

**LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ALESSANDRA CRISTIANE SILVA VELOSO
ARIANE CHRISTINE SANTANA SILVA
CRISALIDES MARIA DE BRITO
TANIA BRASIL CORRÊA CARDOSO**

**O PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SOB A VISÃO
DOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PEDRINHAS**

São Luis
2007

ALESSANDRA CRISTIANE SILVA VELOSO
ARIANE CHRISTINE SANTANA SILVA
CRISALIDES MARIA DE BRITO
TANIA BRASIL CORRÊA CARDOSO

**O PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SOB A VISÃO
DOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PEDRINHAS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro Excelência em Pós Graduação/ Universidade Estácio de Sá , como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Mônica Elionor Alves Gama

São Luis
2007

SILVA VELOSO , Alessandra Cristiane et al

O programa de controle da hipertensão arterial sob a visão dos usuários da unidade básica de saúde da família de Pedrinhas-MA/ Alessandra Cristiane Silva Veloso; Ariane Christine Santana Silva; Crisalides Maria de Brito; Tania Brasil Corrêa Cardoso
– São Luis, 2007.

p. 41

Monografia (Especialização em saúde da família) –LABORO Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, 2007.

1. Hipertensão Arterial. I. Título

CDU 616.12-008.331.1

ALESSANDRA CRISTIANE SILVA VELOSO

ARIANE CHRISTINE SANTANA SILVA

CRISALIDES MARIA DE BRITO

TANIA BRASIL CORRÊA CARDOSO

**O PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SOB A VISÃO
DOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PEDRINHAS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro Excelência em Pós Graduação/ Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profª Mônica Elionor Alves Gama
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo -USP

Profª Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestra em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo - USP

AGRADECIMENTOS

À Deus, que está sempre presente em nossas vidas, nos dando capacidade para concretizar mais esta vitória em nossa carreira profissional.

Aos nossos pais, irmãos, esposos, namorados, e filhos, que durante a trajetória deste curso, foram amigos, compreensivos e participativos, nos ajudando e incentivando na conquista de mais um objetivo.

A prof^a Dr^a Mônica Elionor Alves Gama, por sua orientação, atenção e compromisso, muito importantes no desenvolvimento deste trabalho científico.

*O que sabemos é uma gota.
O que ignoramos é um oceano.*

Issak Newton

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo a faixa-etária	22
Gráfico 2 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo o sexo.....	22
Gráfico 3 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo a escolaridade	23
Gráfico 4 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo a profissão	23
Gráfico 5 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo a forma de descoberta da doença.....	24
Gráfico 6 : Distribuição dos 54 hipertensos quanto a verificação da pressão arterial no primeiro contato com a equipe saúde da família	25
Gráfico 7 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo a frequência de visita domiciliar da equipe saúde da família	25
Gráfico 8 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo a frequência de consultas com a equipe saúde da família	26
Gráfico 9 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo o recebimento da medicação na unidade de saúde da família da área.....	26
Gráfico 10 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo a frequência com que recebem os medicamentos na unidade de saúde	27
Gráfico 11 : Distribuição dos 54 hipertensos quanto aos tipos de exames realizados nos últimos 6 meses	28
Gráfico 12 : Distribuição dos 54 hipertensos quanto a ocorrência de crise hipertensiva	29
Gráfico 13 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo o local de atendimento de urgência no episódio de crise hipertensiva.....	29
Gráfico 14 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo o acesso a orientações realizadas pela equipe saúde da família quanto ao controle de pressão arterial e/ ou prevenção de suas complicações	30
Gráfico 15 : Distribuição dos 54 hipertensos quanto a eficácia das atividades realizadas pela equipe saúde da família no controle da pressão arterial	31

SUMÁRIO

	LISTA DE GRÁFICOS.....	8
1	INTRODUÇÃO.....	9
2	JUSTIFICATIVA	11
3	OBJETIVOS	12
3.1	Geral.....	12
3.2	Específicos	13
4	REFERENCIAL TEÓRICO	13
5	METODOLOGIA.....	20
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	22
7	CONCLUSÃO.....	32
	REFERÊNCIAS	34
	APÊNDICES	36
	ANEXO	40

1 INTRODUÇÃO

Os indicadores de saúde do nosso país demonstram que a população brasileira, por muito tempo, esteve desprovida de uma assistência integral e efetiva, capaz de garantir seu completo bem-estar.

Conforme Sampaio (2005), observa-se que as políticas de saúde estiveram muito voltadas para a atenção secundária, período no qual a doença já está instalada no indivíduo, o que acarreta um aumento nos custos, em função de elevar o número de hospitalizações, de atendimentos nos serviços de emergência etc.

Segundo Brasil (2002), a decisão de reorganizar o sistema de saúde do município, nasceu de uma decisão política firme, voltada para o bem da comunidade. Por razões históricas, que entram pelo território da economia e passam pelas práticas políticas e costumes culturais, o modelo de saúde predominante no Brasil criou grande distância entre as equipes de saúde e a população. Por esse modelo, a especialização teve destaque absoluto, praticamente apagando a visão integral das pessoas e a preocupação em trabalhar com a prevenção das doenças, a promoção de hábitos saudáveis.

De acordo com Neto (2000), no Brasil o Programa Saúde da Família teve sua experiência como modelo de atenção básica, direcionando para a Saúde da Família, em junho de 1991, quando foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. O Ministério da Saúde, na tentativa de agilizar a reforma do sistema de saúde, no final de 1993, elegeu o núcleo familiar como foco de suas ações. Logo, em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes do Programa Saúde da Família, onde ocorreram uma incorporação e ampliação da atuação dos agentes comunitários de saúde.

Segundo Senna (2002), em 1995 o Programa Saúde da Família foi implantado pelo Ministério da Saúde, em âmbito nacional, como estratégia para a reorientação e reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil. Machado (2000) afirma ainda, que em

linhas gerais, o programa está pautado na reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica.

Com este programa, o governo pretende alcançar a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde, sob forma de trabalho em equipe, visando principalmente a redução da procura direta dos atendimentos de urgência e hospitalares, através da solução dos problemas mais comuns e mais frequentes na saúde da população, funcionando como porta de entrada do sistema municipal de saúde e continuadora do serviço, garantindo o segmento do usuário no sistema, através da referência a outros níveis de atenção quando necessário (SAMPAIO, 2005).

Conforme Brasil (2002), o Programa Saúde da Família surge então, priorizando a atenção básica à saúde e como forma de reorganizar o sistema de saúde, para que passe a existir, entre a comunidade e os profissionais da saúde, uma nova relação de confiança, atenção e respeito.

O Programa é estruturado com base nos princípios do SUS e baseado em estratégias de atendimento. Segundo Brasil (2002), a organização da atenção básica, propiciada pelo Programa Saúde da Família, trata as pessoas, controla as doenças crônicas (como hipertensão, diabetes), diminui a solicitação de exames desnecessários, racionaliza os encaminhamentos para os serviços de maior complexidade, reduz a procura direta aos atendimentos de urgência e hospitalares.

De acordo com Brasil (2001), em 26 de janeiro de 2001, é editada por Portaria do Ministério da Saúde a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Segundo estas normas, foram atribuídas algumas responsabilidades da atenção básica às equipes de saúde da família, priorizando as seguintes áreas: saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão, controle da “diabetes melittus”, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde bucal.

Dentre as prioridades do Programa Saúde da Família, decidimos voltar nosso estudo para a área da hipertensão, verificando se as atividades realizadas no Programa de Controle da Hipertensão Arterial estão correspondendo ao preconizado pelo Ministério da Saúde, promovendo medidas que visem identificar precocemente a doença, prevenindo agravos, orientando o cliente sobre hábitos de vida, proporcionando um tratamento adequado e contínuo, realizando um acompanhamento deste doente e tornando esta população mais saudável e com melhores perspectivas de vida.

