43,4	1,14 (0,92-1,42)	
<b>Escolaridade*</b>						
8 anos ou mais	21	38,2	34	61,8	1	0,01
0 a 7 anos	130	56,8	99	43,2	1,49 (1,04-2,12)	
<b>Classe econômica†</b>						
A+B	25	42,4	34	57,6	1	0,10
C+D+E	126	55,3	102	44,7	1,30 (0,95-1,80)	
<b>Situação Conjugal</b>						
Com companheiro	107	53,8	92	46,2	1	0,78
Sem companheiro	44	51,2	42	48,8	0,95 (0,75-1,21)	
<b>Exerce algum trabalho</b>						
Sim	58	47,5	64	52,5	1	0,14
Não	93	57,1	70	42,9	1,20 (0,95-1,51)	

**Tabela 14 (continuação)** – Análise bruta da associação entre controle da pressão arterial das pessoas com hipertensão reconhecidas pela unidade com registro de pressão arterial nos últimos 12 meses (n= 285) e variáveis de caracterização, Cambé-PR, 2012.

Características	PA controlada				Razão (IC 95%)	p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Autopercepção de Saúde</b>						
Muito boa/ boa	61	52,1	56	47,9	1	0,9
Regular/ ruim/ muito ruim	90	53,6	78	46,4	1,03 (0,82-1,28)	
<b>Utilização dos serviços de saúde*</b>						
Somente plano	4	80,0	1	20,0	1	
Somente UBS/ UBS e plano	145	52,3	132	47,6	0,65 (0,42-1,03)	0,43
Nenhum	1	50,0	1	50,0	0,63 (0,15-2,67)	0,89
<b>Risco cardiovascular‡</b>						
Baixo risco	66	68,8	30	31,3	1	
Risco moderado	44	45,8	52	54,2	0,67 (0,52-0,86)	0,00
Alto risco	14	35,9	25	64,1	0,52 (0,34-0,81)	0,00

\*Excluído 1 caso

†Excluídos 2 casos

‡Excluídos 54 casos



## 5 DISCUSSÃO

Os processos avaliativos, assim como o realizado por esta pesquisa, contribuem para mudanças em situações indesejáveis e para a tomada de decisões dos responsáveis pelo programa (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). Dessa forma, os resultados obtidos por esta avaliação são importantes para fundamentar as ações de melhorias nas intervenções em saúde e por consequência na qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde.

Inicialmente será discutido o perfil da amostra e posteriormente a situação dos processos e resultados avaliados. Nas análises de associação, o acompanhamento e o controle estão representados pela cobertura de consulta médica e controle de pressão arterial respectivamente, uma vez que as outras atividades dessas dimensões foram pouco frequentes. Também por esse motivo, a dimensão referente ao atendimento não foi contemplada na análise de associação já que a maioria das atividades técnicas e orientações obtiveram percentual de registro abaixo de 10,0%.

As variáveis de caracterização, utilizadas para as análises de associações com os desfechos, foram selecionadas com o intuito de revelarem, entre outras coisas, o perfil da população que está sendo beneficiada pela unidade e a distribuição da oferta de serviço. Assim, as análises de associações entre os indicadores selecionados e as variáveis de caracterização complementaram os resultados apresentados pelos indicadores de avaliação, fato que permitiu maior compreensão do processo e por consequência melhores fundamentações para readequações no serviço.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO E OU DIABETES

Comparando-se os dados de caracterização da população amostrada com os de outros estudos de base populacional nacional e internacional, observaram-se semelhanças e diferenças no perfil das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Essa comparação torna-se importante uma vez que os resultados obtidos por esta pesquisa são representativos desse grupo de indivíduos.

Assim como este trabalho verificou que a maioria dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes são do sexo feminino, outros estudos de base populacional também verificaram que mais de 50,0% dos indivíduos com hipertensão (SOUZA, 2006; CHELOTTI,

2009; BARRETO et al., 2001; FREITAS et al., 2001; GUS et al., 2004; CIPULLO et al., 2010; CESARINO et al., 2008; YIP et al., 2013; TIPTARADOL; AEKPLAKORN, 2012) e com diabetes (BRASIL, 2004) são do sexo feminino.

Nesses estudos apesar de a amostra ser constituída por indivíduos a partir de 18 anos ou mais ou 20 anos ou mais, mostraram que a média de idade das pessoas com hipertensão é de aproximadamente 53 anos (GUS et al., 2004; CESARINO et al., 2008) e que mais de 96,0% dos indivíduos com hipertensão tinham 40 anos ou mais (SOUZA, 2006; CIPULLO et al., 2010). Em outro verificaram que 67,8% dos indivíduos com hipertensão possuíam 40 anos ou mais (CHELOTTI, 2009). Já a Campanha Nacional de Detecção de Diabetes (CNDDM) realizada pelo Ministério da Saúde com parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que incluiu somente indivíduos com 40 anos ou mais verificou 52,9% de pessoas com diabetes na faixa etária de 40 a 59 anos, resultado esse que se assemelha ao deste trabalho (59,1%) (BRASIL, 2004).

Os estudos também mostraram que a maioria dos indivíduos com hipertensão ou diabetes possuem baixa escolaridade. Assim como na presente pesquisa a maioria das pessoas com hipertensão (SOUZA, 2006; CHELOTTI, 2009; BARRETO et al., 2001; GUS et al., 2004; CIPULLO et al., 2010; CESARINO et al., 2008; WANG et al., 2013; YIP et al., 2013; AEKPLAKORN et al., 2012; JADDOU et al., 2011) e com diabetes (BRASIL, 2004) também têm menos de 8 anos de estudo.

A predominância da cor branca entre os indivíduos com hipertensão e/ou diabetes observada no presente trabalho também foi verificada em outros de base populacional. Freitas et al. (2001) e Cipullo et al. (2010) mostraram que em Catanduva e São José do Rio Preto, 85,5% e 84,1%, respectivamente, dos indivíduos com hipertensão da amostra representativa com 18 anos ou mais eram brancos. Resultado semelhante (78,4%) foi observado por Cesarino et al. (2008) que analisaram também uma amostra de indivíduos com hipertensão representativa da população urbana de São José do Rio Preto – SP com idade igual ou maior que 18 anos. Entre as pessoas com diabetes o percentual de indivíduos brancos foi um pouco mais baixo (54,8%) quando comparado às com hipertensão, mas ainda representa a maioria (BRASIL, 2004).

A maior proporção de indivíduos com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à classe econômica C e D+E apresentada por esta pesquisa também foi verificada em outros estudos de base populacional com pessoas com hipertensão (CIPULLO et al., 2010; CESARINO et al., 2008). Apesar desses estudos não utilizarem a classificação ABEP para

determinar a classe econômica, verificaram a classe econômica baseado na renda e em bens, o que se assemelha à ABEP.

Neste trabalho a maioria (73,1%) dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes vivia com companheiro o que também foi verificado por outros autores que realizaram estudos de base populacional e estudaram o perfil da população hipertensa (CHELOTTI, 2009; FREITAS et al., 2001; CESARINO et al., 2008). Situação semelhante foi observada em relação à autopercepção de saúde dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes. Assim como nesta pesquisa, Chelotti (2009) observou que a maioria (66,1%) dos indivíduos com hipertensão maiores de 18 anos participantes do estudo de base populacional considerou sua saúde regular ou ruim.

O predomínio de indivíduos de baixo e moderado risco cardiovascular também foi observado por Cesarino et al. (2012) em indivíduos com hipertensão acompanhados no ambulatório de Cardiologia e Hipertensão Arterial do Centro Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Assim como em outros estudos (BARRETO et al., 2003; FRIÕES et al., 2003), nesta amostra representativa da população adulta (40 anos ou mais) com hipertensão e/ou diabetes de Cambé, o valor da pressão arterial parece ser o fator com maior impacto no risco cardiovascular individual, pois simulando que os indivíduos que apresentaram PA sistólica  $\geq 140$ mmHg e/ou diastólica  $\geq 90$  mmHg tivessem a PA sistólica  $< 140$ mmHg e/ou diastólica  $< 90$ mmHg teríamos uma redução de indivíduos de alto risco (17,6%-9,8%) e risco moderado (40,8% - 35,0%) e um aumento dos indivíduos de baixo risco (41,6% - 55,2%).

Entretanto, vale ressaltar que os trabalhos comparados nesta seção apesar de se assemelharem a este por serem de base populacional, fato que controla o viés de uso do serviço, possuem algumas características metodológicas distintas às do presente estudo. Em algumas pesquisas foram incluídos indivíduos com idades inferiores a 40 anos e/ou a condição de hipertensão e diabetes foram referidas.

Apesar disso, observaram-se semelhanças e diferenças em alguns aspectos do perfil da população hipertensa e/ou diabética de estudos de base populacional quando comparado às características dos indivíduos deste trabalho, porém a caracterização dos indivíduos em estudo de base populacional pode variar bastante, dependendo das populações investigadas. Portanto, é preciso cautela para generalizações com bases nos resultados destas pesquisas.

## 5.2 RECONHECIMENTO DOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO E OU DIABETES

A meta pactuada no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 do município de Cambé, em relação à atenção às doenças crônicas não transmissíveis, corresponde a 100% de identificação dos indivíduos com hipertensão e diabetes (CAMBÉ, 2010).

Os resultados obtidos por meio dos cálculos dos indicadores dos critérios 1A- “Proporção de indivíduos com hipertensão detectados” e 1B- “Proporção de indivíduos com diabetes detectados” mostraram que as UBS reconhecem somente 63,1% das pessoas com hipertensão e 62,8% das pessoas com diabetes. Verificou-se ainda que a unidade reconhece mais as mulheres, os idosos, pessoas com baixa escolaridade, pertencentes a classe C, D ou E, que não trabalham e que consideram sua saúde regular, ruim ou muito ruim.

Frente a isso, supõe-se que os indivíduos que a unidade reconhece são os que frequentam o serviço, pois apesar da ausência de análise ajustada as características que estiveram associadas a esse desfecho na análise bruta são semelhantes às apresentadas por outros estudos, nacionais e internacionais, que caracterizam a população que possui maior acesso, utilizam mais o serviço e por consequência possuem maior conhecimento da sua condição.

Esses estudos mostram que as mulheres (ASSIS, 2012; OLIVEIRA, 2012), as pessoas com menor escolaridade (BASTOS, 2011) e os indivíduos que não trabalham (OLIVEIRA, 2012) utilizam mais os serviços públicos e conhecem mais a condição (MARQUES-VIDAL et al., 1997; MACEDO et al., 2005; MANCIA et al., 2006; PEREZ-FERNANDEZ et al., 2007; WHELTON; HE; MUNTNER, 2004; NOGUEIRA et al., 2010; PEREIRA et al., 2007b; WANG et al., 2013; LERNER et al., 2013; YIP et al., 2013; AEKPLAKORN et al., 2012; SAEED et al., 2011; JADDOU et al., 2011). Além disso, os trabalhos verificaram que os indivíduos mais velhos reconhecem mais a condição (NOGUEIRA et al., 2010; WANG et al., 2013; DZUDIE, et al., 2013; YIP et al., 2013; AEKPLAKORN et al., 2012; SAEED et al., 2011; JADDOU et al., 2011) e as pessoas com menor renda utilizam mais os serviços públicos (BASTOS, 2011).

Deste modo, percebe-se que embora a unidade reconheça mais os indivíduos que utilizam o serviço e o alcance da meta pactuada seja bastante difícil, diante das possibilidades de utilização de serviços alternativos do SUS, o reconhecimento está aquém do esperado, pois 83,3% dos indivíduos inclusos na pesquisa referiram utilizar a UBS e mesmo assim as unidades não conseguem captar esses indivíduos. Assim, o processo de reconhecimento *regular* mostra-se ineficaz quando comparado à meta pactuada no Plano

Municipal de Saúde 2010-2013 de Cambé, considerando aqui como eficaz um processo que atingiu os resultados previstos, ou seja, anteriormente planejado.

Portanto, este fato indica que as ações municipais de captação na atenção básica de Cambé voltadas à detecção dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes necessitam ser aprimoradas e ampliadas para captar tanto os indivíduos que utilizam a UBS quanto os que dependem do serviço, mas não o utilizam.

Estudo realizado por Sala et al. (1993), que analisou a captação ativa da demanda no pronto atendimento, indicou cobertura de detecção mais baixa do que a do presente trabalho. A cobertura, baseada na estimativa de prevalência de hipertensão e diabetes da população geral, foi de 2,7% para indivíduos com hipertensão e 0,7% para pessoas com diabetes com 20 anos ou mais de idade residentes na área do Centro de Saúde-Escola do município de São Paulo (SALA et al., 1993; SALA; NEMES; COHEN, 1998).

Entretanto, deve-se ressaltar que esse último estudo ocorreu em um período em que não havia o modelo do PSF institucionalizado no país. Além disso, a única oportunidade de identificação dos indivíduos estava no momento da busca espontânea ao serviço por outros motivos, pois não havia outras estratégias implantadas (SALA et al., 1993).

Coberturas semelhantes à desta pesquisa foram apresentadas por Souto et al. (2009) em um estudo transversal descritivo realizado no Distrito Sanitário de Planalto em Santa Rosa (RS). Os pesquisadores verificaram uma taxa de cobertura de 59,6% (431) dos indivíduos com hipertensão e de 64,8% (83) dos indivíduos com diabetes considerando que 80% da população adstrita na unidade de saúde estudada são usuários do SUS e que a prevalência esperada era de 723 indivíduos com hipertensão e 128 indivíduos com diabetes (SOUTO et al., 2009).

Da mesma forma, uma pesquisa longitudinal que reentrevistou em 2006 os idosos de um primeiro estudo de base populacional realizado em 2000 no município de São Paulo observou problemas na detecção. O acompanhamento dessa pesquisa mostrou que os serviços de saúde não estão conseguindo identificar precocemente os idosos com hipertensão e/ou diabetes. Essa fragilidade advém não só porque os idosos não podem procurar o serviço, mas porque o serviço pode não estar atento para o momento oportuno do diagnóstico (LOUVISON, 2011).

Avaliação normativa realizada com uma amostra representativa de 73 equipes de saúde da família no município de Recife, que analisou o grau de implantação das ações de atenção ao diabetes mellitus, também mostrou que um dos principais problemas foi a

fragilidade das ações de prevenção e diagnóstico precoce. Entre os indicadores que não foram implantados, conforme Pereira (2007a) encontrava-se o rastreamento do diabetes.

O reconhecimento *regular* dos indivíduos com hipertensão e diabetes pelas unidades de saúde pode estar relacionado à dificuldade de operacionalização das ações de detecção, já aventada por Sala, Nemes e Cohen no estudo realizado em 1998 e mais recentemente por Louvison (2011).

No presente trabalho, as coberturas dos reconhecimentos chamam atenção pelo fato de a estratégia de Saúde da Família se constituir no eixo estruturante no município de Cambé e encontrar-se implantada em todas as UBS do município com cobertura populacional de 87,4% (CAMBÉ, 2010). Além disso, o principal foco das Equipes de Saúde da Família é a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades da população adstrita (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Ressalta-se que embora o PSF tenha avançado de programa para estratégia com vistas a superar a insuficiência dos arranjos organizacionais, falência das práticas profissionais (GIL, 2006) e representar uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, a universalização da atenção ainda não está satisfatória (BRASIL, 2000b; MENDES, 2012).

Porém, estudos apontam que os desempenhos das unidades com Programa de Saúde da Família implantado são melhores quando comparadas às UBS com modelo tradicional (FACCHINI et al. 2006; ELIAS et al., 2006; BRANDÃO et al., 2011). Os resultados do PSF superiores aos do modelo tradicional são atribuídos a melhor organização dos processos, produzindo impactos mais significativos nos níveis de saúde da população (MENDES, 2012).

Mesmo assim, os resultados permitem inferir que a proposta do modelo centrado na Saúde da Família ainda não foi incorporada pelos profissionais, uma vez que se supõe que os indivíduos reconhecidos são aqueles que possuem melhor acesso e utilizam mais a unidade. Embora um dos objetivos dos protocolos de hipertensão e diabetes seja a busca, a detecção e inserção no programa de atendimento de todos os portadores da doença (CAMBÉ, 2012b, 2012c), os resultados mostram que há necessidade de avançar no processo de institucionalização da estratégia de Saúde da Família nos diferentes espaços e direcionar a população que possui menor acesso/utilização da unidade.

A consolidação dessa estratégia precisa ser apoiada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e

pela competência de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2013b). Para tal, há necessidade de incorporar distintas dimensões aos processos de trabalho em saúde e à organização dos serviços presentes nas ações programáticas, pois os pressupostos das ações programáticas além de incidirem na organização do serviço, também têm influência no PSF (GIL, 2006).

Os espaços de convivência e atividade dos idosos podem ser lugares oportunos para a busca ativa das condições crônicas. Além disso, devem-se aproveitar também as campanhas de vacinação para o rastreamento das condições crônicas (LOUVISON, 2011). Apesar das ações em diferentes espaços estarem previstas no município (CAMBÉ, 2010), há necessidade de maior atenção no processo de captação por meio da busca ativa nos domicílios mediante visitas domiciliares realizadas pelas Equipes de Saúde da Família, principalmente à população do sexo masculino e economicamente ativa, uma vez que são os que os serviços menos reconhecem.

Assim, considerando-se que a detecção e diagnóstico dos casos são imprescindíveis para evitar as complicações há necessidade de a gestão municipal investir nas Equipes de Saúde da Família, a fim de capacitá-las e aprimorar os mecanismos de captação, pois o cadastramento dos casos que conhecem a sua condição é insuficiente para o aumento da cobertura, uma vez que o indivíduo que conhece sua condição é aquele que foi informado por algum profissional de saúde e por consequência o serviço já o reconhece.

Nesse sentido, a captação pode ser mais satisfatória por meio do devido encaminhamento dos suspeitos e dos que desconhecem a sua condição para a unidade de saúde pelo ACS, bem como o rastreamento dos casos pelo médico e pela enfermagem e em todas as oportunidades de atenção (CAMBÉ, 2012b, 2012c), principalmente daqueles que a unidade menos reconhece, como os homens, indivíduos de 40-59 anos e que exercem algum trabalho.

Porém, há que se considerar no resultado do reconhecimento que o estudo de base populacional, embora tenha se constituído numa estratégia mais sensível de captação, alguns casos classificados por meio de medidas de PA e glicemia de jejum podem não corresponder a portadores de hipertensão e/ou diabetes uma vez que nos trabalhos epidemiológicos os critérios adotados são para rastreamento e não para diagnóstico. Dessa forma, pode ser que o reconhecimento esteja subestimado, pois somente uma avaliação clínica pode estabelecer diagnóstico da condição. Porém, o mesmo não ocorre com os outros indicadores já que foram construídos a partir da seleção dos casos reconhecidos pelo serviço.

### 5.3 ACOMPANHAMENTO DOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO E OU DIABETES

O acompanhamento dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes, no âmbito da atenção básica permite a monitorização da adesão, evita evasões de pacientes e garante que as metas terapêuticas e de controle sejam atendidas (CAMBÉ, 2012c), podendo evitar o agravamento, as complicações e, conseqüentemente, as internações hospitalares e a mortalidade por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2001b).

A avaliação do acompanhamento foi realizada a partir da análise dos registros de três documentos integrantes desse processo: cartão de aprazamento, Ficha – B do SIAB e prontuário. Assim como nos resultados, a discussão foi agrupada por atividade de acompanhamento: registro de aprazamento, visita domiciliar, consulta médica e consulta de enfermagem.

#### 5.3.1 Registro de Aprazamento

Um dos objetivos do cartão de aprazamento é de auxiliar na busca ativa dos indivíduos faltosos por meio da anotação da data de retorno (LONDRINA, 2006). A busca ativa é parte de algumas ações que visam garantir o fortalecimento do vínculo, a efetividade do cuidado e a autonomia do sujeito (CAMBÉ, 2012c).

O indicador do critério 2A- “Atividade de aprazamento” apresentou-se crítico, pois o registro de atividade de aprazamento estava ausente em todos os cartões. De acordo com esse resultado, pode-se observar que o registro de aprazamento é ineficaz.

Pesquisa realizada por Giroto, Andrade e Cabrera (2010) obteve resultados semelhantes ao observado por este trabalho. Esses pesquisadores também verificaram durante o processo de pesquisa que a ficha de aprazamento da pessoa com hipertensão da UBS estudada era utilizada somente para o registro do uso de medicamentos (GIROTO; ANDRADE; CABRERA, 2010).

Resultado melhor do que a inexistência do registro de atividade de aprazamento apresentada por esta pesquisa foi verificado em um estudo de caso que observou as práticas de enfermeiras de uma UBS do município de Londrina – PR. Constatou-se que entre as atividades realizadas pelo grupo de profissionais semanalmente estava o aprazamento, a organização e realização da busca ativa dos faltosos (GIROTI; NUNES; RAMOS, 2008).

Os resultados do presente trabalho referentes ao não uso do cartão de aprazamento para o acompanhamento chama atenção uma vez que a busca dos faltosos é apontada como meta do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 e segundo o último Relatório de Gestão essa ação não foi realizada para todos os indivíduos com hipertensão e/ou diabetes cadastrados (CAMBÉ, 2010, 2013).

Esta situação sugere que há falhas no processo, pois o cartão de aprazamento para a busca dos faltosos não é utilizado para sistematizar o acompanhamento dos indivíduos ou é utilizado para outra finalidade, como o registro de entrega de medicamentos que constava em 81,0% dos cartões analisados.

Jardim, Sousa e Monego (1996) referem que o cartão de aprazamento, independente do método utilizado, é vital para o controle dos retornos e dos faltosos. Ao fim de cada mês a equipe deve ter o controle dos faltosos para o registro da ausência e início da busca.

Além disso, deve-se considerar que entre os principais determinantes de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo está a falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço (SBC, 2010). Ademais, a busca ativa dos faltosos possibilita conhecer o motivo do não comparecimento, melhorar o vínculo com o indivíduo e continuidade do acompanhamento.

Nesse sentido percebe-se que há lacunas na longitudinalidade, uma vez que essa é compreendida como o aporte regular de cuidados por parte da equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo (BARATIERI; MARCON, 2012). A rápida expansão do PSF tem suscitado preocupações com a efetividade das suas ações (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011), e os resultados mostram que a prática de uma característica central da Atenção Primária à Saúde – longitudinalidade - não está sendo contemplada.

Frente a isso, uma estratégia que pode melhorar o cenário da busca dos faltosos é a implantação de um fichário rotativo, método já utilizado há mais de 40 anos. Esse método foi inserido no município de Piranga–MG para organizar a agenda dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no programa HIPERDIA de uma Equipe de Saúde da Família (LANA, 2012).

O fichário foi introduzido com o objetivo de controlar o comparecimento dos usuários e conseqüentemente facilitar a busca ativa dos faltosos e melhorar a vigilância desses pacientes. O mesmo é dividido por meses do ano atual e do ano seguinte e a cada consulta a ficha do indivíduo é retirada do fichário para anotações. Posteriormente à consulta,

a ficha é alocada no fichário no respectivo mês de retorno. Após um ano da implantação dessa estratégia, observou-se maior controle na busca ativa dos faltosos, e maior facilidade no monitoramento desses. Além disso, foi notória a construção de maior vínculo com a população e o aumento do comparecimento às consultas (LANA, 2012).

Assim, muitas vezes os recursos organizacionais de extrema simplicidade, como os utilizados por Lana (2012) e Giroti, Nunes e Ramos (2008), podem gerar importantes soluções a problemas muito relevantes. Porém, há necessidade de envolver toda equipe na implementação das estratégias para facilitar o monitoramento e pensar em soluções voltadas para a busca ativa dos faltosos de acordo com a realidade local.

### 5.3.2 Visita Domiciliar

A visita domiciliar é uma atividade realizada com o objetivo de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos. Por meio dessa, o profissional conhece o contexto de vida dos usuários do serviço de saúde, fato este que facilita o planejamento de ações que visam a promoção de saúde (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001). A cada visita mensal, os dados das fichas de acompanhamento do SIAB (Ficha B-HA/Ficha B-DIA) devem ser atualizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2000; CAMBÉ, 2012b, 2012c).

Os indicadores dos critérios 2B – “Cobertura de visita domiciliar” e 2C- “Concentração de visita domiciliar” que utilizaram dados dos registros das fichas de acompanhamento apresentaram resultados com proporções inferiores a 13,0%, e, portanto críticos.

Resultado semelhante ao baixo uso da Ficha B de acompanhamento também foi apresentado por um estudo que buscou verificar a cobertura, acompanhamento e qualidade da assistência prestada às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares. Nesse estudo verificou-se que 95,1% dos indivíduos não tinham registro na Ficha B do SIAB (BAPTISTA; MARCON; SOUZA, 2008).

Outras pesquisas também apontam que o SIAB não é utilizado para o planejamento local das ações, sendo visto pelos profissionais como um sistema meramente burocrático (RODRIGUES et al., 2000; RIGOBELLO, 2006; SANTOS, 2003; BERGO, 2006; ARCHETTI, 2002; BARBOSA, 2006; MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

Os resultados do presente estudo mostram que o processo de acompanhamento dos indivíduos pelo SIAB está sendo ineficaz, embora o SIAB agregue e processe as informações sobre a população visitada para auxiliar as equipes e gestores no acompanhamento da situação de saúde (BRASIL, 2000).

Por meio da análise dos resultados, que mostraram que mais de 80% dos indivíduos não possuíam ficha B, supõe-se que um dos motivos da baixa utilização da Ficha B do SIAB deva-se ao não reconhecimento da importância do acompanhamento, além da alta rotatividade de ACS, que reflete diretamente no inadequado preenchimento (FREITAS; PINTO, 2005).

Outro motivo para a baixa utilização dos instrumentos do sistema, expresso por reclamações dos profissionais no trabalho realizado por Silva e Laprega (2005), foi em relação ao excesso de fichas, interpretado como perda de tempo. Esse mesmo estudo também revelou que há dúvidas em alguns campos da Ficha B- HA (SILVA; LAPREGA, 2005). A desmotivação do ACS ao preencher as fichas também foi um motivo apontado para a baixa utilização do SIAB pelo fato da equipe não empregá-las como objeto de discussão (SILVA; LAPREGA, 2005; BARBOSA, 2006).

Além do mais, verificou-se durante o processo de pesquisa, por meio do relato das Coordenadoras, que os ACS possuem “caderno” para registro das visitas. O uso desses registros informais pelo agente também foi evidenciado na pesquisa de Marcolino e Scochi (2010). Nessa pesquisa constatou-se que cada profissional o realiza de forma a registrar o que considera mais relevante (MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

Sousa, Souza e Scochi (2006) também verificaram o uso de sistemas paralelos de anotação (cadernos) pelos ACS para o acompanhamento das famílias da área em que atuam. Além disso, perceberam que há discordância entre os registros do SIAB e o caderno do ACS (SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006).

Diante disso, igualmente a Baptista, Marcon e Souza (2008), pode-se considerar que a baixa cobertura de preenchimento indica que há falhas no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família e que o mesmo não é orientado pelo princípio da vigilância, um dos pilares da estratégia Saúde da Família.

Sabe-se que o ACS possui papel fundamental no processo de vigilância, já que é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade (BRASIL, 2009). Diante disso, esse cenário chama atenção, pois se por um lado as informações coletadas por esse profissional têm a finalidade de subsidiar o planejamento e execução das ações dos

profissionais da equipe (BRASIL, 2009), por outro, esses dados estão sendo registrados em sistemas informais, fato que limita o acesso às informações por outros profissionais.

Ademais, os sistemas paralelos de anotação (cadernos), e por consequência as informações, têm o risco de serem perdidas quando há o desligamento do ACS da unidade, uma vez que o profissional leva os registros devido ao fato de ser um instrumento particular e não institucional.

Diante desse panorama, há necessidade de investigar os motivos da baixa utilização do instrumento do SIAB para o acompanhamento e readequar o instrumento de acordo com as necessidades locais.

### 5.3.3 Consulta Médica

A consulta médica é uma atividade que caracteriza o acompanhamento de todos os indivíduos com hipertensão e/ou diabetes. O protocolo preconiza consultas médicas trimestrais para indivíduos com diabetes e define a periodicidade para os com hipertensão de acordo com o risco. Indivíduos com hipertensão de alto risco devem realizar consultas trimestrais, de risco moderado a cada quatro meses e de baixo risco anualmente (CAMBÉ, 2012b, 2012c).

Para esse trabalho, o padrão adotado para a avaliação da concentração foi de pelo menos três consultas médicas nos últimos 12 meses para indivíduos com diabetes e/ou hipertensão de alto risco, duas consultas para indivíduos com hipertensão de risco moderado e uma consulta para indivíduos com hipertensão de baixo risco.

Os indicadores dos critérios 2D- “Cobertura de consulta médica” e 2E- “Concentração da consulta médica” foram considerados *regulares* e *críticos*, pois a cobertura de consulta médica foi de 69,2% e a concentração adequada foi de 11,8% para indivíduos com hipertensão de alto risco, 57,0% para os de risco moderado e 67,5% para os de baixo risco. Entre os indivíduos com diabetes a concentração de consulta médica foi de 35,3% e de 53,1% para os indivíduos com ambas as doenças.

A cobertura de consulta médica (69,2%) apresentada por este trabalho é semelhante à do estudo de Sousa, Souza e Scochi (2006), que verificaram uma cobertura de consulta médica de 64,1% aos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes no ano analisado. Cobertura mais alta foi apresentada por outro estudo transversal que analisou 462 prontuários de indivíduos com hipertensão e/ou diabetes. Esse último verificou que 87,5% dos indivíduos

com hipertensão tinham uma ou mais consulta médica registrada no último ano, fato que segundo os autores pode estar relacionado à boa estrutura utilizada para a realização das consultas (SOUTO et al., 2009).

Além da avaliação da cobertura, verificou-se que as mulheres, os indivíduos pertencentes às classes econômicas C, D ou E, com menor escolaridade e que utilizam a UBS, obtiveram maior proporção de realização de consulta médica. Supõe-se que a utilização do serviço pode ser influenciada pelo sexo, escolaridade e classe econômica, pois apesar da ausência da análise ajustada sabe-se que esse é o perfil da população que mais utiliza o serviço público (ASSIS, 2012; OLIVERIA, 2012; BASTOS, 2011; FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009). Esse perfil também é característico de outros países. Pesquisa realizada na França aponta que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde devido ao acompanhamento ginecológico e dos filhos (MARQUES-VIDAL et al., 1997). No Canadá pessoas com menor renda consultaram mais médicos da família (ASADA; KEPHART, 2007).

Por outro lado, a esperada associação entre o risco cardiovascular individual e a cobertura de consulta médica não foi observada, fato que supõe que o escore não é utilizado para orientar a prioridade do atendimento a quem apresenta risco maior.

Assim, esses resultados sugerem que uma vez que a unidade detectou o indivíduo, a atividade predominante de acompanhamento (consulta médica) é realizada àqueles que estão presentes na unidade e que buscam pelo serviço devido à necessidade percebida, fato que indica que o acompanhamento é direcionado pela demanda e não pelo planejamento.

Em relação à concentração, Lima et al. (2009), Pereira (2007a) e Louvison (2011) também observaram que a gravidade da doença não foi considerada no agendamento da consulta. No estudo de Lima et al. (2009) a média de consultas foi de 5,3 para indivíduos com hipertensão de risco grave e moderado e 5,2 para aqueles de risco leve. Pereira (2007a) verificou que a consulta médica com adequada periodicidade de acordo com a condição clínica do paciente não estava implantada, sendo o mesmo observado no acompanhamento de idosos por Louvison (2011).

Apesar de não considerar a classificação de risco para avaliar a concentração de consultas médicas aos indivíduos com hipertensão, Sala et al. (1993) obtiveram melhores resultados quando comparados aos do presente trabalho. Esses autores observaram uma média de consultas compatível com o padrão utilizado por eles – quatro consultas programáticas no ano (SALA et al., 1993).

Concentrações de consultas aos indivíduos com diabetes acima de 35,3%, ou seja, melhores do que desta pesquisa, foram apresentadas por Souto et al. (2009) e Sala et al. (1993). Esses pesquisadores verificaram que 60% e 80% dos indivíduos com diabetes, respectivamente, apresentaram três ou mais consultas médicas registradas. Resultado semelhante aos desses autores foi observado em estudo transversal que avaliou o cuidado do paciente com diabetes atendido em nível primário de atenção à saúde em Pelotas – RS (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001). Esse último estudo também mostrou elevadas concentrações de consulta médica aos indivíduos com diabetes uma vez que os pacientes tinham tido em média três consultas no último meio ano (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

Essa elevada concentração de consultas aos indivíduos com diabetes, segundo os autores, pode ter sido devido à boa estrutura utilizada para a realização das consultas (SOUTO et al., 2009), à idade avançada dos pacientes e à comorbidade por outras doenças crônicas (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

Igualmente à Sousa, Souza e Scochi (2006) e Lima et al. (2009) pressupõe-se que a baixa cobertura e concentração de consultas médicas apresentadas podem ser explicadas pela falta de sistematização do atendimento de acordo com a classificação de risco, revelando a dificuldade de efetivação das normas e condutas padronizadas para racionalização de cuidados de saúde. Essa mesma dificuldade foi explicitada no critério orientações nas consultas e relacionada ao baixo uso das diretrizes clínicas pelos profissionais.

Além disso, esse cenário pode estar relacionado ao acesso às ações da atenção básica, que representa o “grau de ajuste” entre os serviços de saúde e a comunidade (ASSIS; JESUS, 2012). Segundo Louvison (2011), idosos que enfrentam barreira de acesso têm maior possibilidade de descontinuidade do tratamento, bem como de registrar pior adesão.

A suposta dificuldade de acesso do indivíduo às ações pode indicar prováveis deficiências nem sempre relacionadas à oferta, mas aos horários de funcionamento limitados, falta de acolhimento e até constrangimentos para a marcação e utilização da unidade (LOUVISON, 2011). Nesse sentido, há necessidade de considerar os dispositivos da integralidade: acolhimento, vínculo e autonomia da equipe e usuário, que compõem a dimensão técnica do acesso (ASSIS; JESUS, 2012) e que são diretrizes preconizadas pelo Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b).