2 JUSTIFICATIVA

Dentre as sete áreas prioritárias da atenção básica à saúde, às quais as equipes de saúde da família estabelecem responsabilidades e se propõem a desenvolver atividades contínuas, destacamos para eixo central de nosso estudo o Controle da Hipertensão Arterial.

A escolha se fez pelo fato de ser uma área de nosso interesse e preocupação, já que as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade. Quando diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes. Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os conseqüentes gastos, principalmente quando considera-se o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna (BRASIL, 2002).

É urgente a implementação de ações básicas de diagnóstico e controle destas condições através de seus clássicos fatores de risco, nos diferentes níveis de atendimento da rede do Sistema Único de Saúde - SUS, especialmente no nível primário de atenção (BRASIL, 2001)

Então, diante de tudo que foi exposto, desperta-nos o interesse de observar se as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica, preconizadas no Programa de Controle da Hipertensão Arterial estão sendo aplicadas de forma articulada e contínua, alcançando sua população alvo com efeitos satisfatórios.

Através desta análise, teremos condições de classificar o atendimento prestado pelo Programa Saúde da Família à população hipertensa de Pedrinhas - Ma, observando se as equipes desempenham ações articuladas de promoção, prevenção, tratamento e controle da doença, de forma que respondam a todas as necessidades desta comunidade.

Assim, poderemos observar o desenvolvimento do Programa de Controle da Hipertensão, verificar a amplitude de suas ações e se estas estão proporcionando resolutividade aos problemas dos hipertensos, destacar pontos positivos da estruturação dos serviços e do padrão da assistência oferecida, identificar áreas em que o atendimento é deficitário, para que desta forma, possamos contribuir para com o serviço, tentando reduzir as falhas e buscando garantir aos hipertensos da comunidade de Pedrinhas - MA, ações de atenção básica eficientes, investindo na prevenção, evitando complicações e danos à saúde do cidadão, proporcionando então, a qualidade de vida do paciente, sua família e a sociedade.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Estudar a execução das atividades preconizadas no Programa de Controle da Hipertensão Arterial (ações prioritárias da atenção básica à saúde-NOAS 2001) a partir da

informação dos hipertensos cadastrados no Programa Saúde da Família da comunidade de Pedrinhas.

3.2 Específicos

- Identificar as características demográficas e sócio-econômicas da população estudada;
- Verificar a execução de atividades voltadas ao diagnóstico clínico da hipertensão arterial;
- Verificar o acesso da população de Pedrinhas ao tratamento adequado e a existência da continuidade deste serviço;
- Verificar o desenvolvimento de ações relacionadas ao diagnóstico precoce das complicações da hipertensão arterial;
- Avaliar as ações relativas ao primeiro atendimento de urgência;
- Detectar a realização de ações destinadas à prevenção individual e coletiva
- Verificar a opinião dos hipertensos quanto à eficácia das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde da família no controle da pressão arterial;

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Conceito

A hipertensão arterial se caracteriza por ser uma entidade clínica multifatorial, ou seja, “envolve alterações metabólicas e hormonais associadas a níveis tensionais iguais ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para a pressão diastólica” (GUYTON, 1997).

A hipertensão pode ser arbitrariamente definida como a presença de um nível persistente de pressão arterial em que a pressão sistólica se encontra acima de 140mmHg e a pressão diastólica acima de 90 mmHg (SMELTZER, 2000).

O sangue exerce pressão em todo o sistema vascular, mas ela é maior nas artérias, onde é mensurada e utilizada como indicadora de saúde. A pressão arterial é a força exercida

pelo sangue contra as paredes arteriais, determinadas pela quantidade de sangue bombeada e pela resistência ao fluxo sanguíneo (POWERS, 2000).

O diagnóstico da hipertensão é simples e pode ser obtido por meio da medição da pressão arterial, feita em diferentes horas do dia e durante diferentes atividades. A constatação de três medidas acima do resultado considerado normal, já é indicativa de que a doença precisa ser investigada (CASSI, 2003).

É importante que a pressão sanguínea seja medida com um esfigmomanômetro bem calibrado e o diagnóstico deve ser feito apenas após três leituras consistentes, salvo se a elevação da pressão arterial esteja acompanhada de sintomas (LIMA, 2004).

4.2 Classificação

A Sociedade Brasileira de Hipertensão considera como pressão arterial ideal, a condição em que o indivíduo apresenta o menor risco cardiovascular, pressão arterial sistólica menor que 120 mmHg e pressão arterial diastólica menor que 80 mmHg. A pressão arterial de um indivíduo adulto que não esteja em uso de medicação anti-hipertensiva e sem comorbidades associadas é considerada normal quando a pressão arterial sistólica é menor que 130 mmHg e a pressão arterial diastólica menor que 85 mmHg (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

Níveis de pressão arterial sistólica entre 130-139 mmHg são considerados limítrofes. Este grupo, que aparece como o mais prevalente, deve ser alvo de atenção básica preventiva. É importante salientar que a tabela usada para classificar o estágio de um indivíduo hipertenso não estratifica o risco do mesmo. Portanto um hipertenso classificado no estágio 1, se também for diabético, pode ser estratificado como grau de risco muito alto (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002).

Para Lima (2004), a hipertensão arterial pode ser classificada como hipertensão essencial ou primária e hipertensão arterial secundária. A hipertensão essencial ou primária ocorre quando não é possível a identificação de uma causa da hipertensão arterial. Sua incidência é em torno de 15% na raça branca e de 30% na raça negra. Manifesta-se geralmente entre os 25 e 55 anos de vida, sendo incomum abaixo dos 20 anos.

Lima (2004) afirma ainda, que no início da doença ocorrem elevações transitórias da pressão arterial que, mais tarde, se tornam permanentes, sendo que os níveis variam amplamente em resposta ao estresse emocional e à atividade física. A melhor maneira de diagnosticá-la é verificar anualmente a pressão arterial, pois se isso não for feito a hipertensão

pode evoluir silenciosamente por 20 a 30 anos e danificar progressivamente órgãos nobres, como o coração, o cérebro, os olhos, os rins e as artérias, limitando a atividade e encurtando a vida do paciente.

As formas secundárias podem apresentar 10% dos casos e, uma vez identificadas podem ser curadas. Cerca de 40% a 45 % são de causa renal, 20% são renovasculares, 15% são decorrentes de feocromocitoma ou hiperaldosteronismo e o restante, de doenças endócrinas ou uso de fármacos (LIMA, 2004).

4.3 Tratamento da hipertensão arterial

4.3.1 Tratamento não farmacológico

O tratamento da hipertensão arterial começa pela adoção de medidas terapêuticas não farmacológicas. Uma modificação no estilo de vida pode ter um grande impacto na morbidade e na mortalidade pela doença. Uma dieta rica em frutas, vegetais e baixo teor de gorduras saturadas, bem como o teor total de gorduras, pode ajudar a diminuir a pressão arterial. A perda de peso, a limitação de consumo de bebidas alcoólicas, um aumento na atividade física, redução do consumo de sal e a parada completa do tabagismo, são importantes para a redução do risco cardiovascular (LIMA, 2004).

4.3.2 Tratamento farmacológico

O tratamento primordial da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso. Barreto (2002) afirma que o tratamento medicamentoso deve visar acima de tudo “reduzir os níveis pressóricos para menos de 140/90 mmHg na maioria dos clientes e abaixo de 130/85 mmHg em hipertensos diabéticos, portadores de insuficiências cardíaca ou renal”.

Estão disponíveis seis classes de anti-hipertensivos: os diuréticos, os inibidores adrenérgicos, os vasodilatadores diretos, os inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), os antagonistas dos canais de cálcio e os antagonistas do receptor da angiotensina II (BRASIL, 2001).