Para constituir um sistema autônomo, capaz de produzir indivíduos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde (BRASIL, 2006e), o profissional deve buscar a parceria com a pessoa no seu cuidado de saúde e valorizar o seu saber (FAJARDO, 2006).

O município de Cambé já iniciou o processo de acolhimento por meio da classificação de risco. Estão sendo previstos também cursos para humanização da saúde por meio do Pólo Regional de Educação Permanente – PREPS e projetos para expansão do horário de atendimento (CAMBÉ, 2010, 2011).

Além da dimensão técnica abordada, outras dimensões do acesso devem ser analisadas, como: a dimensão política, econômico-social, organizacional e a simbólica. Essas dimensões envolvem fatores distintos como: a participação popular e o controle social, a equidade, a coerência dos serviços com as necessidades da população, as estratégias, as táticas e a alocação de recursos e autonomia (ASSIS; JESUS, 2012).

Entre os fatores, chama atenção nesse momento a equidade pelo fato dos resultados mostrarem maior número de consultas aos indivíduos com hipertensão com risco moderado e baixo quando comparado aos outros indivíduos (com hipertensão de alto risco, com diabetes e com ambas as doenças).

Um dos fundamentos da atenção básica é possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada em consonância com o princípio da equidade (BRASIL, 2007). A equidade diz respeito à necessidade de “tratar desigualmente os desiguais” de modo a alcançar a igualdade de oportunidades (TEIXEIRA, 2011).

Para isso, deve-se reconhecer a desigualdade - diante do adoecer e do morrer - entre as pessoas e os grupos sociais, de modo a garantir condições de vida e saúde iguais para todos. Dessa forma, as contribuições que os serviços de saúde podem dar para superar as desigualdades sociais em saúde implicam na redistribuição da oferta de ações e na redefinição do perfil dessa oferta de acordo com o perfil de necessidades e problemas da população usuária (TEIXEIRA, 2011).

#### 5.3.4 Consulta de Enfermagem

Na atenção primária, o cuidado de enfermagem individualizado a esses usuários pode ser prestado, principalmente, por meio da consulta de enfermagem. Essa é

essencial para o acompanhamento do indivíduo, pois permite a aproximação com o contexto social do usuário do serviço e a compreensão de suas necessidades, singularidade e história de vida (GILVAN et al., 2011).

Os protocolos do município de Cambé preconizam, para o acompanhamento dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes, consultas de enfermagem trimestrais para as pessoas com diabetes, uma consulta anual para os indivíduos com hipertensão de baixo risco e duas por ano para os de risco moderado (CAMBÉ, 2012b, 2012c).

O resultado do indicador do critério 2F- “Cobertura da consulta de enfermagem” foi considerado crítico, ou seja, somente 1,5% dos indivíduos reconhecidos pela unidade apresentaram pelo menos um registro de consulta de enfermagem no prontuário. Assim, o baixo número de consultas de enfermagem impossibilitou a avaliação e discussão da concentração dessas. Por este motivo, a discussão apresentada se limitará aos resultados relativos à cobertura da consulta de enfermagem.

Baixas coberturas de consulta de enfermagem também foram apresentadas por outros trabalhos. Silva et al. (2011) por meio de um estudo transversal, realizado em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto - SP, verificaram que somente 9,4% dos prontuários tinham registro do enfermeiro. Outra pesquisa também observou que as consultas de enfermagem são muito pouco realizadas (LOUVISON, 2011).

Coberturas melhores do que as apresentadas por este trabalho, mas ainda *regulares e críticas* de acordo com o critério do presente estudo foram apresentadas por Pereira (2007a) e Sousa; Souza e Scochi (2006). O primeiro observou que a maioria das equipes (52,0%) não realiza consultas de enfermagem para os pacientes com diabetes (PEREIRA, 2007a) e o segundo que 67,6% dos indivíduos estudados não consultaram com a enfermeira uma única vez (SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006).

O baixo registro de consultas chama atenção, pois sugere que a consulta de enfermagem não faz parte do trabalho cotidiano do enfermeiro no atendimento sistematizado aos grupos programáticos. No entanto, não se pode deixar de lembrar que há possibilidade de o profissional de enfermagem realizar as consultas e não registrá-las.

Nesse sentido, vale ressaltar que a documentação das atividades e dos resultados do processo de atenção à saúde, por meio de registros escritos, constitui um dos instrumentos de comunicação efetivo para continuidade e avaliação dos serviços prestados (MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2007).

Assim como observado por Silva et al. (2011), a escassez de registro realizada pelos enfermeiros implica em prejuízos no processo de cuidado, especialmente no que se refere à análise da qualidade da assistência prestada. Esse prejuízo pôde ser observado no presente estudo, pois a baixa cobertura da consulta de enfermagem dificultou a avaliação do produto dessas consultas.

Além disso, essa deficiência de registros evidencia a fragmentação do processo de trabalho em saúde e aponta que o modelo de organização do trabalho ainda está centrado no modelo biomédico (SILVA et al., 2011).

A consulta de enfermagem é apresentada pela resolução nº 159/1993 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN como um processo da prática da enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às necessidades da saúde da população (COFEN, 1993).

Dessa forma, após o diagnóstico e o cadastro do paciente espera-se que ocorra uma vinculação dos usuários com as unidades de Saúde da Família, a partir da prestação de atendimento de uma equipe multiprofissional (RIBEIRO et al., 2007; MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011). Ao enfermeiro como participante dessa equipe cabe: compreender o ser humano como um todo, acolher o indivíduo, compreender as diferenças sociais e identificar as suas necessidade e expectativas (BACKES et al., 2012).

#### 5.4 ATENDIMENTO DOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO E OU DIABETES

Para avaliar o atendimento médico foram selecionados indicadores de quatro critérios: 3A- “Atividade técnica na consulta médica”, 3B-“Atividade técnica na consulta de enfermagem”, 3C- “Orientações nas consultas médicas” e 3D-“Orientações nas consultas de enfermagem”.

Porém, devido a baixa quantidade de consultas de enfermagem registradas não foi possível avaliar as atividades técnicas pelo enfermeiro. Diante disso, neste tópico a discussão do processo de registro de atividades técnicas se limitou às atividades técnicas e orientações nas consultas médicas dos indivíduos reconhecidos.

##### 5.4.1 Atividade Técnica

Os protocolos do município de Cambé preconizam a medida e avaliação da pressão arterial, IMC e CA em todas as consultas médicas (CAMBÉ, 2012b, 2012c). Porém,

os padrões utilizados para a avaliação foram menos rigorosos, pois foi considerado registro da atividade técnica quando presente em pelo menos uma consulta médica dos últimos 12 meses.

Os indicadores do critério 3A- “Atividade técnica na consulta médica” apresentaram resultados distintos. Enquanto que os registros da pressão arterial e do peso foram excelentes (94,7%) e satisfatórios (74,5%) respectivamente, os registros de IMC, CA e altura foram críticos, ou seja, inferiores a 50%.

Proporções semelhantes à deste trabalho referentes ao registro de pressão arterial e peso foram observadas por Silva et al. (2011). Esse último estudo analisou registros, predominantemente de médicos, de 138 prontuários de indivíduos com diagnóstico de diabetes e verificou que havia registro de pressão arterial em todos os prontuários e registro de peso em 98,6% (SILVA et al., 2011). Entretanto, outra pesquisa verificou baixa frequência de registros de características do processo de atendimento, inclusive de pressão arterial e peso (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

A partir disso, verifica-se que a aferição e avaliação da pressão arterial e do peso são atividades que estão bem implementadas e por consequência possuem importância para os profissionais de saúde, uma vez que são realizadas na prática.

Porém, para avaliação do estado nutricional, o peso não deve ser analisado isoladamente. A avaliação das medidas antropométricas, que consiste na medição das dimensões corporais, é uma etapa fundamental para a identificação do estado nutricional. Além disso, a medida do peso e da altura quando combinadas formam os índices antropométricos que permitem a comparação com a informação individual (BRASIL, 2006d).

Entretanto, a baixa frequência de registro de IMC (0,7%) apresentada neste estudo também foi verificada por diferentes autores. Silva et al. (2011) não encontraram nenhum registro de IMC nos 138 prontuários de indivíduos com diabetes analisados. Em outro, estava presente o registro do IMC em somente 2,2% dos 45 prontuários analisados (SILVEIRA et al., 2010).

Da mesma forma que o registro de CA estava ausente no presente trabalho, baixas frequências de registros dessa atividade também foram encontrados por Silva et al. (2011), Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008) e Silveira et al. (2010). Em um dos estudos, que analisou prontuários de indivíduos com diabetes, o registro de CA estava presente em 15,9% dos prontuários (SILVA et al., 2011). Em outro que analisou 584 registros de atendimento de profissionais de saúde de nível superior, aos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes, o registro de CA foi praticamente inexistente (VASCONCELLOS; GRIBEL;

MORAES, 2008). Percentual um pouco maior, mas ainda crítico segundo os padrões utilizados por este estudo, foi encontrado por Silveira et al. (2010) que verificaram a presença do registro de CA em 46,6% dos 45 prontuários de indivíduos com diabetes que passaram por consulta médica (SILVEIRA et al., 2010).

Esses resultados são reforçados pela pesquisa avaliativa do PSF de Francisco Morato realizada com usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes atendidos pelo PSF. Essa mostrou que apenas 10,9% dos usuários reconheceram que os procedimentos recomendados para um bom exame físico foram adotados em, pelo menos, uma consulta. Os procedimentos considerados para um bom exame físico foram: verificação da pressão arterial, peso e altura, perímetro abdominal, ausculta cardíaca e pulmonar, exame abdominal, vascular periférico e de fundo de olho (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

Embora o IMC e CA sejam parâmetros simples e de baixo custo para avaliação clínica dos indivíduos, verificou-se que os registros desses ainda não constituem componente de avaliação nas unidades investigadas, assim como apontado na pesquisa de Silva et al. (2011) e Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008).

Considerando que a qualidade dos registros verificados seja o reflexo da qualidade da assistência prestada, os achados desta pesquisa sinalizam para uma prática clínica e do cuidado prestado precário, assim como observado no estudo de Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008).

Igualmente a Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008), nota-se que os resultados obtidos sugerem baixa qualidade técnica científica, entendida como a aplicação adequada dos conhecimentos disponíveis atualmente nos cuidados de saúde (VUORI, 1982).

Sabe-se que as prevalências de sobrepeso e obesidade aumentaram de maneira importante nos últimos 30 anos. Além disso, a obesidade tem destaque no cenário atual por ser uma doença crônica não transmissível e um fator de risco para outras doenças desse grupo (BRASIL, 2006d).

Já em 2003 Scarsella e Després enfatizaram a necessidade de utilizar a medida da circunferência da cintura como um “sinal vital” para a história clínica dos pacientes. Além do mais, esses autores destacam que para uma melhor identificação da obesidade de alto risco a atenção dos profissionais deve estar centrada na circunferência da cintura como meta terapêutica (SCARSELLA; DEPRÉS, 2003).

Frente a esse cenário, chama atenção o registro de IMC quase inexistente e a ausência do registro de CA nas consultas médicas, pois a verificação e avaliação do IMC e

CA dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes já deveria ser um procedimento rotineiro nas consultas, uma vez que é de conhecimento de todos a importância do acompanhamento dessas medidas para a diminuição de risco.

Além disso, é competência do profissional médico e enfermeiro usar os dados das consultas de revisão para avaliar a qualidade do cuidado prestado na unidade para então planejar ou reformular as ações em saúde (CAMBÉ, 2012c).

Embora o técnico de enfermagem seja responsável por aferir a pressão arterial, a circunferência abdominal, o peso e calcular o IMC, antes da consulta médica, sua atividade deve ser supervisionada pelo enfermeiro. Além da supervisão, compete ao enfermeiro a capacitação deste profissional para realização das atividades (CAMBÉ, 2012b, 2012c).

Ainda nesse contexto, o profissional médico deve avaliar essas medidas, pois é responsável por identificar a presença de sinais e sintomas de risco nos pacientes e seguir os objetivos e metas do tratamento, preconizado pelo protocolo (CAMBÉ, 2012b, 2012c).

#### 5.4.2 Orientações

De acordo com o protocolo do município de Cambé os pacientes com hipertensão e/ou diabetes devem ser orientados, em todas as consultas, sobre medidas não medicamentosas para o controle da doença. Incluem nessas medidas as orientações quanto à alimentação, ao consumo de álcool, ao tabagismo e à atividade física (CAMBÉ, 2012b, 2012c). O referido protocolo também preconiza a avaliação anual dos pés nos pacientes com diabetes. Essa avaliação é uma forma de prevenção primária das complicações mais graves: úlcera nos pés e amputação de extremidades (CAMBÉ, 2012c).

Os critérios orientações nas consultas médicas apresentaram resultados críticos em todos os indicadores. Nessas consultas foi verificada orientação de tabaco em somente 9,5% dos prontuários de tabagistas que realizaram pelo menos uma consulta nos últimos 12 meses.

Ainda nas consultas médicas, verificou-se que o registro de orientação de atividade física e alimentação estavam presentes em 3,4% e 13,1% respectivamente. Não foram encontrados registros de orientações sobre uso de álcool e cuidado com os pés por esse profissional.

Chama atenção o julgamento crítico apresentado nos critérios desta dimensão, pois esses resultados mostram que as ações de tratamento não medicamentoso nas consultas médicas estão sendo ineficazes quando comparados ao padrão preconizado pelo protocolo do município. Assim, ao considerar que o registro no prontuário de orientações que contemplam o tratamento não medicamentoso seria um indicativo de realização pelo profissional de saúde, pode-se dizer que as orientações não são uma prática frequente nas consultas desses profissionais.

Resultados de baixos registros de orientações sobre tratamento não medicamentoso também foram observados por outras pesquisas. Orientação sobre avaliação dos pés, inexistente neste trabalho, obteve baixo registro (15,2%) no estudo transversal que analisou 138 prontuários de indivíduos com diagnóstico de diabetes (SILVA et al., 2011). Proporção semelhante do registro dessa atividade também foi verificada por Silveira et al. (2010), em que a orientação estava presente em apenas 11,1% dos prontuários.

A orientação de consumo de bebida alcoólica, inexistente neste estudo, também foi baixa (1,7%) no trabalho de Lima et al. (2009). Do mesmo modo, o baixo registro da atividade física (3,4%) aqui apresentado também foi observado por Lima et al. (2009). Nessa última pesquisa, a orientação de atividade física constava somente em 4,9% dos registros analisados (LIMA et al., 2009). Proporções de orientações dessa atividade próximas a 30,0%, mas ainda críticas de acordo com os padrões do presente trabalho, foram verificadas no estudo exploratório de Silveira et al. (2010) e de Facchini et al. (2006). Além disso, Silva et al. (2011) verificaram que embora houvesse registro de atividade física, os mesmos não eram detalhados.

Em relação ao registro de alimentação, outra pesquisa também verificou baixas frequências de registros de alimentação, além de serem poucos detalhados (SILVA et al., 2011). Silveira et al. (2010) verificaram proporções mais elevadas (55,56%) quando comparada à deste trabalho (13,1%), mas mesmo assim consideradas *regulares* de acordo com os padrões adotados pelo presente estudo.

Quanto à orientação de tabaco, a baixa frequência de registros (9,5%) verificadas por esta pesquisa também foi observada em pesquisas realizadas por Lima et al. (2009) e Silveira et al. (2010). Foram verificados que somente em 0,9% e em 8,89% dos prontuários avaliados o registro de tabaco estava presente (LIMA et al., 2009; SILVEIRA et al., 2010). Porém, chama atenção o baixo registro de orientação de tabaco apresentado, pois,

diferente das pesquisas comparadas, este estudo considerou somente os indivíduos tabagistas no denominador do indicador.

Esses resultados são corroborados pela pesquisa que analisou 249 registros médicos de pacientes com hipertensão, com o objetivo de verificar se as recomendações do VI Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of high Blood Pressure eram aplicadas na prática médica. Essa mostrou que menos de 40% dos indivíduos receberam recomendações de modificações no estilo de vida (SPRANGER et al., 2004).

Com isso, a frequência de registro de orientação de alimentação, atividade física, tabaco, álcool e cuidado com os pés revela que esses ainda não se constituem em informações disponíveis para o acompanhamento da atenção. Além do mais, outra falha observada e comentada na pesquisa de Silva et al. (2011) foi em relação ao detalhamento das orientações, uma vez que foi verificado o termo “orientações gerais” em 28,5% das consultas médicas analisadas neste trabalho.

Igualmente a Lima et al. (2009) e Silveira et al. (2010), parece haver baixíssima adesão às diretrizes clínicas pelos profissionais de saúde ao considerar os registros dos prontuários, uma vez que as anotações das orientações preconizadas pelo protocolo foram baixas e praticamente inexistentes.

Desde a década de 1990 a área da assistência à saúde tem sido marcada por uma crescente preocupação com o estímulo ao uso e efetiva utilização de práticas apoiadas pelo conhecimento científico corrente (PORTELA, 2003). Portela (2003, p. 5) cita que: “Provavelmente, a maior razão para o desenvolvimento e uso de diretrizes clínicas seja o seu potencial de melhorar a qualidade da assistência à saúde”.

As diretrizes clínicas fornecem informações que expressam padrões de boa prática médica (BERNARDO, 2008; CHEHUEN NETO et al., 2009). São contempladas por indicações e contra indicações, pelos benefícios esperados e riscos do uso de tecnologias em saúde para grupos de pacientes definidos (LIMA et al., 2009).