4.4 O Programa de Controle da Hipertensão Arterial

Segundo a Organização Mundial de Saúde, serão as doenças crônicas que ocuparão a liderança das causas de incapacidade nas próximas duas décadas que, conjuntamente com o aumento da população idosa, representarão um contingente

populacional marcado pelo convívio com a cronicidade. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, apud SILVEIRA e WETZEL Junior, 2005)

No universo das doenças crônico-degenerativas, ou seja, aquelas caracterizadas por história natural prolongada, com multiplicidade de fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos e biológicos conhecidos e/ou desconhecidos, longo período de latência e longo curso assintomático, curso clínico em geral prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação, evolução para graus variados de incapacidades ou para morte, a hipertensão arterial se destaca pela magnitude de suas múltiplas expressões (LESSA, 1998).

Sendo uma doença de alta prevalência na população adulta, um importante fator de risco para complicações cardiovasculares e, portanto, um problema de saúde pública, torna-se fundamental a sua identificação precoce e tratamento, no intuito de prevenir essas complicações. Diante disto, o controle da hipertensão arterial foi incluído entre as principais responsabilidades da atenção básica a serem executadas pelas equipes de saúde da família nas áreas prioritárias da atenção básica à saúde - NOAS 2001.

A NOAS-2001 é a norma operacional básica da assistência à saúde, editada por portaria do ministério da Saúde, em 26 de janeiro de 2001. É um instrumento que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS; atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios (BRASIL, 2001).

O Programa de Controle da Hipertensão Arterial é organizado, de forma a orientar os profissionais à desempenhar as seguintes responsabilidades e atividades, conforme descritas no quadro abaixo:

CONTROLE DA HIPERTENSÃO	
Responsabilidades	Atividades
Diagnóstico de caso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico clínico
Cadastramento dos portadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentação e análise dos sistemas de informação
Busca ativa de casos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medição de P. A. de usuários ▪ Visita domiciliar
Tratamento dos casos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhamento ambulatorial e

	<p>domiciliar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fornecimento de medicamentos ▪ Acompanhamento domiciliar de pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações
Diagnóstico precoce de complicações	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização ou referência para exames laboratoriais complementares ▪ Realização ou referência para ECG ▪ Realização ou referência para RX de tórax ▪ Realização de exame clínico odontológico
1º Atendimento de urgência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1º Atendimento às crises e outras complicações ▪ Acompanhamento domiciliar ▪ Fornecimento de medicamentos
Atendimento à Saúde Bucal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ações para diagnóstico, reabilitação e controle das patologias bucais, visando à prevenção dos quadros de agravamento e complicações decorrentes da hipertensão
Medidas preventivas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações ▪ Ações educativas e de controle das patologias bucais, buscando proporcionar condições para o autocuidado

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**, 2001.

4.5 Atribuições e competências da equipe de saúde

Segundo Sloan (1996), a hipertensão é uma doença multifatorial, exige diferentes abordagens, e a atenção de uma equipe multiprofissional, ampliando as possibilidades de sucesso do tratamento anti-hipertensivo e do controle dos demais fatores de risco envolvidos, tais como cardiovasculares, em que profissionais de saúde e pacientes são parceiros no tratamento.

A Organização Mundial de Saúde preconiza a multidisciplinaridade na saúde, onde o conjunto de profissionais trabalha em benefício do doente. Dentre as principais vantagens desse tipo de atuação, conforme as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

(2002), temos o aumento do número de indivíduos atendidos em seus diversos modos de abordagem; maior adesão ao tratamento; maior número de pacientes hipertensos controlados e adotando hábito de vida saudável; possibilidade de paciente ser replicador de conhecimento sobre tais hábitos e favorecimento de ações de pesquisa em serviço. Ainda existem vantagens adicionais, como o crescimento profissional por constante troca de informações e maior confiança no serviço.

A equipe do Programa Saúde da família é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente de saúde, no mínimo; todos devem atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos na abordagem da hipertensão arterial. Portanto, segundo Brasil (2001), as atribuições e competências dos membros da equipe de saúde da família, no atendimento ao paciente são:

Agente Comunitário de Saúde

- Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção;
- Rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos pelo menos uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa;
- Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão
- Encaminhar à unidade de saúde, para exame de açúcar no sangue, as pessoas identificadas como portadoras de fatores de risco;
- Verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde;
- Perguntar, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo está tornando com regularidade os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas;
- Registrar na sua ficha de acompanhamento o diagnóstico de hipertensão de cada membro da família com idade superior a 20 anos.

Auxiliar de Enfermagem

- Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde;
- Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira;
- Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial;
- Agendar consultas e retornos médicos e de enfermagem para os casos indicados;
- Proceder as anotações devidas em ficha clínica;
- Cuidar dos equipamentos (tensiômetro) e solicitar sua manutenção, quando necessária;
- Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência;
- Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico;
- Fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.

Enfermeiro

- Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários, e supervisionar de forma permanente suas atividades;
- Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico quando necessário;
- Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade. Desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos;
- Estabelecer junto com a equipe estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos);
- Solicitar durante a consulta de enfermagem os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;
- Repetir a medicação de indivíduos controladas e sem intercorrências;

- Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, vasos, etc) ou com co-morbidades;
- Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos - alvo ou co-morbidades;
- Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos alvo e sem co-morbidades;

Médico

- Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e co-morbidades, visando a estratificação do portador de hipertensão
- Solicitar exames complementares quando necessário;
- Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento com drogas;
- Prescrever tratamento não medicamentoso e medicamentoso;
- Programar junto com a equipe estratégias para educação do paciente;
- Encaminhar para unidades de referência secundária e terciária, as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva;
- Perseguir obstinadamente os objetivos e metas do tratamento (níveis pressóricos, controle dos lipídeos e do peso).

5 METODOLOGIA

Este estudo foi fundamentado na abordagem quantitativa, prospectiva e descritiva. A pesquisa foi realizada no período de junho a julho de 2006, sendo desenvolvida na comunidade de Pedrinhas -Ma. Esta, localiza-se a 15 km de São Luis, fazendo parte da zona rural da cidade.

Em 1994, foi implantado a primeira equipe do Programa Saúde da Família na área. Em 2002 após o processo seletivo, realizado pelo município, criou-se a segunda equipe. A primeira equipe, atende à população de Pedrinhas I e é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. A segunda equipe atende à área de Pedrinhas II e é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde. As equipes de saúde da família de Pedrinhas fazem cobertura a cerca de 3000 pessoas, equivalente a 70% do total da população. Cada unidade básica de saúde dispõe de um odontólogo e um atendente de consultório dentário.

Foi aplicado um questionário (APÊNDICE A) contendo questões fechadas, com dados de identificação do indivíduo, ações das equipes de saúde da família para detectar o diagnóstico precoce da hipertensão na comunidade, frequência das visitas domiciliares e consultas, bem como a solicitação de exames de rotina, fornecimento de medicamentos para controle da doença, ocorrência de crises hipertensivas, assistência ao primeiro atendimento de urgência e orientações sobre hábitos de vida.

Por ser um trabalho que procurou avaliar alguns aspectos do Programa Saúde da Família, no que se refere ao controle da hipertensão arterial, nossa população foi composta por todos os hipertensos da comunidade de Pedrinhas, cadastrados no Programa de Controle de Hipertensão Arterial da área, no mês de junho de 2006, totalizando 54 entrevistados.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética (ANEXO A) e após aprovado, foram aplicados os questionários, depois da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B). Serão respeitados todos os critérios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos.