Mesmo assim, percebe-se que há resistência quanto ao uso das diretrizes por parte de alguns médicos porque preveem mudanças de comportamento, que teoricamente podem cercear a autonomia médica (JATENE; BERNARDO; MONTEIRO-BONFÁ, 2001; CHEHUEN NETO et al., 2009).

Uma perspectiva que deve ser considerada na organização da linha de cuidado às doenças crônicas não transmissíveis é a micropolítica. Essa se pressupõe a partir da responsabilização do profissional pela saúde do usuário, de modo que a relação em saúde

deve ser do tipo “interseção-partilhada” na qual ocorrem trocas e compartilhamentos (MALTA; MERHY, 2010).

Além disso, Mion Junior, Pierin e Guimarães (2001) referem que uma das causas que podem estar relacionadas com a baixa indicação por médicos de tratamento não medicamentoso é a dificuldade desses profissionais na sua aplicação.

Desse modo, o profissional deve realizar uma orientação clara e simples de maneira que leve em consideração o nível sociocultural do indivíduo. Ademais, a carga da orientação deve ser contínua, pois há uma defasagem entre aquisição de conhecimento teórico e a adoção de ações no mesmo sentido (JARDIM; SOUSA; MONEGO, 2004).

Lima et al. (2009) citam que para motivar os profissionais a implementação das diretrizes este aspecto deve se unir a um conjunto de outras estratégias mais sistêmicas voltadas para garantir a estrutura de recursos. Essas estratégias são configuradas pela linha de cuidados sob a perspectiva da macropolítica ou gestão. A intervenção na macropolítica, sob o foco da linha de cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, passa pela organização da vigilância e informação em saúde, medidas intersetoriais, legislação e regulação (MALTA; MERHY, 2010).

Nesse sentido, a gestão municipal atua em consonância com as políticas e programas propostos pelo Ministério da Saúde. Um exemplo é o programa “Academia da Saúde” criado em 2011, que é sugerido para o desenvolvimento de ações de atividade física. O relatório de gestão 2012 mostrou que o município ampliou os grupos de atividade física com a participação do Núcleo de Apoio da Saúde da Família – NASF nas academias ao ar livre. Além disso, as atividades de incentivo à atividade física estão acontecendo em parceria com a Secretaria de Esportes (CAMBÉ, 2013).

Outro programa proposto pelo Ministério da Saúde, que se constitui como meta do Plano Municipal é o Programa Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT, atualizado pela portaria nº 571 de 5 de abril de 2013. Nesse programa o município pretende incentivar a capacitação de profissionais e disponibilizar medicamentos para o apoio ao tratamento (BRASIL, 2013a; CAMBÉ, 2010).

Além disso, o plano municipal prevê o incentivo às atividades de reeducação alimentar por meio de grupos de reeducação nas unidades, ampliação do grupo de obesos, capacitação dos profissionais envolvidos com apoio do NASF e parcerias com universidades (CAMBÉ, 2010).

Mais uma meta planejada pelo município para 2013 é a realização de eventos dirigidos à população geral para adoção de hábitos saudáveis. O seu desenvolvimento é proposto por meio de ações intersetoriais com o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Centro de Reabilitação e Promoção à Saúde – CREPS, Associação de Proteção à Maternidade e Infância – APMI e Secretaria de Esportes (CAMBÉ, 2010).

#### 5.5 CONTROLE DOS INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO E OU DIABETES

O controle da hipertensão e do diabetes, no âmbito da atenção básica, evita o agravamento e o surgimento de complicações cardiovasculares. Assim, se reduz o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes (BRASIL, 2001a).

Os controles da glicemia e da pressão arterial estão entre as metas pactuadas que se pretende alcançar no município de Cambé. O protocolo do município considera como um bom controle uma glicemia de jejum com valores entre 80 e 120mg/dl e pressão arterial com valores menores que 140x90 mmHg (CAMBÉ, 2012b, 2012c). Para a avaliação foram considerados como controlados os indivíduos com diabetes ou hipertensão reconhecidos com registro nos últimos 12 meses de glicemia em jejum de 126mg/dl e de PA<140x90mmHg, respectivamente.

Os indicadores dos critérios 4A- “Proporção de indivíduos com hipertensão reconhecidos controlados” e 4B- “Proporção de indivíduos com diabetes reconhecidos controlados” apresentaram resultados *regular* e *crítico* respectivamente. Estavam controlados 53,0% das pessoas com hipertensão e 28,6% das pessoas com diabetes.

Resultados próximos ao do controle de PA deste estudo foram apresentados por Sala, Nemes Filho e Eluf Neto (1996) e Araujo e Guimarães (2007). Os primeiros verificaram que após acompanhamento dos indivíduos com hipertensão arterial por meio de atividades programáticas 44,4% dos casos obtiveram normalização das pressões sistólicas e diastólicas (SALA; NEMES FILHO; ELUF NETO, 1996). O outro também verificou aumento, após acompanhamento dos indivíduos, na proporção de normalização da pressão arterial de 28,9% para 57,0% (ARAUJO; GUIMARÃES, 2007).

Valores semelhantes de controle de PA – próximos a 50% - também foram observados por outros estudos que analisaram registros. Gonzáles et al. (2012) observaram que 55,1% apresentaram valores de PA controlados e Três et al. (2009) verificaram taxa de controle de PA de 53,7%. O Brasil apresenta taxas de controle da pressão arterial próximas a

30%, em especial em municípios do interior com ampla cobertura do PSF (SBC, 2010). Percentuais de controle de PA semelhantes ao do Brasil foram encontrados por Mancia et al. (2006) na Itália, Fasce et al. (2007) no Chile, Li et al. (2003) na China, Dzudie et al. (2013) na África, Lerner et al. (2013) no Peru, sendo que algumas dessas pesquisas analisaram o controle de indivíduos que realizam tratamento e de distintas faixas etárias.

Em relação ao controle da glicemia, outros estudos apresentaram melhores taxas de controle quando comparada à deste trabalho. Estudo realizado em 32 unidades básicas de saúde de Pelotas – RS verificou que dos 374 indivíduos com diabetes inclusos 50% encontravam-se com glicemia capilar dentro dos limites adotados (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001). Outro verificou que ao final do terceiro atendimento a taxa de controle evoluiu de 8,4% para 40,4% (BATISTA et al., 2005). Percentual inferior ao da presente pesquisa foi encontrado por Lerner et al. (2013) no Peru, sendo que esse estudo considerou controlado o indivíduo que apresentou glicemia <126mg/dl ou Hemoglobina glicada <7%.

Apesar dos estudos utilizarem distintos métodos de aferição da pressão e glicemia observou-se resultados melhores, semelhantes e piores do que os apresentados. Verificou-se nos trabalhos que obtiveram taxas de controle de pressão arterial semelhantes à deste - próxima a 50% - que essas estão altas quando comparadas ao cenário brasileiro apontado pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão e por outros estudos nacionais (SBC, 2010; COELHO et al., 2005; ROSÁRIO et al., 2009) e internacionais (MANCIA et al., 2006; ALTUN et al., 2005; FASCE et al., 2007; LI et al., 2003; DZUDIE et al., 2013; LERNER et al., 2013).

Cabe ressaltar que para a avaliação do controle desta pesquisa foram considerados os usuários possivelmente mais interessados no cuidado da sua saúde, pois consultaram nos últimos 12 meses. Além disso, supõe-se que foram atendidos por profissionais que seguiram o protocolo uma vez que registraram os valores da glicemia em jejum e pressão arterial.

Além da proporção de controle, no presente trabalho verificou-se que as mulheres, os indivíduos com baixa escolaridade e os de baixo risco possuem a pressão arterial mais controlada. No Brasil, o estudo Pró Saúde também verificou que as mulheres são mais controladas (NOGUEIRA et al., 2010). Do mesmo modo, na população de outros países foi verificado o predomínio do controle entre as mulheres quando comparada aos homens (LI et al., 2003; MARQUES-VIDAL et al., 1997; MACEDO et al., 2005; MANCIA et al., 2006; PEREZ-FERNADEZ et al., 2007; WHELTON; HE; MUNTNER, 2004; DZUDIE et al.,

2013; TIPTARADOL; AEKPLAKORN, 2012; AEKPLAKORN et al., 2012). Essa situação pode ocorrer devido às mulheres possuírem maior percepção do risco de doença cardiovascular do que os homens (CHOBANIAN et al., 2003) e por consequência se cuidarem mais.

A relação inversa entre escolaridade e controle da pressão arterial encontrada no presente estudo não condiz com os resultados apresentados no Brasil (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010) nem com trabalhos realizados em outros países (JADDOU et al., 2011; SAEED et al., 2011), os quais observaram que o controle da pressão arterial é maior entre os indivíduos com maior escolaridade pelo fato de compreenderem melhor o esquema terapêutico, as indicações medicamentosas e as recomendações quanto às mudanças comportamentais. Entretanto, cabe ressaltar que os resultados do controle da pressão arterial do presente trabalho referem-se a indivíduos reconhecidos pelo serviço e que realizaram medidas nos últimos 12 meses, ou seja, pessoas que utilizam a unidade com frequência e que são em sua maioria de baixa escolaridade. Diante disso, supõe-se que a relação inversa apresentada nesse estudo é devido ao perfil da população selecionada para a avaliação do controle.

Acredita-se que o maior controle da pressão arterial entre os indivíduos de baixo risco verificado nessa pesquisa se deva a dois fatores: acompanhamento adequado realizado por esses indivíduos verificados na concentração de consultas médicas e a contribuição do valor da pressão arterial na classificação de risco por meio do escore de Framingham. Assim como observado nesse estudo, pesquisas nacionais e internacionais mostram que o valor da pressão arterial foi um dos fatores que contribuíram mais decisivamente para a classificação de risco cardiovascular (PAULA et al., 2013; BARRETO et al., 2003; CESARINO et al., 2012; FRIÕES et al., 2003) e que quando controlada diminuem o risco cardiovascular individual. Porém deve-se considerar que não foi verificada a adesão ao tratamento tanto medicamentoso quanto não medicamentoso na análise do controle, fato que limita o aprofundamento.

Os resultados apresentados na avaliação do presente trabalho mostram que o reconhecimento das pessoas com hipertensão é *regular* e a maioria dos indicadores do atendimento e acompanhamento desses indivíduos já reconhecidos obtiveram resultados críticos.

Desse modo, deve-se considerar que embora as equipes do PSF apresentem potencial para impactar nos indicadores analisados, percebe-se que as metas ainda não foram

alcançadas. Os resultados do controle bem como dos indicadores de processo analisados mostram que a atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelas unidades de saúde não está sendo efetiva.

A avaliação da efetividade busca analisar o impacto causado por determinada política pública na sociedade (FRANZESE, 2012). Em outras palavras, é a medida do alcance dos resultados estratégicos apreensíveis nos usuários do serviço e/ou na população, atribuíveis às ações realizadas e inicialmente previstas por cada um dos programas ou conjunto de atividades (SALA; NEMES; COHEN, 1998).

O não alcance das metas previstas na localidade estudada aponta necessidade de esforços concentrados na identificação precoce dos casos, estabelecimento da relação contínua do indivíduo com a equipe para assegurar o vínculo do indivíduo com o serviço. Medidas essas que são consideradas de maior relevância para cuidados crônicos, imprescindíveis para o controle das complicações e da mortalidade precoce (WAGNER et al., 2001; SALA; NEMES FILHO; ELUF NETO, 1996; BRASIL, 2011c).

---

**CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## 6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo central avaliar a atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes do município de Cambé – PR, por meio de análise documental em todas as unidades usando abordagens do processo e resultado.

As atividades de detecção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes estão aquém das metas estabelecidas, mesmo entre os indivíduos que utilizam a UBS. A atividade de acompanhamento é fortemente marcada pela consulta médica e direcionada àqueles que utilizam o serviço. Outras atividades de acompanhamento como o registro de aprazamento, visitas domiciliares e consulta de enfermagem mostraram-se *críticas*.

A classificação de risco cardiovascular individual não é considerada para adequar a periodicidade do acompanhamento e os indivíduos com baixo risco obtiveram maior número de consultas quando comparados aos de risco moderado e alto risco. Presume-se que os indivíduos são atendidos de forma indistinta e que o princípio da equidade não foi alcançado.

No atendimento da consulta médica, o registro da maioria das atividades técnicas e de orientações de tratamento não medicamentoso obtiveram resultados *críticos*. As anotações nos prontuários das atividades relacionadas à prevenção de complicações, como medidas antropométricas simples da circunferência abdominal e para o cálculo do IMC, estavam ausentes ou foram quase inexistentes. A proporção de controle da pressão arterial e da glicemia foi considerada regular e crítica.

Considerando que a qualidade dos registros seja o reflexo da qualidade da assistência prestada, os resultados sugerem que o processo é ineficaz, que a atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes é precária e ainda não está consolidada na estratégia da Saúde da Família do município de Cambé.

Todavia, iniciativas como a “ficha de investigação” para rastreamento e captação precoce da população com diabetes, que está em fase de implantação no município devem ser fortalecidas. Essa detecção pode ser aprimorada com a inserção de um instrumento direcionado às pessoas com hipertensão e aplicação nos momentos oportunos como: pré e pós-consulta, visita domiciliar, campanhas de vacinação de idosos e outros eventos multissetoriais.

O acompanhamento caracterizado pela consulta médica aponta para a necessidade de institucionalização de um processo permanente de educação orientado pelo

princípio da atuação interdisciplinar e participação de todos envolvidos no processo de cuidar no desenvolvimento de estratégias de monitoramento.

Recomenda-se, também, a inserção dos profissionais na construção dos protocolos baseados em evidências científicas para melhorar a atenção com a utilização de instrumentos de classificação de risco, como o score de Framingham, para que todos os trabalhadores incorporem tais ferramentas na gestão do cuidado.

O presente estudo avaliou a atenção por meio da análise de documentos, o que impossibilita a análise de alguns fatores que estão diretamente relacionados à atenção como o acesso à UBS, adesão ao tratamento e conhecimento da condição pelo indivíduo. Portanto, na continuidade, pesquisas que avaliem essas dimensões são essenciais para melhor compreensão do problema e o redirecionamento das ações.



## REFERÊNCIAS

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **CCEB: Critério Brasil**. 2012. Disponível em: < <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>>. Acesso em: 20 jul. 2012.
- AEKPLAKORN, W. et al. Changes in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Thai population, 2004-2009: Thai National Health Examination Survey III – IV. **Journal of Hypertension**, v. 30, p. 1734-1742, 2012.
- ALTUN, B. et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. **Journal of Hypertension**, v. 23, p. 1817-1823, 2005.
- ALVES, C. K. A. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. et al. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 89-107.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set./fev. 2005.
- AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; BARRETO, M. L. Epidemiologia e avaliação em saúde. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 631-642.
- ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 368-374, 2007.
- ARCHETTI, C. B. **A teoria da problematização na análise das inconsistências do SIAB na área de abrangência da 7ª Regional de saúde de Pato Branco – PR, sob a ótica dos profissionais de saúde**. 2002. Monografia (Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.
- ASADA, Y.; KEPHART, G. Equity in health services use and intensity of use in Canada. **BMC Health Services Research**, v. 7, n. 41, p. 1-12, 2007.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 88-95. 2001.
- BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.
- BAPTISTA, E. K. K.; MARCON, S. S.; SOUZA, R. K. T. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 225-229, jan. 2008.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549-557, jul./set. 2012.

BARBOSA, D. C. M. **Sistemas de informação em saúde**: a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto/SP. 2006. 116p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

BARRETO, S. M. et al. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in southeast Brazil: the Bambuí health and ageing study. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 77, n. 6, p. 576-581. 2001.

\_\_\_\_\_. Quantificando o risco de doença coronariana na comunidade, projeto Bambuí. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 81, n. 6, p. 549-555, 2003.

BASTOS, G. A. N. et al. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 475-484, 2011.

BATISTA, M. C. R. et al. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 219-228, mar./abr. 2005.

BERGO, R. C. F. **Sistema de informação da atenção básica – SIAB**: avaliando seu potencial para análise de saúde do município de Atibaia (SP). 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006.

BERNARDO, W. M. Diretrizes clínicas no sistema de saúde do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 5, out. 2008.

BRANDÃO, J. R. M. et al. The Family health system: analysis of a health survey in São Paulo, Brazil. **J. Epidemiol Community Health**, v. 65, n. 6, p. 483-490, jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **SIAB**: manual do sistema de informação da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, jun. 2000b.

\_\_\_\_\_. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 490-493, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de informática do SUS. **HiperDia – Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**: manual de operação. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. n. 15. Brasília: Ministério da saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. **Cadernos de Atenção Básica**. n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. **Cadernos de Atenção Básica**. n. 14. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. **Cadernos de Atenção Básica**. n. 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS** – material de apoio. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. 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: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. **Hipertensão arterial e diabetes mellitus**: morbidade auto referida segundo o vigitel 2009 e cadastro de portadores do SIS - HiperDia, 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2010. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **PROADESS**: avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. 2012. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 24 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa nacional de melhorias do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e saúde da família**. 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 14 ago. 2013b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 571/GM/MS, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas do sistema único de saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, seção 1, p. 56-57, 8 abr. 2013a.

CAMBÉ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Cultura. Museu Histórico de Cambé. **Cambé: repensando sua história**. Cambé: Prefeitura Municipal, 1992.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria de Planejamento. **Plano Diretor de Desenvolvimento Municipal de Cambé**. Cambé: Prefeitura Municipal, 2008.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2008-2009**. Cambé: Prefeitura Municipal, 2008b.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Cambé: Prefeitura Municipal, 2010.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. **Relatório de gestão**: período de janeiro à dezembro de 2011. Cambé: Prefeitura municipal, 2011.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. **Dados gerais**. 2012. Disponível em: <<http://www.cambe.pr.gov.br/site/cambe/dadosgeraiscambe.html>>. Acesso em: 01 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. **Protocolo de hipertensão arterial**. Cambé: Prefeitura Municipal, 2012b.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. **Diabetes Mellitus**: protocolo para a rede básica de saúde de Cambé. Cambé: Prefeitura Municipal, 2012c.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. **Relatório de gestão**: período de janeiro à dezembro de 2012. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=41&codTpRel=01>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, jul./ago. 2005.

- CARVALHO, A. I.; GOULART, F. A. A. (Coord.). **Gestão de saúde**: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação a distância. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: UnB, 1998.
- CASTRO, R. B. Eficácia, eficiência e efetividade na administração pública. In: 30º ENCONTRO DA ANPAD, 30., 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2006.
- CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-126.
- CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 91, n. 1, p. 31-35. 2008.
- CESARINO, E. J. et al. Avaliação do risco cardiovascular de indivíduos portadores de hipertensão arterial de uma unidade pública de saúde. **Einstein**, v. 10, n. 1, p. 33-38, 2012.
- CHAMPAGNE, F. et al. A apreciação normativa. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b. p. 77-94.
- \_\_\_\_\_. A avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al (Org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a. p. 41-60.
- CHEHUEN NETO, J. A. et al. Percepção médica quanto aos protocolos clínicos. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 35, n. 3, p. 159-166, jul./set. 2009.
- CHELOTTI, F. **Hipertensão arterial autorreferida**: prevalência e fatores associados em Rio Branco – Acre. 2009. 83f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2009.
- CHOBANIAN, A. V. et al. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. **Hypertension**, v. 42, p. 1206-1252, 2003.
- CIPULLO, J. P. et al. Prevalencia y factores de riesgo para hipertensión en una población urbana brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 94, n. 4, p. 503-509, 2010.
- COELHO, E. B. et al. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq. Bras. de Cardiologia**, v. 85, n. 3, set. 2005.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 159, 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. **Portal do Conselho Federal de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 19 abr. 1993.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliar a avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 263-272.
- DATASUS. Ministério da Saúde. **Mortalidade – Paraná**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10pr.def>>. Acesso em: 04. fev. 2014.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 44, n. 3, pt. 2, 1966. p. 166-203.

\_\_\_\_\_. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, v. 114, n. 11, nov. 1990.

DZUDIE, A. et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a self-selected sub-Saharan Africa urban population: a cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 14, p. 1-12, 2013.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, jul./set. 2006.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, jul./set. 2006.

FAJARDO, C. A importância da abordagem não-farmacológica da hipertensão arterial na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 107-118, jan./mar. 2006.

FASCE, E. et al. Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in urban communities in Chile. **Journal of Hypertension**, v. 25, p. 1807-1811, 2007.

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

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela estratégia de saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al. (Org.) Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MdBooks, 2010. p. 1-13.

FRAMINGHAM HEART STUDY. **A project of the National Heart, Lung and Blood Institute and Boston University**. Coronary Heart Disease (10-years risk). 1998. Disponível em: <<http://www.framinghamheartstudy.org/risk/coronary.html#tab3>>. Acesso em: 26 out. 2012.

FRANZESE, C. Administração pública em contexto de mudança: desafios para o gestor de políticas públicas. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 19-53

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica – SIAB. **Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 547-554, jul./ago. 2005.

FREITAS, M. L. S. J. **Possibilidade, limites e desafios para o exercício profissional do assistente social da Secretaria Municipal de Saúde Pública do município de Cambé – PR, 1997 a 2004.** 2004. 137f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2004.

FREITAS, O. C. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva – SP. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 77, n. 1, p. 9-15. 2001.

FRIÕES, F. et al. Impacto dos fatores de risco cardiovascular numa amostra da população do porto de acordo com os modelos de predição de risco de Framingham. **Rev. Port. Cardiol.**, v. 22, n. 4, p. 511-520, 2003.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GILVAN, F. F. et al. Consulta de enfermagem ao usuário hipertenso acompanhado na atenção básica. **Rev. Rene, Fortaleza**, v. 12, n. 2, p. 287-294, abr./jun. 2011.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial da Alemanha. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1081-1096, 2011.

GIROTI, S. K. O.; NUNES, E. F. P. A.; RAMOS, M. L. R. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, jan./jun. 2008.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 133-141, abr./jun. 2010.

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma unidade de saúde da família. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.

GONÇALVES, R. B. M.; SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B. et al. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 37-63.

GONZÁLES, G. G. et al. Evaluación sobre historia clínica electrónica. Asociación entre indicadores de proceso medidos sobre historia electrónica y resultados intermedios em salud, em pacientes com hipertensión. **Aten. Primaria**, v. 44, n. 12, p. 709-719, 2012.

GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 83, n. 5, p. 424-428, 2004.

IBGE. **Resultados do Censo 2010**. 2010a. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_parana.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_parana.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. **Sinopse dos Resultados do Censo 2010**. 2010b. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>>. Acesso em: 01 ago. 2012.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico**: município de Cambé. 2012. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=86180&btOk=ok>>. Acesso em: 01 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. **Caderno Estatístico**: município de Cambé. 2013. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=86180>>. Acesso em: 07 dez. 2013.

JADDOU, H. Y. et al. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control, and associated factors: results from a national survey, Jordan. **International Journal of Hypertension**, [s.v.], [s.n.], p. 1-8, 2011.

JARDIM, P. C. B. V.; SOUSA, A. L. L.; MONEGO, E. T. A abordagem não medicamentosa do paciente com hipertensão arterial. In: PIERIN, A.M.G. **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2004. p. 119-138.

JATENE, F. B.; BERNARDO, M.; MONTEIRO-BONFÁ, R. O processo de implantação de diretrizes na prática médica. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, v. 16, n. 2, p. 89-93, 2001.

LANA, A. N. O. **A implantação do fichário rotativo para a organização da agenda do hiperdia**: relato de experiência. 2012. 28p. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

LERNER, A. G. et al. The “rule of halves” does not apply in Peru: awareness, treatment, and control of hypertension and diabetes in rural, urban, and rural-to-urban migrants. **Crit Pathways in Cardiol.**, v. 12, p. 53-58, 2013.

LI, W. et al. Awareness, treatment and control of hypertension in patients attending hospital clinics in China. **Journal of Hypertension**, v. 21, p. 1191-1197, 2003.

LIMA, S. M. L. et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2001-2011, set. 2009.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia**: protocolo. Londrina: Prefeitura Municipal, 2006.

LOUVISON, M. C. P. **Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos**: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como condições traçadoras. 2011. 193p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2011.

MACEDO, M. E. et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. **Journal of Hypertension**, v. 23, p. 1661-1666, 2005.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência e acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1383-1388, 2011.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MANCIA, G. et al. Hypertension prevalence, awareness, control and association with metabolic abnormalities in the San Marino population: the SMOOTH study. **Journal of Hypertension**, v. 4, p. 837-843, 2006.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 314-320, jun. 2010.

MARQUES-VIDAL, P. et al. Sex differences in awareness and control of hypertension in France. **Journal of Hypertension**, v. 15, p. 1205-1210, 1997.

MATSUDA, L. M.; CARVALHO, A. R. S.; ÉRVORA, Y. D. M. Anotações/registros de enfermagem em um hospital-escola. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, supl. 2, p. 337-346, 2007

MEDINA, M. G. et al. Uso de Modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2012.

MION JUNIOR, D.; PIERIN, G.; GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial: respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev. Ass. Med. Brasil**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 249-254. 2001

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 19-25, mar. 2011.

NOGUEIRA, D. et al. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: estudo pró-saúde, Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica.**, v. 27, n. 2, p. 103-109, 2010.

OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

OPAS, Organização Pan Americana da Saúde. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: OPAS, 2010.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 473-487.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-586.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev. 2006.

PATTON, M. Q. Utilization-Focused Evaluation. In: STUFFLEBEAM, D. L.; MADAUS, G. F.; KELLAGHAN, T. (Ed.). **Evaluation Models**. Boston: Kluwer Academic, 2000.

PAULA, E. A. et al. Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, maio/jun. 2013.

PEREIRA, M. R. et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2363-2374, 2007b.

PEREIRA, P. M. H. **Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia de Saúde da Família**. 2007. 114f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007a.

PEREZ-FERNADEZ, R. et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Galicia (Spain) and association with related diseases. **Journal of Human Hypertension**, v. 21, p. 366-373, 2007.

PETRIS, A. J. **Acesso a medicamentos para tratamento de fatores de risco cardiovasculares**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY, C. C. Epidemiologia e serviços de saúde. In: MEDRONHO, R. A. (Org.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 515-523.

PONTES, R. J. S. et al. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. (Org.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 123-151.

PORTELA, M. C. Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar: o papel da Agência Nacional de Saúde. **Regulação & Saúde: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar**, p. 177-210, 2003.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.

RIBEIRO, L. C. et al. Avaliação da cobertura do sistema de informação da atenção básica em saúde (SIAB): uma aplicação da metodologia de amostragem para garantia da qualidade de lotes. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 120-127, jul./dez. 2007.

RIGOBELLO, J. L. **A utilização do sistema de informação da atenção básica – SIAB pelos profissionais médicos das equipes de saúde da família, dos municípios da área de abrangência da Direção Regional de Saúde IVIII – Ribeirão Preto - SP**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde da Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

- RODRIGUES, R. M. et al. Sistema de informação da atenção básica: uma avaliação qualitativa da base estadual do SIAB da Paraíba. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, [s.v.], n. 20, p. 61-66, dez. 2000.
- ROSA FILHO, L. A. **Determinantes e efeitos da continuidade na atenção à saúde**: estudo de base populacional em Pelotas, RS. 2006. 110f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Pelotas, Pelotas. 2006.
- ROSÁRIO, E. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT. **Arq. Bras. Cardiologia**, v. 93, n. 6, p. 671-678, 2009.
- SAEED, A. A. et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among Saudi adult population: a national survey. **International Journal of Hypertension**, [s.v.], [s.n.], p. 1-8, 2011.
- SALA, A. et al. Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 463-471, 1993.
- SALA, A. A avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. et al. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 117-137.
- SALA, A.; NEMES FILHO, A.; ELUF NETO, J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 2, p.161-167. 1996.
- SALA, A.; NEMES, M. I. B.; COHEN, D. D. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 741-751, out./dez. 1998.
- SALA, A.; NEMES, A. I. B.; COHEN, D. D. A Avaliação na Prática Programática. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 173-193.
- SANTOS, Z. C. **O uso do SIAB como instrumento de planejamento local para as ações do PSF**. 2003. Monografia (Especialização) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95. supl. 1, p. 1-51. 2010.
- SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Consenso brasileiro sobre diabetes 2002**: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetesmelito do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003.
- SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 2009.
- SCARSELLA, C.; DESPRÉS, J. P. Tratamiento de la obesidade: necesidad de centrar la atención em los pacientes de alto riesgo caracterizados por la obesidade abdominal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 7-19, 2003.

SCHRAIBER, L. B.; GONÇALVES, R. B. M. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. M. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 27-41.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, nov./dez. 2005.

SILVA, A. S. B. et al. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 312-318, jul./set. 2011.

SILVEIRA, J. A. A. et al. Características da assistência à saúde a pessoas com diabetes mellitus acompanhadas na unidade de saúde da família Pedregal II, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipe de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 43-49, 2010.

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região sul do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, p. 496-503, 2006.

SOUTO, C. O. et al. Avaliação da assistência a diabéticos e ou hipertensos em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, jan./mar. 2009.

SOUZA, J. J. G. **Hipertensão arterial referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo, 2003**: um estudo de base populacional. 2006. 112f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006.

SOUZA, R. K. T. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, jul./set., 2013.

SOUZA, R. R. Prefácio. In: EGRY, E. Y. (Org.). **As necessidades em saúde na perspectiva da Atenção Básica**: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone, 2008. p. 9-10.

SPRANGER, C. B. et al. Identifying gaps between guidelines and clinical practice in the evaluation and treatment of patients with hypertension. **Am J Med**, v. 117, n. 1, jul. 2004.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. In: BRASIL. **Instituto para o desenvolvimento da saúde**. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, abr. 2012.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**. In: CONFERÊNCIA MUNICIPAL E ESTADUAL DE SAÚDE, Bahia, 2011.

TIPTARADOL, S.; AEKPLAKORN, W. Prevalence, awareness, treatment and control of coexistence of diabetes and hypertension in Thai population. **International Journal of Hypertension**, [s.v.], [s.n.], p. 1-7, 2012.

TRÊS, G. S. et al. Controle da pressão arterial, do diabetes mellitus e da dislipidemia na população de hipertensos de um ambulatório de residência médica. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 16, n. 3, p. 143-147. 2009.

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

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 173-182, 2008.

VIACAVA, F. et al. **Avaliação de desempenho do sistema de saúde do brasileiro: indicadores para monitoramento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

VIANA, A. L. D. A.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

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

VIGICARDIO. **Projeto Doenças Cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações**. 2012. Disponível em: <[https://www.sistemasweb.uel.br/system/pes/pdf/pes\\_pesquisa\\_07232.pdf](https://www.sistemasweb.uel.br/system/pes/pdf/pes_pesquisa_07232.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2012.

VUORI, H. V. **Quality assurance of health services: concepts and methodology**. Regional office for Europe: World health organization, Copenhagen, 1982.

WAGNER, E. H. et al. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. **Health Affairs**, v. 20, n. 6, p. 64-78, 2001.

WANG, H. et al. Factors associated with prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among adults in southern China: a community-based, cross-sectional survey. **PLoS One**, v. 8, n. 5, 2013.

WHELTON, P. K.; HE, J.; MUNTNER, P. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in North America, North Africa and Asia. **Journal Human Hypertension**, v. 18, p. 545-551, 2004.

YIP, W. et al. Prevalence, awareness, and control of hypertension among Asian Indians living in urban Singapore and rural India. **Journal of Hypertension**, v. 31, p. 1539-1546, 2013.



## APÊNDICE A

Formulário para coleta de dados: análise documental

<b>ID:</b>		( )HA ( )DM
<b>NOME:</b>		<b>DN - Vigi:</b> / /
<b>PLANO DE SAÚDE:</b> ( )Sim ( )Não		<b>DN – Pront:</b> / /
<b>N° Prontuário:</b>	<b>UBS:</b>	
<b>Endereço:</b>	<b>ACS:</b>	
<b>ÁREA COBERTA PELO PSF:</b> ( ) Sim ( ) Não		
( ) ÓBITO ( ) MUDOU		
<b>Data da 1° coleta:</b>	<b>Responsável pela coleta:</b>	
<b>Data da 2° coleta:</b>	<b>Responsável pela coleta:</b>	

<b>FICHA A ( )NA LOCALIZADA:</b> ( )Sim ( )Não	
<b>*Somente para os que residem na área coberta ( ) não cadastrado</b>	
1. Há registro da condição referida de HA?	( )Sim ( )Não ( )NA
2. Há registro da condição referida de DM?	( )Sim ( )Não ( )NA
<b>FICHA B – HA ( )NA ANO _____ LOCALIZADA:</b> ( )Sim ( )Não	
<b>*Somente para os que residem na área coberta ** Somente para os indivíduos com hipertensão</b>	
3. Há registros de visitas realizadas nos últimos 12 meses?	( )Sim ( )Não
4. Se sim quantas visitas?	_____
5. Quais os meses de registro?	
( )Jan ( )Fev ( )Mar ( )Abr ( )Maio ( )Jun ( )Jul ( )Ago ( )Set ( )Out ( )Nov ( )Dez	
<b>FICHA B – DIA ( )NA ANO _____ LOCALIZADA:</b> ( )Sim ( )Não	
<b>*Somente para os que residem na área coberta **Somente para os indivíduos com diabetes</b>	
6. Há registros de visitas realizadas durante o ano?	( )Sim ( )Não
7. Se sim quantas visitas?	_____
Quais os meses de registro?	
( )Jan ( )Fev ( )Mar ( )Abr ( )Maio ( )Jun ( )Jul ( )Ago ( )Set ( )Out ( )Nov ( )Dez	
<b>HIPERDIA – HA ( )NA *Somente para os indivíduos com hipertensão</b>	
8. Há ficha de cadastro no HiperDia?	( )Sim ( )Não
<b>HIPERDIA – DIA ( )NA *Somente para os indivíduos com diabetes</b>	
9. Há ficha de cadastro no HiperDia?	( )Sim ( )Não
<b>APRAZAMENTO – PH _____ *Somente para os indivíduos com hipertensão</b>	
10. Há registro de aprazamento?	( )Sim ( )Não
11. N° de registros nos últimos 12 meses?	_____
12. Quais os meses de registro?	
( )Jan ( )Fev ( )Mar ( )Abr ( )Maio ( )Jun ( )Jul ( )Ago ( )Set ( )Out ( )Nov ( )Dez	
13. Atividade do aprazamento	
( ) Medicamento ( ) PA ( ) Outros _____	
<b>APRAZAMENTO – PD _____ *Somente para os indivíduos com diabetes</b>	
14. Há registro de aprazamento?	( )Sim ( )Não