Ressaltamos que em nossa abordagem sobre crise hipertensiva, direcionamos nosso estudo aos casos de urgência hipertensiva, conforme o conceito de Pova (2007), que

afirma que na urgência hipertensiva há uma elevação súbita da pressão arterial acompanhada eventualmente de algumas manifestações clínicas, como cefaléias, tonturas, mal estar, e em geral ligadas a fatores emocionais, podendo ser tratadas com administração de drogas orais.

Considerando-se que o Programa de Controle da Hipertensão Arterial configura-se em uma das sete ações prioritárias da atenção básica à saúde, estabelecidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), estruturou-se o questionário de forma a contemplar as atividades definidas nessa ação programática. A seguir estão descritas as atividades definidas nessa ação programática. A seguir estão descritas as atividades preconizadas pela NOAS e as questões do questionário relativas a cada uma delas.

Responsabilidades	Atividades	Questões
Diagnóstico de caso e Busca ativa de casos	- Diagnóstico clínico - Medição de P. A. de usuários - Visita domiciliar	Forma \ momento do diagnóstico da Hipertensão Arterial - visita domiciliária - consulta de rotina na Unidade, por outras causas 1ª consulta na Unidade
Tratamento dos casos	- Fornecimento de medicamentos	- Uso de medicação específica - Fornecimento \ recebimento de medicação na Unidade - Realização de exames
1º Atendimento de urgência	- 1º Atendimento às crises e outras complicações	Ocorrência de crise e tipo de atendimento
Medidas preventivas	- Ações educativas para controle de condições de risco e prevenção de complicações	Orientação quanto a adoção de hábitos saudáveis

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A seguir serão apresentados os dados referentes aos 54 hipertensos cadastrados no Programa de Controle da Hipertensão Arterial.

O gráfico 1 demonstra que a maioria dos hipertensos entrevistados (56%) está na faixa etária entre 51 e 60 anos, seguido daqueles entre 61 e 70 anos (22%).

Para Mano (2007), a prevalência de hipertensão arterial aumenta progressivamente com a idade.

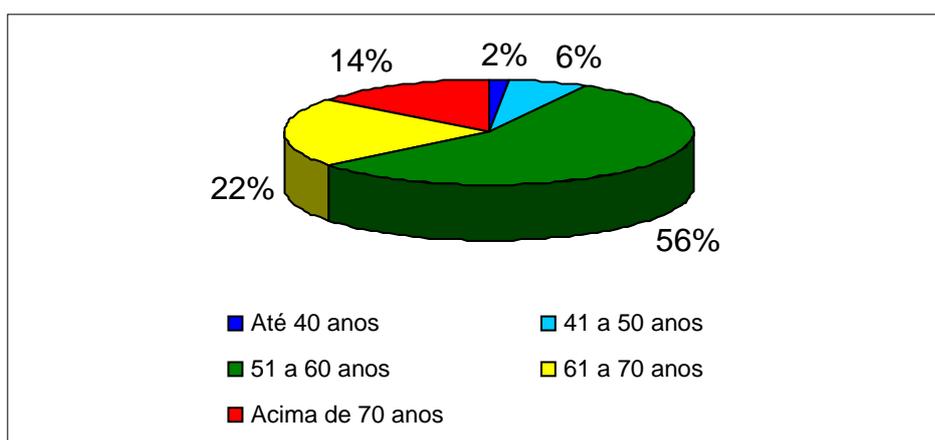


Gráfico 1 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo a faixa-etária

De acordo com dados visualizados no gráfico 2, pode-se constatar que, na população analisada, houve predomínio de pacientes do sexo feminino.

Sabe-se que devido ao fator cultural, grande parte das mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens (Seixas, 2003).

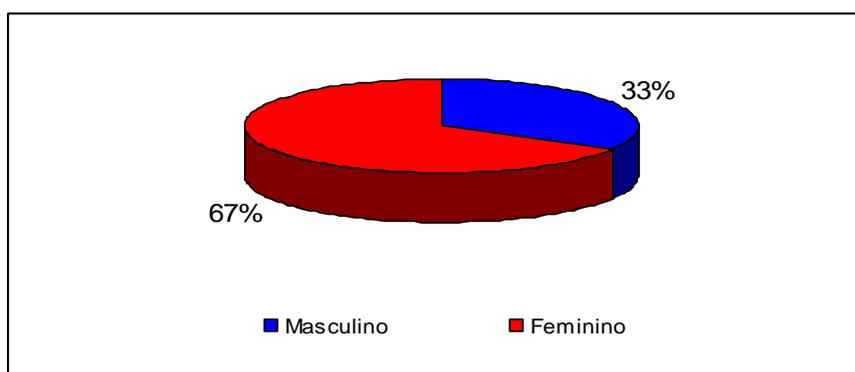


Gráfico 2 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo o sexo.

Na coleta de dados relativos à escolaridade, 42% são de alfabetizados o que determinou mais chances destes aderirem ao tratamento, por conta da maior facilidade na

compreensão das orientações concernentes ao tratamento, assim como na leitura das receitas e entendimentos dos esquemas posológicos.

Segundo Rocha (1998), a educação e a escolaridade podem contribuir para maior adesão e compromisso com o tratamento, fundamentais na hipertensão arterial.

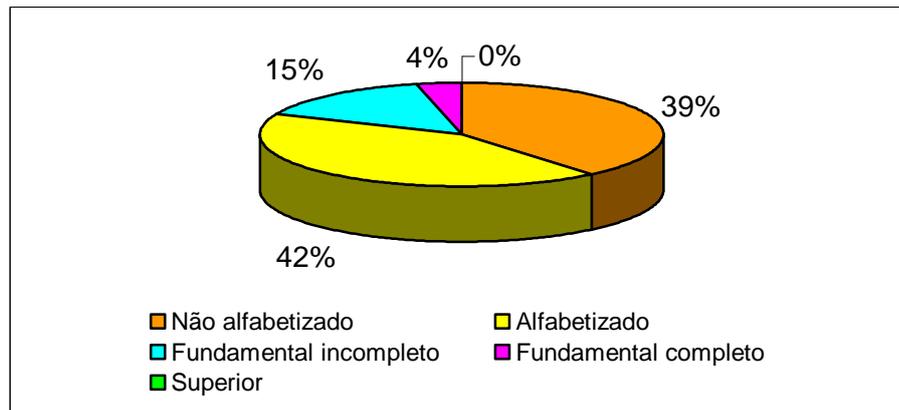


Gráfico 3 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo a escolaridade

Em se tratando da ocupação dos hipertensos entrevistados, observou-se que a maioria (31%) são lavradores, fato que justifica-se por residirem na área rural. Também verificamos um considerável índice de aposentados (28%) e do lar (17%), visto que a população estudada é composta por um alto número de idosos.

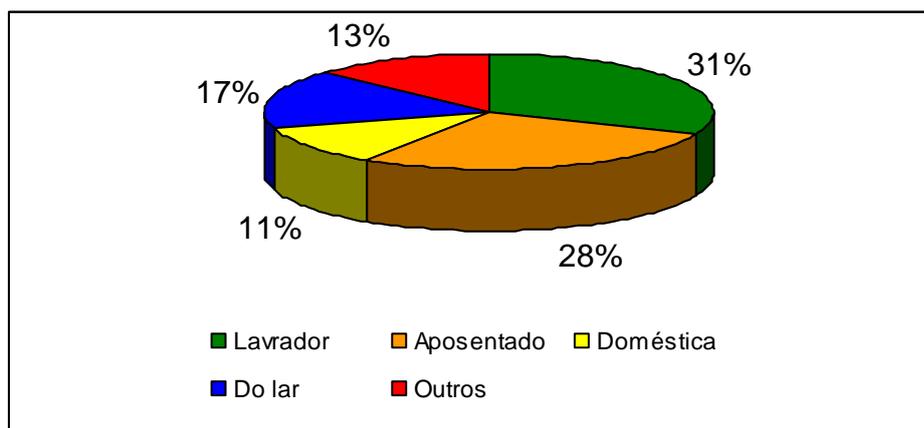


Gráfico 4 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo a profissão

Quanto à descoberta da hipertensão, nota-se que 47% dos hipertensos descobriram que eram portadores da doença através de consultas realizadas por médico/ enfermeiro do Programa Saúde da Família da sua área; 19% através de consultas em outra unidade de Saúde.