15. Nº de registros nos últimos 12 meses?		_____
16. Quais os meses de registro?		
( )Jan ( )Fev ( )Mar ( )Abr ( )Maio ( )Jun ( )Jul ( )Ago ( )Set ( )Out ( )Nov ( )Dez		
17. Atividade do aprazamento		
( ) Medicamento ( ) Glicemia ( ) Outros _____		
<b>PRONTUÁRIO</b>		<b>LOCALIZADO: ( )Sim ( )Não</b>
18. Há registro da condição de HA? <b>*Somente para indivíduos com hipertensão</b>		( )Sim ( )Não ( )NA
19. O registro da condição ocorreu nos últimos 12 meses?		( )Sim ( )Não
20. Se sim, qual a data?		Data: ___/___/___
21. Há registro da condição de DM? <b>*Somente para indivíduos com diabetes</b>		( )Sim ( )Não ( )NA
22. O registro do atendimento ocorreu nos últimos 12 meses?		( )Sim ( )Não
23. Se sim, qual a data?		Data: ___/___/___
24. Nº de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses?		_____ ( )s/ registro
25. Mês da(s) consulta(s) médica(s)?		
( )Jan ( )Fev ( )Mar ( )Abr ( )Maio ( )Jun ( )Jul ( )Ago ( )Set ( )Out ( )Nov ( )Dez		
26. Atividade técnica nas consultas médicas dos últimos 12 meses		
( )PA ( )Peso ( )Altura ( )CA ( )IMC		
27. Orientações realizadas nas consultas médicas dos últimos 12 meses		
( )Alimentação ( )Atividade Física ( )Tabaco ( )Álcool ( )Cuidado com os pés ( )Orientações Gerais ( )S/registro		
28. Nº de consultas de enfermagem realizadas nos últimos 12 meses?		_____ ( )s/ registro
29. Mês da(s) consulta(s) de enfermagem?		
( )Jan ( )Fev ( )Mar ( )Abr ( )Maio ( )Jun ( )Jul ( )Ago ( )Set ( )Out ( )Nov ( )Dez		
30. Atividade técnica nas consultas de enfermagem dos últimos 12 meses		
( )PA ( )Peso ( )Altura ( )CA ( )IMC		
31. Orientações realizadas nas consultas de enfermagem dos últimos 12 meses		
( )Alimentação ( )Atividade Física ( )Tabaco ( )Álcool ( )Cuidado com os pés ( )Orientações Gerais ( )S/registro		
32. Encaminhamento oftalmológico nos últimos 12 meses? <b>*Somente para as pessoas com diabetes</b>		( )Sim ( )Não ( )NA
33. Resultado do último exame laboratorial		
<b>Urina I</b> ( )s/registro ( )Sim Data: ___/___/___ Valor: _____ <b>Potássio</b> ( )s/registro ( )Sim Data: ___/___/___ Valor: _____ <b>Creatinina</b> ( )s/registro ( )Sim Data: ___/___/___ Valor: _____ <b>Glicemia em jejum</b> ( )s/registro ( )Sim Data: ___/___/___ Valor: _____ <b>ECG</b> ( )s/registro ( )Sim Data: ___/___/___ <b>Colesterol total</b> ( )s/registro ( )Sim Data: ___/___/___ Valor: _____	<b>HDL</b> ( )s/registro ( )Sim Data: ___/___/___ Valor: _____ <b>LDL</b> ( )s/registro ( )Sim Data: ___/___/___ Valor: _____ <b>Triglicérides</b> ( )s/registro ( )Sim Data: ___/___/___ Valor: _____ <b>Hemoglobina glicada</b> ( )s/registro ( )Sim Data: ___/___/___ Valor: _____ <b>Ácido úrico</b> ( )s/registro ( )Sim Data: ___/___/___ Valor: _____	
34. Último registro de outras medidas		

<input type="checkbox"/> PA _____ x _____ Data: __/__/__ ( )Peso _____ Data: __/__/__ ( )Altura _____ Data: __/__/__
<input type="checkbox"/> IMC _____ Data: __/__/__ ( )CA _____ Data: __/__/__
35. Registro das intercorrências nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Angina ( ) IAM ( ) AVC ( ) ICC ( ) Pé Diabético ( ) Amputação ( ) Doença Renal ( ) Retinopatia /Cegueira <input type="checkbox"/> s/ registro
<b>OBSERVAÇÕES:</b>





## Ficha A, verso - modelo

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO	
<b>TIPO DE CASA</b>	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
<b>DESTINO DO LIXO</b>	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	
<b>TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO</b>	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
<b>ABASTECIMENTO DE ÁGUA</b>	
Rede geral	
Poço ou nascente	
Outros	
<b>DESTINO DE FEZES E URINA</b>	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES			
Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde			
<b>EM CASO DE DOENÇA PROCURA</b>		<b>PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS</b>	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo religioso	
Benzedeira		Associações	
Farmácia		Outros - Especificar:	
Outros - Especificar:		<b>MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA</b>	
<b>MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA</b>		Ônibus	
Rádio		Caminhão	
Televisão		Carro	
Outros - Especificar:		Carroça	
		Outros - Especificar	

## OBSERVAÇÕES

--





**ANEXO D**

Formulário para Coleta de Dados: VIGICARDIO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Doenças cardiovasculares no Estado do Paraná:  
mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações**

**INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO AMOSTRADO**

Localização		
Rua:		
Setor Censitário:	Nº:	Complemento:
Telefone:	Obs:	
Moradores		
Nome	Sexo	Idade
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

**INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO**

Nome:	Código:
Data de Nascimento:	Celular:
Recursos: (0) própria pessoa (1) cuidador auxiliar (2) cuidador substituto	
Data da Entrevista:	

**INFORMAÇÕES DA COLETA**

<b>Entrevistador:</b>						
<b>1º Visita:</b> ___/___/___	<input type="checkbox"/>	Entrevistado	<input type="checkbox"/>	Não (motivo):		
<b>2º Visita:</b> ___/___/___	<input type="checkbox"/>	Entrevistado	<input type="checkbox"/>	Não (motivo):		
<b>3º Visita:</b> ___/___/___	<input type="checkbox"/>	Entrevistado	<input type="checkbox"/>	Não (motivo):		
Recusa	<input type="checkbox"/>	Perda	<input type="checkbox"/>	Exclusão	<input type="checkbox"/>	Motivo:
Data para coleta de exames laboratoriais: ___/___/___			Digitação:	1	2	

<b>Nome:</b>	<b>Código:</b>
<b>Observações:</b>	

<b>Nome:</b>	<b>Código:</b>
--------------	----------------

Para todos os indivíduos:

<b>BLOCO 1 – VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO</b>															
<b>1. Qual é o seu Estado Civil?</b> (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) União estável	CIV														
<b>2. Você se considera da cor ou raça:</b> (1) Amarela (2) Branca (3) Indígena (4) Parda (5) Preta	COR														
<b>3. Quantos anos completos você estudou? [     ]</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Analfabeto</td> <td style="text-align: right;">0 anos</td> </tr> <tr> <td>Primário completo ou até a 4ª série do fundamental</td> <td style="text-align: right;">4 anos</td> </tr> <tr> <td>1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo</td> <td style="text-align: right;">8 anos</td> </tr> <tr> <td>2º grau ou ensino médio</td> <td style="text-align: right;">11 anos</td> </tr> <tr> <td>Ensino superior</td> <td style="text-align: right;">15 anos</td> </tr> <tr> <td>Especialização</td> <td style="text-align: right;">15 + 1</td> </tr> <tr> <td>Mestrado</td> <td style="text-align: right;">15 + 2</td> </tr> </table>	Analfabeto	0 anos	Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos	1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo	8 anos	2º grau ou ensino médio	11 anos	Ensino superior	15 anos	Especialização	15 + 1	Mestrado	15 + 2	ESTU
Analfabeto	0 anos														
Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos														
1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo	8 anos														
2º grau ou ensino médio	11 anos														
Ensino superior	15 anos														
Especialização	15 + 1														
Mestrado	15 + 2														
<b>4. Quantos amigos próximos você diria que têm hoje?</b> Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda. [     ]	REDE1														
<b>5. Se de repente você precisasse de uma pequena quantia em dinheiro, (equivalente ao ganho de uma semana de trabalho) quantas pessoas, de fora do seu domicílio, estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se você pedisse a elas?</b> (1) Ninguém (2) Uma ou duas (3) Três ou quatro (4) Cinco ou mais	REDE2														
<b>6. Em toda comunidade, algumas pessoas se dão bem e confiam umas nas outras, enquanto outras pessoas não. Agora, eu gostaria de falar a respeito da confiança e da solidariedade na sua comunidade. Em geral, você concorda ou discorda das seguintes afirmações:</b>															
<b>6.1. Pode-se confiar na maioria das pessoas que moram neste(a) bairro/localidade:</b> (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL10														
<b>6.2. Neste(a) bairro/localidade, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você:</b> (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL11														
<b>6.3. A maioria das pessoas neste(a) bairro/localidade estão dispostas a ajudar caso você precise:</b> (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL12														

<p><b>6.4. Neste(a) bairro/localidade, as pessoas geralmente não confiam umas nas outras quanto a emprestar e tomar dinheiro emprestado:</b>  (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo  (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente</p>	SOL13
<p><b>7. Hoje em dia, com que frequência você diria que as pessoas neste(a) bairro/localidade ajudam umas às outras:</b>  (1) Sempre ajudam (2) Quase sempre ajudam  (3) Algumas vezes ajudam (4) Raramente ajudam (5) Nunca ajudam</p>	SOL2
<p><b>8. Na sua opinião, esse(a) bairro/localidade é geralmente:</b>  (1) Muito pacífico (2) Moderadamente pacífico  (3) Nem pacífico nem violento (4) Moderadamente violento  (5) Muito violento</p>	VIOL1
<p><b>9. Em relação a sua segurança, como você se sente ao andar sozinho(a) na sua rua depois de escurecer:</b>  (1) Muito seguro(a) (2) Moderadamente seguro(a)  (3) Nem seguro (a), nem inseguro(a) (4) Moderadamente inseguro(a)  (5) Muito inseguro(a)</p>	VIOL2
<p><b>10. Qual o controle que você sente que tem para tomar as decisões que afetam as suas atividades diárias:</b>  (1) Nenhum controle (2) Controle sobre muito poucas decisões  (3) Controle sobre algumas decisões (4) Controle sobre a maioria das decisões  (5) Controle sobre todas as decisões</p>	POL1
<p><b>11. Nos últimos 12 meses, você fez alguma dessas coisas:</b></p>	Marque com um (x)
<p>11.1. Participou de uma reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão?</p>	POL21
<p>11.2. Encontrou um político, telefonou para ele/ela, ou enviou-lhe uma carta/email?</p>	POL22
<p>11.3. Participou de um protesto ou demonstração?</p>	POL23
<p>11.4. Participou de uma campanha eleitoral ou informativa?</p>	POL24
<p>11.5. Alertou algum jornal, rádio ou TV para um problema local?</p>	POL25
<p>11.6. Notificou a polícia ou a justiça a respeito de um problema local?</p>	POL26
<p><b>AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU TRABALHO E OS BENS DA SUA CASA. GOSTARIA DE LEMBRAR QUE OS DADOS DESTA ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA A PESQUISA.</b></p>	
<p><b>12. Quantos trabalhos você exerce atualmente?</b> [     ]  Se maior ou igual a 1 (um) pule para questão 14</p>	TR1
<p><b>13. Caso não exerça nenhum trabalho, como você se classifica?</b>  (1) Aposentado (2) Do lar (3) Desempregado  Pular para questão 17</p>	TR2

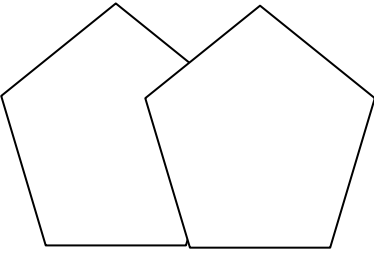
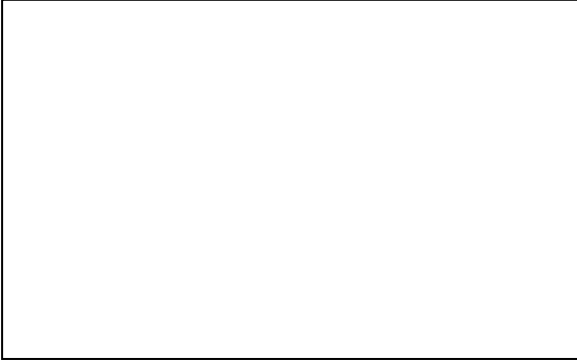
<b>14. Se trabalha atualmente, qual seu trabalho principal?</b>			TR3
<b>15. Nesse trabalho você é:</b> (1) Empregado (2) Trabalhador doméstico (na casa de terceiros empregado doméstico, diarista etc.) (3) Conta própria (sem empregado ou com ajuda de trabalhador não remunerado) (4) Empregador (5) Não remunerado			TR4
<b>16. O Sr. Trabalha atualmente com alguma dessas atividades:</b>	S/N	Há quanto tempo (anos)?	PB1
<b>A1.</b> Fabricação e recuperação de baterias			PB11
<b>A2.</b> Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo			PB12
<b>A3.</b> Produção de ligas (bronze, latão)			PB13
<b>A4.</b> Galvanoplastia (ex: Pado)			PB14
<b>A5.</b> Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo			PB15
<b>A6.</b> Fabricação de PVC e outros plásticos			PB16
<b>A7.</b> Indústria da borracha			PB17
<b>17. O Sr. já trabalhou com alguma das atividades:</b>  <b>Caso já tenha lido as alternativas:</b> O(a) senhor(a) já trabalhou em algum dos locais que acabei de citar?	S/N	Durante quanto tempo? (anos)	Parou há quanto tempo (anos)?
<b>A1.</b> Fabricação e recuperação de baterias			PB20
<b>A2.</b> Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo			PB21
<b>A3.</b> Produção de ligas (bronze, latão)			PB22
<b>A4.</b> Galvanoplastia (ex: Pado)			PB23
<b>A5.</b> Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo			PB24
<b>A6.</b> Fabricação de PVC e outros plásticos			PB25
<b>A7.</b> Indústria da borracha			PB26
<b>18. Alguém que mora com o Sr (a) trabalha com exposição ao chumbo?</b> (1) Sim (2) Não			PB30
Se <b>SIM: 18.1.</b> Em qual atividade (códigos acima)? [            ]			PB31
<b>19. Existe alguma fonte de contaminação por chumbo próxima à sua residência?</b> (conforme alternativas citadas). (1) Sim (2) Não			PB40
Se <b>SIM: 19.1.</b> Qual a distância aproximada (metros) da fonte em relação à sua casa? [            ]			PB41
<b>20. Por quais desses meios de comunicação costuma se informar:</b> (1) Televisão (2) Rádio (3) Jornal Impresso (4) Internet (5) Outros			COM

21. Classe econômica:					Número de Itens	ABEP
<b>Quais desses itens você possui?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4+</b>	
Televisão em cores	0	1	2	3	4	
Rádio	0	1	2	3	4	
Banheiro	0	4	5	6	7	
Automóvel	0	4	7	9	9	
Empregada mensalista	0	3	4	4	4	
Máquina de Lavar	0	2	2	2	2	
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2	
Geladeira	0	4	4	4	4	
Freezer (separado ou	0	2	2	2	2	
<b>Qual o Grau de Instrução do chefe da família?</b>						
Analfabeto / primário incompleto / até a 3ª série do fundamental					0	
Primário Completo / ginásial incompleto / até a 4ª série do fund.					1	
Ginásial completo / colegial incompleto / fundamental completo					2	
Colegial completo / superior incompleto / ensino médio completo					4	
Superior completo					8	
<b>Pontuação total</b>	<b>[       ]</b>					

Somente para indivíduos maiores de 50 anos

AGORA FAREMOS ALGUMAS PERGUNTAS PARA SABER COMO ESTÁ SUA MEMÓRIA. ALGUMAS PERGUNTAS <b>PODEM PARECER MUITO SIMPLES, MAS TEMOS DE SEGUIR A SEQUÊNCIA COMPLETA.</b>	
<b>22. Orientação no tempo:</b>	1 ponto para cada resposta certa
22.1. Que dia é hoje?	
22.2. Em que mês estamos?	
22.3. Em que ano?	
22.4. Em que dia da semana (segunda a domingo) nós estamos?	
22.5. Qual a hora aproximada?	
<b>Número de respostas corretas</b>	<b>[       ]</b>
<b>23. Orientação no espaço:</b>	1 ponto para cada resposta certa
23.1. Em que local nós estamos (sala, quarto, cozinha)?	
23.2. Que local é este aqui (casa, apartamento, casa de repouso)?	
23.3. Em que bairro nós estamos?	
23.4. Em que cidade nós estamos?	
23.5. Em que estado do Brasil nós estamos?	
<b>Número de respostas corretas</b>	<b>[       ]</b>
<b>24. Registro:</b>	1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª tentativa
Agora preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o (a) Sr (a) vai repeti-las quando eu terminar. Certo? As palavras são: CARRO, VASO, TIJOLO. Agora, repita as palavras para mim. <i>(1 segundo para dizer cada uma, 1 resposta correta para cada palavra, então repita até que aprenda as 3 palavras, conte e registre o número de tentativas)</i>	
<b>Número de tentativas</b>	
<b>Número de respostas corretas</b>	<b>[       ]</b>



<p>27.5. Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo.</p> <p>_____</p> <p><b>Resposta correta</b> [      ]</p>	<p>1 ponto (Não considere erros gramaticais ou ortográficos)</p>
<p>28. Por favor, copie este desenho. (Apresenta a folha com os pentágonos que se interseccionam)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p><b>Número de respostas corretas</b> [      ]</p>	<p>1 ponto (Considere apenas se houver 2 pentágonos que se interseccionem, 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados ou com 2 ângulos)</p>
<p><b>29. PONTUAÇÃO TOTAL DO MINIMENTAL</b></p>	<p>MM</p>

Para todos os indivíduos

<b>BLOCO 2 – VARIÁVEIS DE HÁBITOS DE VIDA</b>	
<p><b>30. O(a) Sr(a) Fuma?</b> (1) Sim (2) Não</p> <p style="text-align: center;">Se <b>NÃO</b>, pule para a questão 33</p>	<p>FUM1</p>
<p style="text-align: center;">Se <b>SIM</b>: <b>30.1. Qual a frequência?</b> (1) Diariamente (2) Ocasionalmente</p>	<p>FUM2</p>
<p style="text-align: center;">Se <b>DIARIAMENTE</b>: <b>30.2. Quantos cigarros por dia?</b> [      ]</p>	<p>FUM3</p>
<p><b>31. Que idade o(a) senhor (a) tinha quando começou a fumar regularmente?</b> [      ] anos (99) Não lembra</p>	<p>FUM4</p>
<p><b>32. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar?</b> (1) Sim (2) Não</p>	<p>FUM5</p>
<p><b>33. O Sr (a) já fumou?</b> (1) Sim (2) Não</p>	<p>FUM6</p>
<p style="text-align: center;">Se <b>SIM</b>: <b>33.1. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando parou de fumar?</b> [      ] anos (99) Não lembra</p>	<p>FUM7</p>

<b>34.O(a) Sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?</b> (1) Sim (2) Não				ALC1
Se <b>NÃO</b> , pule para a questão <b>35</b>				
<b>Se SIM: 34.1. Com frequência faz uso de bebida alcoólica?</b> (1) Ocasionalmente (menos que 2x/sem) (2) Frequentemente (2 a 6x/sem) (3) Todos os dias				ALC2
<b>34.2. Nos últimos 30 dias o Sr (a) consumiu mais que 4 (para mulher)/5(para homem) doses de bebida alcoólica em uma ocasião?</b> <i>(mais de 4/5 doses seriam 4/5 latas de cervejas ou 4/5 taças de vinho ou 4/5 doses de cachaça/whisky/qualquer outra bebida destilada)</i> (1) Sim (2) Não				ALC3
<b>Se SIM: 34.2.1</b> Em quantos dias do mês isso ocorreu? [       ]				ALC4
AGORA, VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS, COMO CAMINHADA, ESPORTES E EXERCÍCIOS FEITOS DE MANEIRA REGULAR E QUE FAÇAM A RESPIRAÇÃO FICAR MAIS FORTE QUE O NORMAL.				
<b>35. Em uma semana normal (típica) o sr(a) faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre?</b> (1) Sim (2) Não				EX1
Se <b>NÃO</b> , pule para a questão <b>38</b>				
<b>Se SIM:</b>				
<b>36. Em uma semana normal (típica) quais são as atividades físicas que o(a) Sr(a) pratica no tempo livre:</b>				
	Se <b>Sim</b> , assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
36.1. Caminhada?				EX21
36.2. Alongamento?				EX22
36.3. Dança?				EX23
36.4. Musculação?				EX24
36.5. Ginástica de academia?				EX25
36.6. Futebol?				EX26
36.7. Outra? Qual?				EX27

<p><b>37. O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR há mais de 6 meses?</b> (1) Sim (2) Não</p> <p>Se <b>Sim</b>, pule para a questão <b>40</b></p>	EX5
<p><b>38. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias?</b> (1) Sim (2) Não</p> <p>Se <b>Sim</b>, pule para a questão <b>40</b></p>	EX6
<p><b>39. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses?</b> (1) Sim (2) Não</p>	EX7
<p><b>40. Com relação ao seu trabalho remunerado, ou às atividades domésticas, em relação ao esforço físico, como você classificaria o seu trabalho:</b> (1) Muito leve (2) Leve (3) Moderado (4) Intenso (5) Muito intenso</p>	EX8
<p><b>41. O(a) Sr.(a) caminha ou vai de bicicleta até o trabalho?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica</p> <p>Se <b>NÃO</b> ou <b>NÃO SE APLICA</b>, pule para a questão <b>43</b></p>	EX9
<p><b>42. Quanto tempo o(a) Sr.(a) leva caminhando ou pedalando neste deslocamento (somar tempo de ida e volta): [            ] minutos.</b></p>	EX10
<b>AGORA FAZER ALGUMAS PERGUNTAS QUANTO A SEUS HÁBITOS ALIMENTARES</b>	
<p><b>43. Em quantos dias da semana (a) Sr(a) costuma comer frutas?</b> (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p>	AL1
<p><b>44. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame?</b> (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p>	AL2
<p><b>45. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha ?</b> (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p> <p>Se <b>nunca</b>, pule para questão <b>46</b></p>	AL3
<p><b>45.1. Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma:</b> (1) Tirar sempre o excesso de gordura visível (2) Comer com a gordura (3) Não come carne vermelha com muita gordura</p>	AL4
<p><b>46. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango?</b> (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p> <p>Se <b>nunca</b>, pule para questão <b>47</b></p>	AL5

<b>46.1. Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma:</b> (1) Tirar sempre a pele (2) Comer com a pele (3) Não come pedaços de frango	AL6
<b>47. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja)</b> (1) Quase nunca            (2) Nunca            (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias            (5) 5 a 6 dias            (6) Todos dias  <b>Se nunca, pule para questão 48</b>	AL7
<b>47.1. Quando o(a) Sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?</b> (1) Integral            (2) Desnatado ou semi-desnatado (3) Os dois tipos            (99) Não sabe	AL8
<b>BLOCO 3 – VARIÁVEIS DE CAPACIDADE FUNCIONAL</b>	
<b>48. Respondente:</b> (1) Própria pessoa            (2) Cuidador	RES
AGORA VAMOS VALAR DA SUA CAPACIDADE FUNCIONAL, CAPACIDADE MOTORA, COGNIÇÃO E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	
<b>49. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:</b>	<b>Nível:</b>
<b>49.1. Alimentar-se?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim	Se <b>SIM</b> : (2) Com dificuldade
<b>49.2. Tomar banho?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim	(3) Sozinho, mas precisa de estímulo/supervisão
<b>49.3. Vestir-se?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim	(4) Precisa de ajuda parcial
<b>49.4. Cuidar da aparência (escovar dentes, pentear-se, fazer barba, cortar unhas ou se maquiar)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim	(5) Não consegue, precisa de outra pessoa
<b>49.5. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim	(2) Incontinência ocasional ou gotejamento
<b>49.6. Para urinar (micção)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim	(3) Incontinência frequente
<b>49.7. Para fazer cocô (defecação)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim	(4) Incontinência total

<p><b>50.</b> O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para <b>levantar-se, sentar-se e deitar-se, da cama para uma poltrona ou para uma cadeira de rodas e ficar de pé e vice-versa?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p><b>Se SIM: 50.1. Como o(a) Sr (a) realiza a transferência:</b>  (2) Com dificuldade  (3) Sozinho, mas precisa de estímulo ou supervisão  (4) Precisa de ajuda parcial  (5) Não consegue, precisa de outra pessoa</p>	CF10
<p><b>51.</b> O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda <b>para andar pela casa ou chegar ao elevador</b> (no caso de morar em apartamento)?  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p><b>Se SIM, 51.1. Como o(a) Sr (a) anda pela casa:</b>  (2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador)  (3) Sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione  (4) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar  (5) Não anda</p>	CF11
<p><b>51.2. O senhor utiliza algum dispositivo para auxiliá-lo a caminhar?</b>  (1) Bengala simples (2) Trípode (3) Quadrípode (4) Andador</p>	CF111
<p><b>52.</b> O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para <b>caminhar fora de casa?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p><b>Se SIM, 52.1. Como o(a) Sr (a) caminha fora de sua casa:</b>  (2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador)  (3) Utiliza uma Cadeira de Rodas (CR) ou caminha sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione ou apresenta marcha instável  (4) Utiliza CR com dificuldade  (5) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar ou utilizar uma CR  (6) Não pode se locomover na área externa (deve ser transportado em maca)</p>	CF12
<p><b>53. Em relação ao uso de prótese e órtese, o(a) Sr(a) usa?</b>  (1) Não utiliza (pule para a questão seguinte)  (2) Instala sozinho  (3) Instala com dificuldade  (4) Precisa que alguém verifique a instalação ou precisa de alguma ajuda para isso  (5) A prótese ou órtese deve ser instalada por outra pessoa</p>	CF13
<p><b>54. Em relação a Cadeira de Rodas, o(a) Sr (a) precisa utilizar?</b>  (1) Não utiliza (pule para a questão seguinte)  (2) Desloca-se sozinho em CR  (3) Desloca-se com dificuldade em CR  (4) Precisa que alguém empurre a CR  (5) Não pode utilizar uma CR (deve ser transportado em maca)</p>	CF14
<p><b>Se utiliza, 54.1. Qual o tipo de cadeira de rodas?</b>  (1) Cadeira de rodas simples (2) Cadeira de rodas motorizadas</p>	CF141

<p><b>54.2. O local onde o(a) Sr(a) mora permite a circulação em CR?</b> (1) Sim (2) Não</p>	CF142
<p><b>55. Em relação à utilizar escadas em algum lugar, o(a) Sr (a) apresenta alguma dificuldade para subir e descer?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p><b>Se SIM 55.1. Para utilizar escadas, o(a) Sr(a) sobe e desce:</b></p> <p>(2) Com dificuldade (3) Sobe e desce de maneira não segura, precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione (4) Sobe e desce escadas com ajuda de outra pessoa (5) Não utiliza escadas</p>	CF15
<p><b>56. O(a) Sr(a) precisa utilizar escadas no domicílio?</b> (1) Sim (2) Não</p>	CF16
<p><b>57. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ler/enxergar?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p><b>Se SIM, 57.1. Para ler/enxergar, o(a) Sr(a):</b></p> <p>(2) Tem distúrbios visuais, mas enxerga suficientemente para realizar Atividades de Vida Diária (AVDs) (3) Só enxerga o contorno dos objetos e precisa ser guiado nas AVDs (4) Não enxerga/Cego</p>	CF20
<p><b>57.1.1. Para exercer suas atividades diárias, o(a) Sr(a) utiliza:</b> (1) Lentes corretivas/óculos (2) Lupa (3) Não utiliza</p>	CF201
<p><b>58. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ouvir?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p><b>Se SIM, 58.1. Para ouvir, o(a) Sr(a):</b></p> <p>(2) Só ouve quando falam alto ou precisa que alguém instale seu aparelho auditivo (3) Só escuta gritos ou algumas palavras ou lê os lábios ou compreende gestos (4) Surdez total e incapacidade de compreender o que alguém quer lhe comunicar</p>	CF21
<p><b>58.1.1. Utiliza aparelho auditivo?</b> (1) Sim (2) Não</p>	CF212
<p><b>59. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para falar ou comunicar-se normalmente?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p><b>Se SIM, 59.1. Para falar normalmente, o(a) Sr(a):</b></p> <p>(2) Tem certa dificuldade, mas consegue expressar seu pensamento (3) Tem uma dificuldade grave, mas pode comunicar certas necessidades básicas ou responde a questões simples (sim, não) ou utiliza linguagem de gestos (4) Não comunica</p>	CF22
<p><b>59.2. O(a) Sr(a) utiliza algum dispositivo para ajudar em sua comunicação?</b> (1) Quadro de comunicação (2) Computador (3) Não utiliza</p>	CF221

<p><b>60. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para lembrar-se de fatos (de maneira que comprometa a realização de suas atividades)?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p><b>Se SIM, 60.1. Com relação a sua memória, o(a) Sr(a):</b>  (2) Esquece fatos recentes, mas se lembra dos fatos importantes  (3) Esquece habitualmente as coisas da vida cotidiana corrente  (4) Amnésia quase total</p>	CF30
<p><b>61. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para localizar-se no tempo, espaço e pessoas?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p><b>Se SIM, 61.1. O(a) Sr (a) sente-se que está:</b>  (2) Algumas vezes desorientado  (3) Encontra-se orientado somente em relação a um curto espaço de tempo (período do dia), local (ambiente em que vive habitualmente) e pessoas familiares  (4) Desorientação completa</p>	CF31
<p><b>62. O Sr(a) tem alguma dificuldade para compreender bem o que alguém lhe explica ou pede?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p><b>Se SIM, 62.1. O(a) Sr (a):</b>  (2) É lento para compreender explicações ou pedidos  (3) Parcialmente, mesmo após explicações repetidas ou é incapaz de aprender coisas novas  (4) Não compreende o que se passa ao seu redor</p>	CF32
<p><b>63. O Sr (a) consegue avaliar as situações e tomar decisões sensatas?</b>  (1) Sim (pule para a questão seguinte) ( ) Não</p> <p><b>Se NÃO, 63.1. O(a) Sr (a):</b>  (2) Avalia as situações, mas precisa de conselhos para tomar decisões sensatas  (3) Avalia mal as situações e toma decisões sensatas apenas se alguém lhe sugerir fortemente uma opinião  (4) Não avalia as situações e é preciso que alguém tome-as em seu lugar</p>	CF33
<p><b>64. Em relação ao comportamento, o(a) Sr(a) apresenta:</b>  (1) Comportamento apropriado  (2) Distúrbios, como por exemplo: choro, teimosia e apatia, que precisam de supervisão ocasional ou chamar a atenção ou estímulo  (3) Distúrbio que precisam supervisão mais intensiva (agressividade contra si ou aos outros, incomoda os outros, perambulação, gritos constantes)  (4) Perigoso, precisa de contenções ou tenta machucar/ferir os outros, ferir-se ou tentar fugir</p>	CF34
<p><b>65. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para:</b></p>	<p>Nível:</p>

<b>65.1. Cuidar da casa?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim	<b>Se SIM:</b> (2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa supervisão ou estímulo para manter um nível adequado de limpeza (4) Precisa de ajuda, principalmente para as atividades mais complexas (5) Não faz		CF40
<b>65.2. Lavar roupa?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim			CF41
<b>65.3. Preparar as refeições?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim			CF42
<b>65.4. Fazer compras?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim			CF43
<b>66. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar o telefone (incluindo a pesquisa de um número no catálogo)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim  <b>Se SIM, 66.1. Com relação à utilizar o telefone, o(a) Sr(a):</b> (2) Utiliza com dificuldade (3) Atende, mas só disca alguns números que sabe de cor ou números em caso de urgência (4) Comunica-se ao telefone, mas não disca e nem atende (5) Não utiliza o telefone			CF44
<b>67. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar meio de transporte (automóvel, veículo adaptado, táxi, ônibus)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim  <b>Se SIM, 67.1. Com relação à utilizar meios de transporte, o(a) Sr (a):</b> (2) Utiliza com dificuldade (3) Deve ser acompanhado ou utiliza sozinho um veículo adaptado (4) Utiliza apenas automóvel ou veículo adaptado mediante acompanhamento e ajuda para entrar e sair (5) Deve ser transportado em maca			CF45
<b>68. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para lidar com dinheiro (incluindo movimentação bancária)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim  <b>Se SIM, 68.1. Em relação à lidar com dinheiro, o(a) Sr(a):</b> (2) Administra com dificuldade (3) Precisa de ajuda para efetuar certas transações complexas (4) Precisa de ajuda para efetuar transações simples (descontar um cheque, pagar contas), mas utiliza corretamente o dinheiro que lhe é passado (5) Não administra o próprio dinheiro			CF46
<b>BLOCO 4 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b>			
<b>69. O(a) senhor(a) possui plano de saúde?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra			PS1