Conforme preconizado por Brasil (2002), esse dado mostra que as atividades e atribuições de responsabilidade da equipe de saúde da família vêm sendo executadas.

Para Andrade (1997), o diagnóstico de Hipertensão Arterial na grande maioria dos casos, ocorre no ambulatório, surgindo a necessidade de mais serviços ambulatoriais para a descoberta, controle e tratamento desta doença.

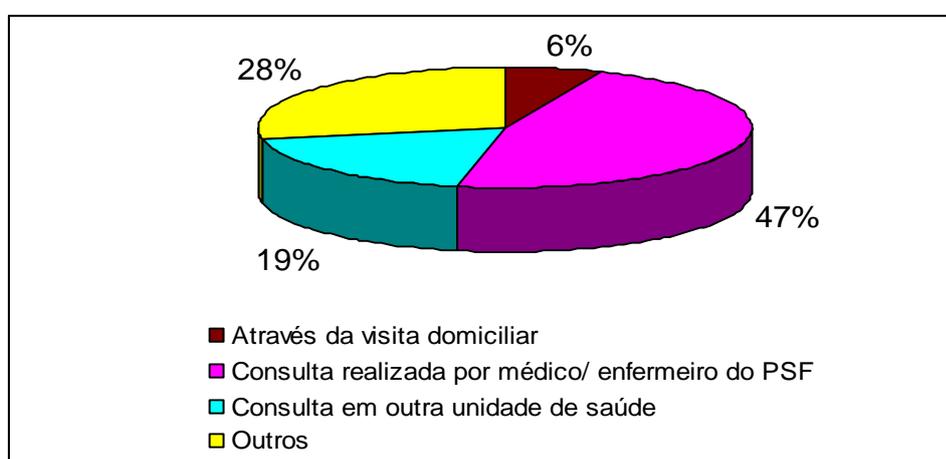


Gráfico 5 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo o modo de descoberta da doença

Conforme o gráfico 6, um percentual de 98% informaram que tiveram sua pressão arterial aferida no primeiro contato com a equipe. Esse dado mostra que o programa de controle de hipertensão arterial de Pedrinhas, vem desenvolvendo as atividades padronizadas em Brasil (2001), no que se refere ao controle da hipertensão.

A rotina de verificação de pressão arterial desde o primeiro contato, demonstra a conscientização da própria equipe de suas responsabilidades, visto que a hipertensão arterial é uma doença crônica, de natureza multifatorial e assintomática (na grande maioria dos casos). Portanto, segundo Brasil (2002) somente através de sua verificação constante, teremos condições de realizar a detecção precoce dos casos.

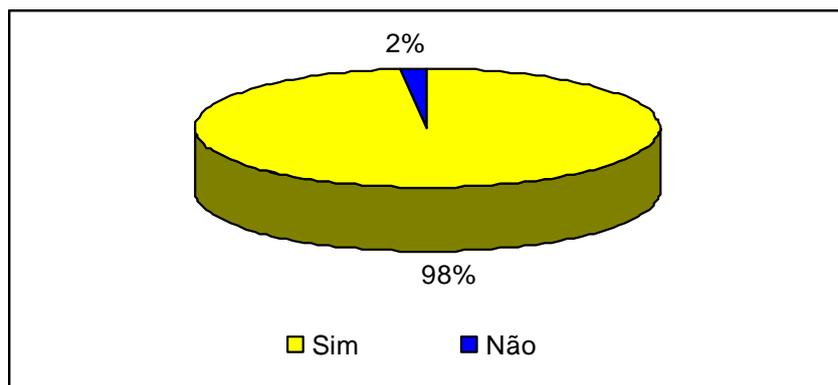


Gráfico 6 : Distribuição dos 54 hipertensos quanto a verificação da pressão arterial no primeiro contato com a equipe saúde da família

De acordo com a frequência das visitas domiciliares, o gráfico 7 revela que a maioria (67%) dos entrevistados recebem visitas, sendo a frequência destas bastante variável.

Acreditamos que diferentes parcelas da população recebem visitas domiciliares com frequência maior ou menor, devido as dificuldades de acesso, meio de transporte e a própria programação limitada de dias destinados às visitas.

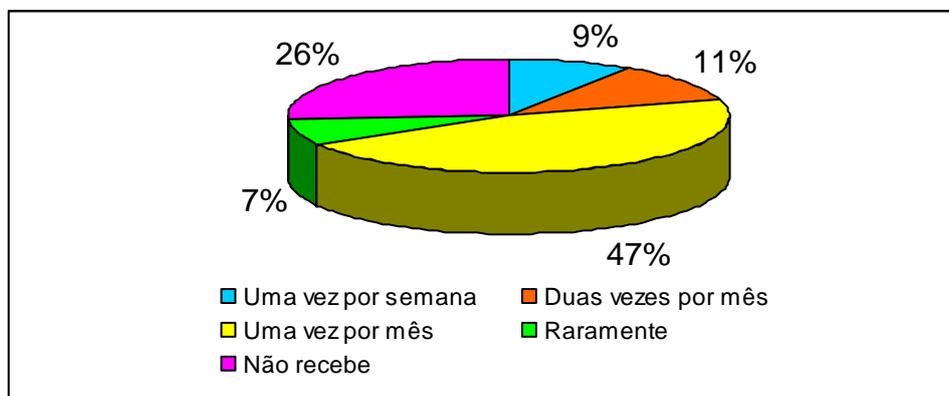


Gráfico 7 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo a frequência da visita domiciliar da equipe saúde da família

Quanto à frequência de consultas realizadas pela equipe, o gráfico mostra que 62% dos entrevistados consultam mensalmente, através de agendamentos realizados pelos agentes comunitários de saúde, seguido de 15% que consultam duas vezes por mês.

Verificamos que a grande maioria dos usuários têm acesso ao acompanhamento com médico/ enfermeiro. Isto demonstra que o Programa Saúde da Família de Pedrinha está realmente atuando como porta de entrada para o sistema de saúde, permitindo assim, a realização do controle dos casos e diagnóstico precoce de complicações, conforme preconiza Brasil (2001).

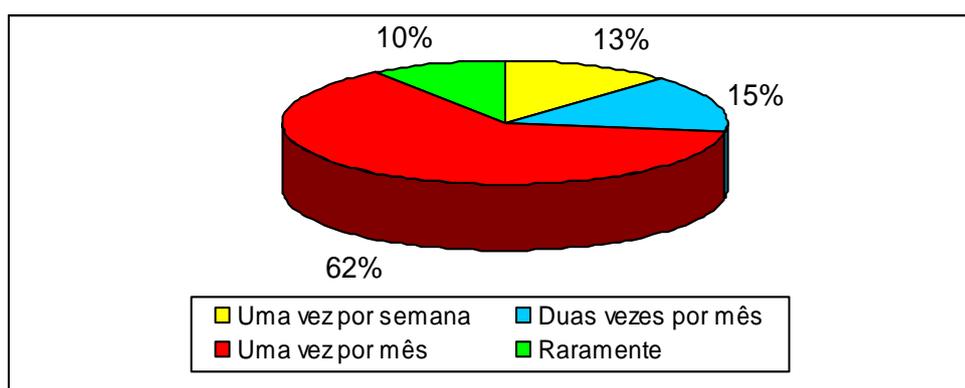


Gráfico 8 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo a frequência de consultas com a equipe saúde da família

Na pesquisa realizada, 94% dos hipertensos realizam tratamento com medicamentos fornecidos pela unidade de saúde, 6% dos entrevistados recebem de outras unidades ou compram, possivelmente por desconhecimento do funcionamento pleno do programa de controle de hipertensão arterial; deve-se ressaltar que algumas vezes a falta de medicamento na unidade de saúde pode determinar a necessidade de compra dos mesmos.

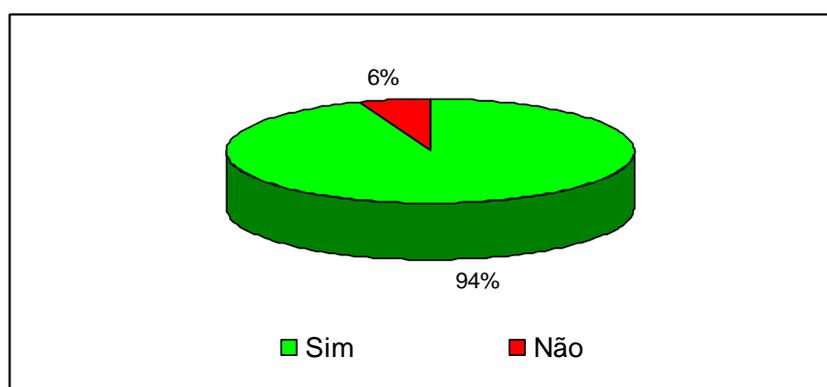


Gráfico 9 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo a o recebimento da medicação na unidade de saúde da família da área

O gráfico mostra que 93% sempre recebem medicamentos na unidade de saúde por acreditarem e saberem da necessidade de realizar o tratamento continuamente e 7%, às vezes, recebem na unidade de saúde, dificultando o acompanhamento e perdendo as orientações necessárias.

Segundo Mano (2007), o objetivo primordial do tratamento é a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular, onde são utilizadas tanto medidas não medicamentosa isoladas, como associadas a fármacos anti-hipertensivos. Estes devem promover a redução não apenas de níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares.

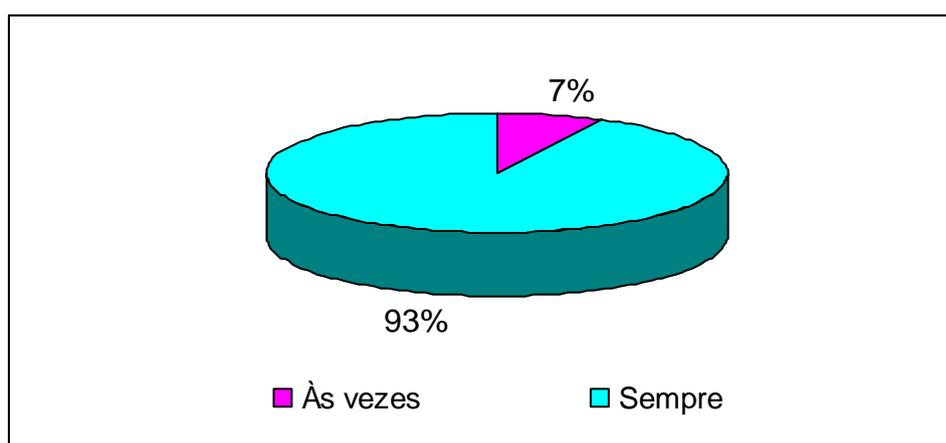


Gráfico 10 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo a frequência com que recebem os medicamentos na unidade de saúde

Quanto aos exames realizados nos últimos 6 meses, 47% dos hipertensos informaram ter realizados somente exames laboratoriais, 37% não realizaram nenhum tipo de exame.

Considerando o elevado percentual de hipertensos que realizaram somente exames laboratoriais e os que não realizaram nenhum tipo, é necessário que a equipe esteja atenta às recomendações preconizadas pelo Programa de Controle da Hipertensão, verificadas em

Brasil (2001), no que se refere ao diagnóstico precoce de complicações, reforçando a importância da realização de exames para controle da doença e possíveis complicações.

Podemos atribuir o alto índice de usuários que não realizam exames específicos (raio x e ECG), às dificuldades sócio-econômicas que restringem o acesso desta população a estes exames.

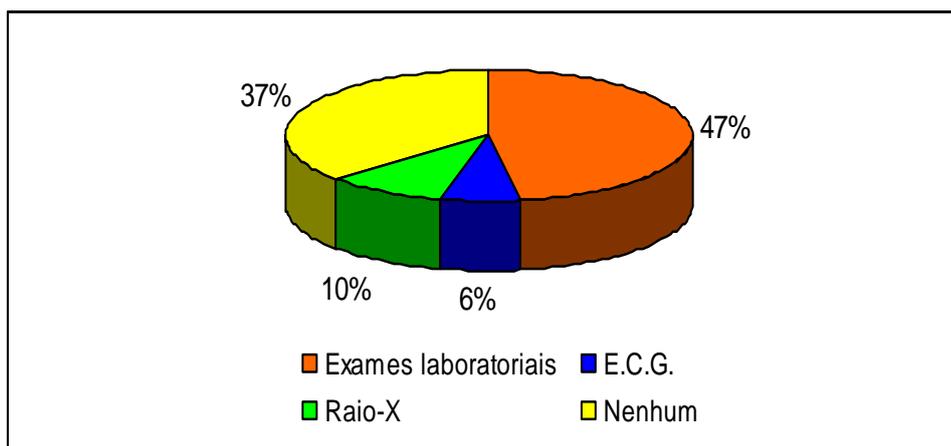


Gráfico 11 : Distribuição dos 54 hipertensos quanto ao tipo de exames realizados nos últimos 6 meses

Segundo Pova (2007), a crise hipertensiva é caracterizada por elevações agudas da pressão arterial, no qual se torna necessário a redução destes níveis para se evitar complicações mais sérias em relação às lesões em órgãos alvo.

Pova (2007) divide a crise hipertensiva em emergência hipertensiva e urgência hipertensiva. Na urgência hipertensiva há uma elevação súbita da pressão arterial acompanhada eventualmente de algumas manifestações clínicas, como cefaléias, tonturas, mal estar, e em geral ligadas a fatores emocionais, podendo ser tratadas com administração de drogas orais. A emergência hipertensiva, além dos níveis pressóricos elevados ocorre descompensação de um ou mais órgãos alvo, estando o paciente em iminente risco de vida.

Direcionamos nossa pesquisa aos casos de urgência hipertensiva e verificamos que a prevalência de indivíduos que sofreram episódios de crise hipertensiva é menor em relação àqueles que já foram acometidos pela crise. Pova (2007) afirma que a incidência reduzida de

pacientes hipertensos que desenvolvem episódios de crise hipertensiva ocorre em vista da população estar mais educada e consciente dos problemas da hipertensão arterial, conhecendo melhor a doença e aderindo ao tratamento.