Se <b>SIM, 69.1: Qual a modalidade da cobertura?</b> (1) parcial (co-participativo) (2) integral (99) Não sabe/lembra	PS2
<b>70. Você utiliza o serviço do posto (unidade básica) de saúde?</b> (1) Sim (2) Não  Se <b>NÃO</b> , pule para a questão 75	SUS
<b>71. O(a) senhor(a) recebe visitas das equipes de saúde da família (do posto de saúde) (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem)?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	PSF1
<b>72. O(a) senhor(a) recebe visitas do agente comunitário de saúde (ACS)?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ACS
Se <b>SIM, 72.1: Com que frequência?</b> [       ] visitas/mês	ACS1
<b>73. Como o(a) Sr(a) avalia o atendimento da equipe de saúde da família?</b> (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	PSF2
<b>74. Realizou consultas médicas nos últimos 12 meses?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	MED1
Se <b>SIM, 74.1: O senhor(a) recorda aproximadamente quantas consultas?</b> [       ]	MED2
<b>74.2: Quantas dessas foram nos últimos dois meses?</b> [       ]	MED3
<b>74.3: Como o(a) Sr(a) avalia a sua relação com seu principal médico?</b> (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	MED4
<b>75. Realizou alguma cirurgia nos últimos 12 meses?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	CIR
<b>76. Você esteve internado (unidade hospitalar por mais de 1 dia) nos últimos 12 meses?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	INT1
Se <b>SIM: 76.1. O(a) senhor(a) recorda por qual motivo?</b> _____ (99) Não sabe/lembra	INT2
<b>NESTE MOMENTO VAMOS TRATAR DA SAÚDE DE SEUS DENTES E SUA BOCA</b>	
<b>77. Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra  Se <b>NÃO</b> pule para a questão 82	DNT1
<b>78. Quando o Sr(a) consultou o dentista pela última vez?</b> (1) Menos de um ano (2) Um a dois anos (3) Três anos ou mais (99) Não sabe/lembra	DNT2
<b>79. Onde foi a sua última consulta ao dentista?</b> (1) Serviço público (2) Serviço particular (3) Plano de Saúde ou Convênios (4) Outros (99) Não sabe/lembra	DNT3
<b>80. Qual o motivo da sua última consulta ao dentista:</b> (1) Revisão, prevenção ou check-up (2) Dor (3) Extração (4) Tratamento (5) Outros (99) Não sabe/lembra	DNT4

<b>81. O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta:</b> (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	DNT5
<b>BLOCO 5 – CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>	
<b>82. Você já perdeu algum dente?</b> (1) Sim (2) Não  Se <b>NÃO</b> pule para a questão <b>84</b>	SB1
Se <b>SIM</b> : <b>82.1. O(a) senhor(a) consegue recordar aproximadamente quantos?</b> (arcada superior 16 e inferior 16 dentes) [       ]	SB2
<b>83. Possui alguma prótese dentária?</b> (pivô, coroa, ponte móvel ou fixa, ou dentadura superior e/ou inferior) (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB3
Se <b>SIM</b> : <b>83.1. A(s) prótese(s) fica(m) na parte:</b> (1) Superior da boca (2) Inferior da boca (3) Ambas	SB4
<b>84. O(a) sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?</b> (1) Sim (2) Não	SB5
<b>85. Nos últimos 6 meses o(a) sr(a) teve dor de dente?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB6
<b>86. Você tem observado sangramento na gengiva:</b> (1) Não (2) Sim, na última semana (3) Sim, há 15 dias (4) Sim, há mais de 1 mês	SB7
<b>87. Sente algum (s) dente(s) amolecido(s)?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra/aplica	SB8
Se <b>SIM</b> : <b>87.1. Quantos dentes estão amolecidos?</b> [       ]	SB9
<b>88. Com relação aos seus dentes/boca o(a) sr(a) está:</b> (1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem um nem outro (99) Não sabe/lembra	SB10
<b>89. No último mês você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</b> (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB11
Se <b>NÃO</b> pule para a questão <b>92</b>	
<b>90. No último mês sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</b> (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB12
<b>91. No último mês você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</b> (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB13
<b>92. Você já se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</b> (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB14
<b>AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE EM GERAL</b>	
<b>93. Como você classifica seu estado de saúde:</b> (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	EST1

<b>94. Comparado a um ano atrás, como você classificaria seu estado de saúde:</b> (1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior					EST2
<b>95. Comparado com pessoas da mesma idade que a sua, como você classificaria seu estado de saúde:</b> (1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior					EST3
AS SEGUINTE PERGUNTAS SÃO RELATIVAS AOS HÁBITOS DE <b>SONO DURANTE O ÚLTIMO MÊS</b> . SUAS RESPOSTAS DEVEM INDICAR A LEMBRANÇA MAIS EXATA DA MAIORIA DOS DIAS E NOITES DO ÚLTIMO MÊS.					
<b>96. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?</b> Hora usual de deitar [ ]					SON1
<b>97. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?</b> Número de minutos [ ]					SON2
<b>98. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?</b> Hora usual de levantar [ ]					SON3
<b>99. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite?</b> Horas de sono por noite [ ]					SON4
<b>100. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?</b> (1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito ruim					SON6
<b>101. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar a dormir?</b> (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana					SON7
<b>102. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você:</b>	Nenhuma no último mês (0)	Menos de 1 vez/semana (1)	1 ou 2 vezes/sem. (2)	3 ou + vezes/sem. (3)	
<b>102.1.</b> Não consegui adormecer em até 30 minutos					SON5a
<b>102.2.</b> Acordou no meio da noite ou de manhã					SON5b
<b>102.3.</b> Precisou levantar para ir ao banheiro					SON5c
<b>102.4.</b> Não consegui respirar confortavelmente					SON5d
<b>102.5.</b> Tossiu ou roncou forte					SON5e
<b>102.6.</b> Sentiu frio					SON5f
<b>102.7.</b> Sentiu calor					SON5g
<b>102.8.</b> Teve sonhos ruins					SON5h

<b>102.9.</b> Teve dor					SON5i
<b>102.10.</b> Outra (s) razão(s)	Qual?				SON5ib
Com que frequência, durante o último mês você teve dificuldade para dormir devido a essa razão					SON5j
<b>103. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, estudo)?</b> (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana					SON8
<b>104. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?</b> (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana					SON9
<b>105. Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, nas seguintes situações (caso não tenha passado por alguma situação, tente imaginar como elas o afetariam):</b> 0 = nunca cochilaria: 1= pequena probabilidade de cochilar 2 = probabilidade média de cochilar 3 = grande probabilidade de cochilar					SON10
<b>SITUAÇÕES (CIRCULE A PONTUAÇÃO RESPONDIDA)</b>					
<b>105.1</b> Sentado e lendo	0	1	2	3	SON10A
<b>105.2</b> Assistindo TV	0	1	2	3	SON10B
<b>105.3</b> Sentado, quieto, em lugar público (por exemplo, em um teatro, reunião ou palestra)	0	1	2	3	SON10C
<b>105.4</b> Andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro	0	1	2	3	SON10D
<b>105.5</b> Sentado quieto após o almoço sem bebida de álcool	0	1	2	3	SON10E
<b>TOTAL</b>					SON10
<b>106. Já lhe disseram que o(a) senhor(a) ronca todas ou quase todas as noites?</b> (1) Sim (2) Não					SON11
Se <b>SIM</b> , Isso ocorre há pelo menos 12 meses? (1) Sim (2) Não					SON11a
<b>107. Já lhe disseram que quando o(a) senhor(a) dorme deixa de respirar por alguns momentos?</b> (1) Sim (2) Não					SON12
<b>108. O Sr(a) sabe qual o seu peso?</b> [            ] kg					PESR
<b>109. O Sr (a) sabe qual sua altura?</b> [        ,        ] m					ALTR
<b>110. CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO ESQUERDO:</b> [            ] cm					CBE

111. AFERIR A PRIMEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____		PA1
VOU PERGUNTAR AGORA SE O(A) SENHOR(A) JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS. ATENÇÃO, POIS <b>SÓ DEVE RELATAR AQUILO QUE UM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ LHE INFORMOU QUE POSSUI.</b>		
112. Quais das doenças abaixo você já foi informado por um médico ou outro profissional da saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, outros.) que tem ou teve:		
	<b>Sim/Não</b>	HA
112.1 Hipertensão Arterial/Pressão Alta?		
112.2 Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?		DM
112.3 Colesterol elevado?		CT
112.4 Angina?		AG
112.5 Insuficiência Cardíaca Congestiva?		ICC
112.6 Infarto Agudo do Miocárdio?		IAM1
112.6.1 Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de IAM antes dos 60 anos?		IAM2
112.7 Doença Cerebrovascular/Derrame?		DCV1
Se <b>SIM</b> , há quanto tempo aconteceu? [        ] anos		DCV2
112.7.1 Ele já se repetiu alguma vez? (1) Sim (2) Não		DCV3
112.7.2 Seus pais ou irmãos tiveram antes dos 60 anos?		DCV4
112.8 Insuficiência Renal Crônica?		IRC
112.9 Doença pulmonar?		DP
112.10 Fratura de quadril?		FQ
112.11 Artrite / Artrose / Reumatismo?		ART
112.12 Problema na coluna?		COL
112.13 Algum tipo de Neoplasia / Câncer?		CAN
112.14 Depressão?		DEP
112.15 Outras? Qual(is):		DOT
<b>SOMENTE MULHERES:</b>		
112.20 Tem ovário micropolicístico?		OMP
112.21 Já está na menopausa? (1) Sim (2) Não		MP
Se <b>Não</b> , pule para a questão 113		
112.22 Esta gestante no momento?		GRAV

112.23 Esta amamentando no momento?	LAC
113. Você já perdeu seu pai, sua mãe ou algum irmão por morte súbita antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não	MSUB
Se <b>AFIRMOU</b> alguma doença: 114. Você utiliza algum remédio para controlar suas doenças? (1) Sim (2) Não  Se <b>NÃO</b> pule para a questão 117	TRAT1
NESTE MOMENTO FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS. MINHA INTENÇÃO NÃO É AVALIAR VOCÊ. ASSIM, POR FAVOR, RESPONDA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS DE MANEIRA SINCERA, SEM SE PREOCUPAR COM O RESULTADO.	
115. Muitas pessoas têm algum tipo de problema ao tomar seus remédios. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) teve algum problema em tomá-los? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ADS1
116. Nesses últimos 15 dias o(a) Sr(a) deixou de usar algum remédio que deveria estar usando? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ADS2
117. Você sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	QUE1
Se <b>SIM</b> : 117.1. O(a) senhor(a) recorda quantas vezes? [     ]	QUE2
117.2. Onde?	QUE3
<b>BLOCO 6 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</b>	
118. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) utilizou qualquer tipo de medicamento (ex.: de uso contínuo, para dores, para o estômago ou outros)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra  Se <b>NÃO</b> pule para a questão 131 (pg. 20)	TRAT2
119. Com relação ao uso de medicamentos, o(a) Sr (a): (1) Toma sozinho ( <i>pule para a próxima questão</i> ) (2) Toma com dificuldade (3) Precisa de supervisão (incluindo supervisão à distância) para assegurar que lhe tome adequadamente seus medicamentos ou os medicamentos são organizados em uma caixa semanalmente (preparada por outra pessoa) (4) Toma seus medicamentos se eles são preparados diariamente (5) Alguém deve lhe trazer os medicamentos na hora certa	CF47

<p><b>120. Nesses últimos 15 dias, você teve algum problema ou desconforto que acha que foi causado pelos remédios que toma?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	RAM
<p><b>121. Os horários, efeitos colaterais ou a forma de tomar seus remédios interfere de alguma forma em sua rotina (trabalho ou atividades diárias)?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	ROT
<p><b>122. Quando um medicamento é receitado, o médico ou o dentista lhe orienta quanto a sua utilização?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	OR1
<p><b>123. Mais algum profissional da saúde (farmacêutico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde) conversa com o(a) Sr(a) a respeito da forma de utilizar seus remédios?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	OR2
<p>VOLTAREI A FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS. <b>ELAS SE REFEREM APENAS AOS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO (SEM DATA PARA O TÉRMINO DO TRATAMENTO).</b> POR FAVOR, RESPONDA AS PERGUNTAS SEM FICAR PREOCUPADO COM O RESULTADO.</p>	
<p><b>124. Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação?</b> (1) Sim (2) Não</p>	ADS3
<p><b>125. Você às vezes se descuida de tomar seus medicamentos?</b> (1) Sim (2) Não</p>	ADS4
<p><b>126. Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seus medicamentos?</b> (1) Sim (2) Não</p>	ADS5
<p><b>127. Às vezes, se você se sente pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?</b> (1) Sim (2) Não</p>	ADS6
<p><b>128. Número de respostas “NÃO” das perguntas 124 a 127: [       ]</b></p>	ADS7
<p><b>129. Nos últimos quinze dias, você deixou de tomar os medicamentos por terem faltado?</b> (1) Sim (2) Não</p>	ACE1
<p><b>Se SIM: 129.1. Qual foi a razão pela qual os medicamentos faltaram?</b> (1) Não conseguiu obtê-los nos serviços de saúde onde são fornecidos (2) O serviço onde os obtenho é longe e/ou não funciona no horário em que posso ir buscar. (3) Não teve dinheiro para adquiri-los. (4) Outra</p>	ACE2
<p>AGORA PRECISAREI RELATAR OS REMÉDIOS UTILIZADOS PELO(A) SENHOR(A). POR FAVOR, <b>TRAGA TODOS OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SENHOR(A) UTILIZA DIARIAMENTE OU QUE UTILIZOU MESMO QUE EVENTUALMENTE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS.</b> (PAUSA).</p>	

**130. O(a) Senhor(a) possui a prescrição destes produtos?**

(1) Sim (2) Não

Se **SIM**: Copie as informações sobre o tratamento **APENAS** da receita  
**MAIS RECENTE**: Nome do medicamento:

Posologia:

Duração do tratamento:

Forma de tomar (ações requeridas):

Data:

Carimbo médico (sim/não):

Outras informações contidas:

 Receita com problemas de legibilidade**RELATE OS MEDICAMENTOS NA FICHA ABAIXO**

BLOCO 7 – MEDIDAS	
131. AFERIR A SEGUNDA MEDIDA DE PA: _____/_____	PA2
132. Peso (kg): _____	PESM
133. Altura (m): _____	ALTM
134. Circunferência da cintura (cm): _____	CCIN
135. Circunferência do quadril (cm): _____	CQUA
136. CASO A PRIMEIRA E SEGUNDA MEDIDAS DE PA FOREM DIVERGENTES, AFERIR A TERCEIRA MEDIDA DE PA: _____/_____	PA3
DATA DA COLETA DE EXAMES:	____/____/____ horas:_____

**NOME:****CÓDIGO:**

Por favor, preciso que me ajude relatando os medicamentos o(a) senhor(a) utiliza. Pegue cada remédio (blíster, frasco, bula ou caixa) que o(a)senhor(a) **UTILIZOU nos últimos 15 dias** e me ajude a responder um a um. Podemos começar?

	Nome Comercial	Princípio Ativo	Conc.	Forma de dosag	Indicação	Posologia			Local de Aquisição	Modo de								
						Comp. por dia	Veze por dia	S/N		Partir ou triturar	Dissolver	Múltiplas unidades	Dose variável	Horário exclusivo	Relação c/ alimento	Líquido específico	Reduzir/ aumentar a dose	Doses alternadas
M1																		
M2																		
M3																		
M4																		
M5																		
M6																		
M7																		
M8																		



\* Indicação: 1- Médico ou dentista; 2- Farmacêutico ou balconista; 3- Amigos, parentes e/ou vizinhos; 4- Automedicação (conta própria); 5- Não lembra; 6- Outro

\*\* Local de Aquisição: 1- Serviços públicos de saúde (Unidades/Postos; Policlínicas; Farmácias Públicas, etc.); 2- Farmácias ou drogarias do programa farmácia popular  
3- Farmácias ou drogarias por pagamento direto do usuário; 4- Farmácias ou drogarias vinculadas ao sistema suplementar de saúde (planos, cooperativas, etc...)



## ANEXO E

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina  
VIGICARDIO

 <p>Universidade Estadual de Londrina CONSELHO DE ÉTICA EM PESQUISA</p>	
<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS</b> Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná Registro CONEP 268	
Parecer de Aprovação Nº 236/10 CAAE Nº 0192.0.268.000-10 FOLHA DE ROSTO Nº 368859	Londrina, 19 de outubro de 2010.
<b>PESQUISADOR: REGINA KAZUE TANNO DE SOUZA</b> <b>CCS/DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA</b>	
Prezada Senhora:  O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:  <p style="text-align: center;"><b>"DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES."</b></p>	
Situação do Projeto. <b>APROVADO</b>	
Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
Atenciosamente,   <b>Prof.ª. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel</b> Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL	
<small>           Campus Universitário: Rua João Gualberto, 443 - Caixa Postal 540 - Fone (043) 371-4000 FAX - Fx 320-4443 - Caixa Postal 5381 - CEP 86031-900 - Internet: <a href="http://www.uel.br">http://www.uel.br</a>            Hospital Universitário: Centro de Ciências da Saúde: Av. Robert Koch, 66 - Vila Operária - Fone (043) 361-2000 FAX - Fx 337-6641 - Caixa Postal 711 - CEP 86028-440            LONDRINA - PARANÁ - BRASIL         </small>	

## ANEXO F

## Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA



## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Universidade Estadual de Londrina

Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	169/2012
CAAE:	07831212.9.0000.5231
Processo:	25026/2012
Pesquisador(a):	Bárbara Radigonda
Unidade/Órgão:	CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

**"Avaliação do Programa de Atenção às Pessoas com Hipertensão e ou Diabetes no Município de Cambé – PR."**

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

Londrina, 24 de setembro de 2012.

**Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos  
Universidade Estadual de Londrina