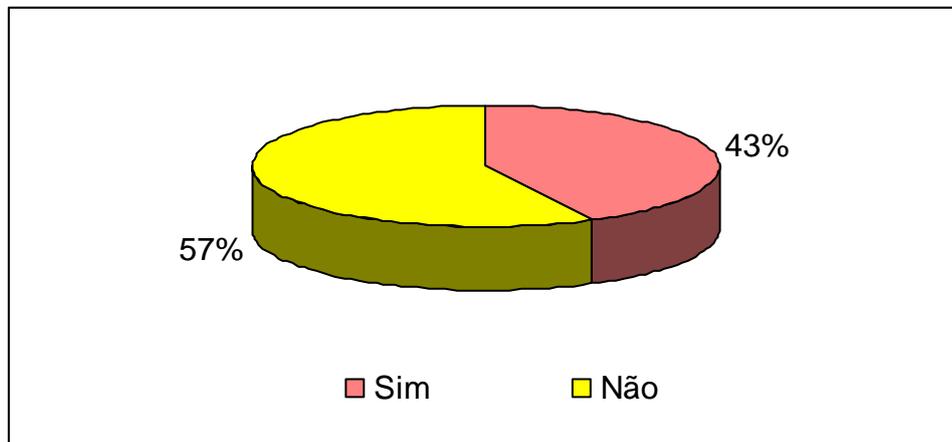


Gráfico 12 : Distribuição dos 54 hipertensos quanto a ocorrência de crise hipertensiva

O gráfico 13 mostra que entre os hipertensos entrevistados, vítimas de crise hipertensiva, 75% receberam atendimento inicial na unidade de saúde da família de sua área. Este dado reflete o comprometimento e resolutividade do programa de hipertensos de Pedrinhas, visto que o 1º atendimento de urgência faz parte das atribuições e responsabilidades dos profissionais da equipe saúde da família, exigências estas, verificadas em Brasil (2001).

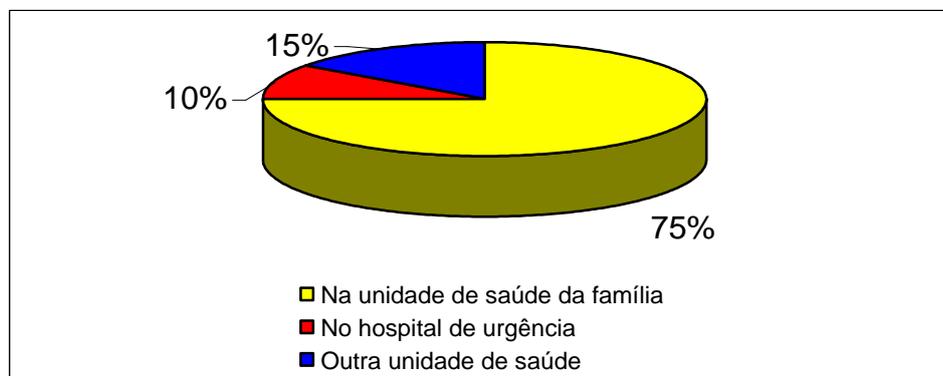


Gráfico 13 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo o local de atendimento de urgência no episódio de crise hipertensiva

De acordo com o gráfico 14, pode-se observar que, a grande maioria recebeu orientações para controlar a pressão arterial e prevenir complicações. Este resultado demonstra que a equipe está desempenhando medidas preventivas com os hipertensos entrevistados, implementando assim, uma das ações que são de responsabilidade do programa, contribuindo para a melhoria do estilo de vida da população e redução de complicações cardiovasculares.

Segundo Brasil (2002), cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada.

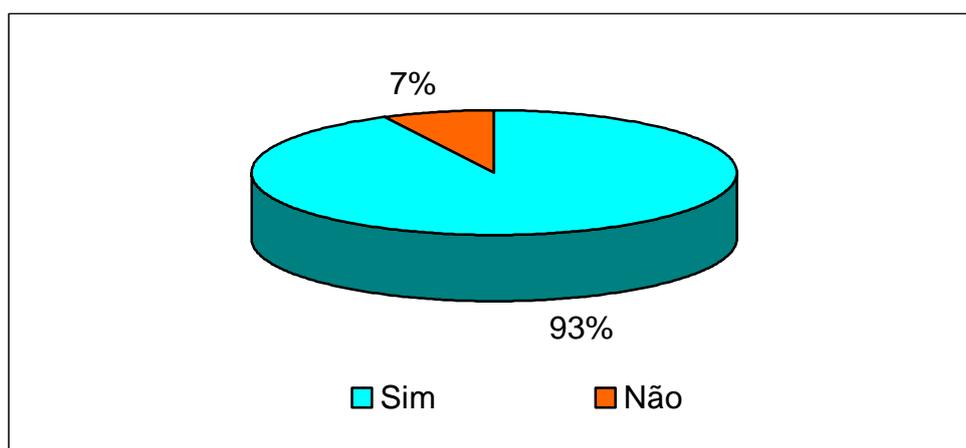


Gráfico 14 : Distribuição dos 54 hipertensos segundo o acesso a orientações realizadas pela equipe saúde da família quanto ao controle de pressão arterial e/ ou prevenção de suas complicações

O gráfico 15 mostra que, 77% dos hipertensos consideram que as ações da equipe saúde da família contribuem para conseguir manter o controle de sua pressão.

Isto revela que sob a visão do hipertenso, a equipe saúde da família de Pedrinhas está contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, reduzindo o surgimento de manifestações graves causadas pela hipertensão arterial descontrolada.

Desta forma, o programa está alcançando a redução da morbi-mortalidade cardiovascular, o que garante o aumento da sobrevivência desta população, sua função primordial, segundo afirma Brasil (2002).

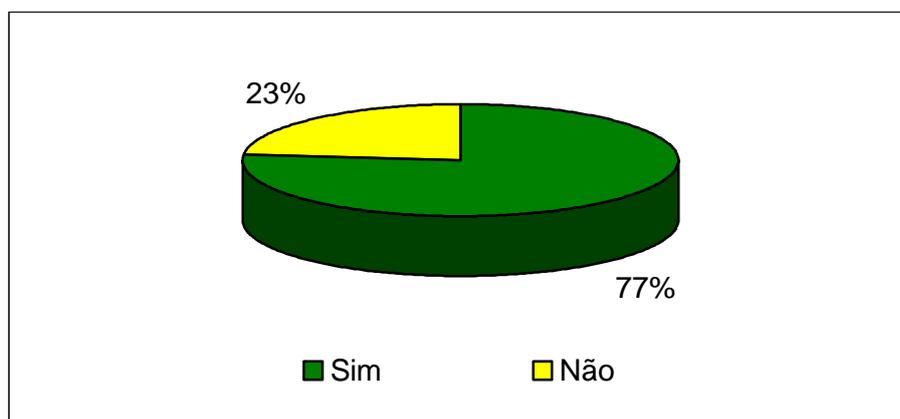


Gráfico 15: Distribuição dos 54 hipertensos quanto a eficácia das atividades realizadas pela equipe saúde da família no controle da pressão arterial, sob a visão dos entrevistados.

7 CONCLUSÃO

Considerando a população do estudo, pode-se afirmar que a mesma é predominantemente do sexo feminino (67%), a faixa etária da maioria é de 61 a 70 anos (56%), alfabetizados (42%), lavradores (31%).

Quanto ao modo de descoberta da doença, observou-se que a grande maioria (47%) descobriram que eram portadores de hipertensão arterial através de consultas realizadas por médicos e/ou enfermeiros do Programa Saúde da Família de sua área e que tiveram sua pressão arterial aferida no primeiro contato com a equipe.

Destacamos que a clientela em estudo recebe visita regularmente pela equipe de saúde da família, e a frequência dos hipertensos nas consultas ambulatoriais é em sua maioria, mensal.

Em relação ao uso do medicamento, grande parte da clientela (94%) realiza tratamento com medicamentos fornecidos pela unidade de saúde da área.

Quanto aos exames realizados observou-se que um elevado percentual (47%) realizaram somente exames laboratoriais nos últimos seis meses.

Considerando a ocorrência de crise hipertensiva, constatou-se que 57% dos entrevistados negaram sua ocorrência e 43% daqueles que foram vítimas de crise receberam atendimento inicial na unidade de saúde da família de sua área, refletindo assim o comprometimento e resolutividade do programa.

Quanto ao acesso às orientações realizadas pela equipe referentes ao controle da pressão arterial e/ou prevenção de suas complicações, pôde-se observar que a maioria recebeu estas orientações através das ações de educação, prevenção e controle desenvolvidas pela equipe. Constatou-se também que para 77% dos hipertensos houve um controle da pressão arterial.

De acordo com o exposto, pode-se afirmar que a estratégia desempenhada pela equipe saúde de família de Pedrinhas assume, portanto, papel de grande relevância na atuação com o cliente hipertenso.

REFERÊNCIAS

IV Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial. 2002. Soc. Bras. Hipertensão, Soc. Bras. Cardiologia, Soc. Bras. Nefrologia.

ANDRADE, P. J. N. **Cardiologia para o Generalista.** 2. ed. Fortaleza: UFC, 1997

BARROS, Aidil; LEHFELD, Neide Aparecida. **Projeto de Pesquisa:** propostas metodológicas. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial,** 6. Brasília, DF, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prática do Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **SUS: descentralização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus -protocolo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

COSTA NETO, M.. **A importação da Unidade de Saúde.** Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2000.

FERREIRA, Andréia. **Abordagem do Diabetes e Hipertensão Arterial na Reorganização do Modelo de Atenção.** Saúde do Adulto. Modulo X. São Luis: CEDECON, 2005.

LESSA, I. **O adulto e as doenças da modernidade:** epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998.

MACHADO, Maria Helena (coord). **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil:** relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MANO, Reinaldo. **Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial.** Disponível em <[http:// www.enfsaude.com.br/has.htm](http://www.enfsaude.com.br/has.htm)>. Acesso em 05/02/2007.

PACHECO, Vera Lúcia. **As bases conceituais do PAC/ PSF**. Módulo I. São Luis: CEDECON,2005.

POVOA, Ruy; GALVÃO, Luciane. **Crises Hipertensivas**, disponível em:<http://departamentos.Cardiol.br>. acesso em 05/ 02/2007.

ROCHA, João Carlos. Hipertensão Arterial. **Revista Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo, vol. 3, nº 02, abril/maio/jun, 1998, p. 06-09.

SAMPAIO, LRF. Contribuição para discussão na Reunião de consenso em Avaliação da Atenção Básica. In: GAMA, Mônica Elinor Alves. **Políticas de saúde e introdução à estratégia de saúde da família**. São Luis: LABORO, 2005.

SEIXAS, Lucia. **As mulheres se preocupam mais com a saúde do que os homens**. Disponível em: <http://www/MarieClaire.Globo.com/edic/ed103/sal-direitos.htm>. acesso em 02/02/2007

SENNA, Mônica de Castro. **Equidade e política de saúde**: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2002.

SILVEIRA, Marysabel Pinto T; WETZEL Junior, Willi. **Hipertensão Arterial**: um problema de todos. **Nursing**, Algés, v. 81, n. 8. p. 70-75 fev. 2005

SLOAN, D. Chamel. **A revolução da qualidade e o serviço de saúde**. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário

LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS - GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

O PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SOB A VISÃO DOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PEDRINHAS

QUESTIONÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome.....

Idade anos

Sexo ()

Escolaridade ()

(1) Não alfabetizado

(2) Alfabetizado

(3) Fundamental incompleto

(4) Fundamental completo

(5) Superior

profissão.....

2. Como você descobriu que era hipertenso?

() Através de visita domiciliar pela equipe e/ou por algum membro da equipe Programa Saúde da Família

() Através de consulta realizada por médico e/ou enfermeira da equipe Programa Saúde da Família de sua área

() Através de consulta em outra unidade de saúde

() Outros.....

3. Em seu primeiro contato com a equipe saúde da família da sua área, foi verificado sua pressão arterial?

() sim

() não

4. Você recebe visita domiciliar pela equipe saúde da família com que frequência?

() Uma vez por semana

() Duas vezes por mês

() Uma vez por mês

Não recebe

Outros

5. Qual a freqüência das suas consultas com a equipe saúde da família na unidade de saúde?

Uma vez por semana

Duas vezes por mês

Uma vez por mês

Raramente

6. Seu tratamento é realizado com medicamentos fornecidos na unidade de saúde da família de sua área?

sim

não

Se sua resposta for sim, com qual freqüência você recebe estes medicamentos?

Sempre

Às vezes

7. Qual destes exames você realizou nos últimos 6 meses, por solicitação da equipe saúde da família de sua área?

Exames laboratoriais

E. C. G.

Raio- X

8. Você já teve alguma crise de pressão alta?

sim

não

Se sua resposta for sim, onde você foi atendido?

Na unidade de saúde da família de sua área

No hospital de urgência

Outra unidade de saúde

9. Você já foi orientado pela sua equipe saúde da família sobre hábitos de vida que ajudam a controlar sua pressão arterial e/ou prejudicar sua saúde?

sim

não

10. Você acha que as atividades realizadas pela equipe saúde da família de sua área estão alcançando o controle de sua pressão arterial?

sim

não

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS - GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientador(a): Prof: Dr. Mônica Elinor Alves Gama

End: Rua das Acácias Qd-39 C-7 Renascença-I CEP: 65.075-010

Fone: 235-1557

E-mail: mgama@elo.com.br

Pesquisadores: ALESSANDRA CRISTIANE SILVA VELOSO

ARIANE CHRISTINE SANTANA SILVA

CRISALIDES MARIA DE BRITO

TANIA BRASIL CORRÊA CARDOSO

O PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SOB A VISÃO DOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PEDRINHAS

Eu,, abaixo assinado, declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que me foram dadas pelo pesquisador responsável, que concordo em participar da pesquisa (ou que autorizo a participação do menor) que irá avaliar a opinião da comunidade de Pedrinhas sobre a efetividade do Programa de Saúde da Família no controle da hipertensão arterial, a partir de informações coletadas em questionário específico, não havendo riscos ou desconfortos a mim (ou ao menor sob minha responsabilidade). Está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa.

Fui esclarecido (a) ainda, que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado, tendo garantia de sigilo o que assegura a privacidade das informações que forneci. Não haverá nenhum custo decorrente da minha participação na pesquisa,

Local e data

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Assinatura do participante
ou Responsável

ANEXO

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 37/07

Pesquisador(a) Responsável: **Mônica Elinor Alves Gama**

Equipe executora: **Mônica Elinor Alves Gama, Alessandra Cristine Silva Veloso, Ariane**

Christine Santana Silva, Crisálides Maria de Brito, Tânia Brasil Corrêa Cardoso

Tipo de Pesquisa: **Projeto de Monografia – Especialização PSF - Laboro**

Processo Nº. **33104-556/2006**

Instituição onde será desenvolvido: **Centro de Saúde Pedrinhas II**

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **09.02.2007** o processo Nº. **33104-556/2006**, referente ao projeto de pesquisa: “**O programa de controle da hipertensão arterial na visão dos usuários da unidade básica de saúde da família em Pedrinhas**”, cujo objetivo geral é “**estudara a execução das atividades preconizadas no Programa de Controle da Hipertensão Arterial (ações prioritárias da atenção básica à saúde – NOAS 2001) a partir da visão dos usuários do Programa Saúde da Família da comunidade de Pedrinhas**”. Na metodologia: Trata-se de uma pesquisa quantitativa, prospectiva e transversal.

Tendo na sua primeira análise apresentado algumas pendências, veio a tempo supri-las adequadamente. Assim, estando bem fundamentado, tendo importância social e atendendo aos princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, o protocolo é considerado **APROVADO**

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 09/02/2008 e ao término do estudo, gravado em CD ROM.

São Luis, 09 de fevereiro de 2007..

Wildoberto Batista Gurgel

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da UFMA

Ethica homini habitat est

