



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

Cristhiane Yumi Yonamine

**Mortes por doenças cerebrovasculares como eventos
sentinela na vigilância das doenças cardiovasculares
na Atenção Básica**

Londrina

2018

Cristhiane Yumi Yonamine

**Mortes por doenças cerebrovasculares como eventos
sentinela na vigilância das doenças cardiovasculares
na Atenção Básica**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para fins de Exame de Defesa.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Rigo Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Regina Kazue Tanno de Souza

Londrina - PR

2018

Cristhiane Yumi Yonamine

**Mortes por doenças cerebrovasculares como eventos sentinela
na vigilância das doenças cardiovasculares na Atenção Básica**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para
fins de Exame de Defesa.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Rigo Silva
Universidade Estadual de Londrina

Profa. Dra. Brigida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina

Profa. Dra. Celita Salmaso Trelha
Universidade Estadual de Londrina

Profa. Dra. Lilian Denise Mai
Universidade Estadual de Maringá

Profa. Dra. Wladithe Organ Carvalho
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, ____ de _____ de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, a minha família, ao meu esposo e as minhas orientadoras, pois sem o apoio de vocês, nada disto seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me dado força e paciência nos momentos difíceis e ter me propiciado chegar até aqui.

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Maria Rigo Silva, pessoa especial, e que, com muita paciência e carinho, esteve ao meu lado na construção deste trabalho.

À minha coorientadora, Profa. Dra. Regina Kazue Tanno de Souza, pessoa de coração imenso que me acompanha e apoia desde o mestrado e que me motivou a continuar em frente, em vários momentos.

Aos membros titulares da banca de defesa, Profa. Brigida Gimenez Carvalho, Profa. Lilian Denise Mai, Profa. Celita Salmaso Trelha e a Profa. Wladithe Organ Carvalho, pelo aceite do convite e pelas valiosas contribuições neste trabalho.

Aos queridos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pelas contribuições nas apresentações dos Seminários, pelos conhecimentos disseminados desde o mestrado e por me inspirarem a cada dia mais a ser uma docente mais capacitada.

À equipe da Secretaria de Pós-graduação, pela colaboração em todas as etapas do doutorado.

Aos colegas de Doutorado, pelo carinho, pela amizade e pelo apoio em todos os momentos, durante a nossa caminhada.

Aos companheiros do Laboratório VigiCardio, pela dedicação e pelo trabalho, pois sem vocês, com certeza teria sido muito difícil.

Aos profissionais das Unidades Básicas e da Secretaria de Saúde do município de Cambé, pela recepção, pelo apoio e por contribuírem na viabilização deste trabalho.

Aos participantes desta pesquisa e a seus familiares, pela disponibilidade em participar deste estudo.

À minha querida família, pelo apoio e por vocês me auxiliarem a chegar até aqui.

Ao Roberto Kiyoshi Kashimoto, marido, amigo e companheiro, pelo apoio e pela compreensão em todos os momentos.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram em algum momento deste estudo.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

YONAMINE, Cristhiane Yumi. **Mortes por doenças cerebrovasculares como eventos sentinela na vigilância das doenças cardiovasculares na Atenção Básica**. Londrina, 2018, 124 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina. 2018.

RESUMO

O uso da técnica de evento sentinela, no cotidiano dos serviços de saúde, vem contribuindo para maior conhecimento sobre a qualidade da atenção à saúde prestada às populações, permitindo instaurar mecanismos de vigilância e intervenção precoces. Relativamente às doenças crônicas não transmissíveis, que são as principais causas de morbimortalidade e afetam negativamente a qualidade de vida da população, destacam-se as doenças cerebrovasculares. O presente estudo visa a analisar a assistência prestada pela Atenção Básica às pessoas, de 74 anos ou menos, que faleceram por doenças cerebrovasculares, na perspectiva do evento sentinela. Trata-se de um estudo observacional, com série de casos, utilizando a técnica de investigação de evento sentinela. A população do estudo correspondeu às pessoas residentes em Cambé, no ano de 2013, cujas causas descritas nas declarações de óbito foram codificadas como doenças cerebrovasculares (Capítulo IX da CID10 – Doenças do Aparelho Circulatório que englobam os diagnósticos I60 a I69). Foram utilizados dados do Laboratório de Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis da Secretaria de Saúde do município de Cambé, PR. O Laboratório dispõe de dados registrados em formulário próprio, advindos das declarações de óbito, dos prontuários dos serviços de saúde utilizados nos dois anos que antecederam o óbito e das entrevistas domiciliares e semiestruturadas com familiares. Cada caso foi analisado, tendo por referência um modelo lógico elaborado especificamente para este fim, contendo os componentes utilização da Unidade Básica de Saúde, reconhecimento, acompanhamento, atendimento e controle da Hipertensão Arterial. Conforme os componentes do modelo lógico, observou-se que todos os portadores de Hipertensão Arterial foram reconhecidos como tal pelas unidades básicas de saúde. Verificaram-se a falta ou a incoerência de informação em alguns registros, a não utilização de instrumentos oficiais de acompanhamento, a não cobertura integral pela Estratégia Saúde da Família e a concentração de ações dos profissionais, elevada em alguns casos e abaixo da preconizada em outros. Além disso, observou-se que poucos casos apresentaram dificuldade do controle dos níveis pressóricos devido à não adesão à terapia medicamentosa. Dessa maneira, pode-se inferir que as mortes por doenças cerebrovasculares podem servir como eventos sentinela para avaliar a Atenção Básica, mas destaca-se a ausência de registro, ou sub-registro, como a principal falha a ser corrigida na promoção da longitudinalidade do cuidado, primordial no contexto das doenças crônicas. Além disso, o uso da

tecnologia de eventos sentinela possibilitou analisar aspectos não contemplados na avaliação quantitativa, contribuindo, dessa maneira, para o planejamento, o fornecimento de informações e a elaboração de intervenções mais efetivas nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Mortalidade. Doenças cardiovasculares. Doenças cerebrovasculares. Vigilância de evento sentinela. Atenção Básica.

YONAMINE, Cristhiane Yumi. **Deaths from cerebrovascular diseases as sentinel events in the surveillance of cardiovascular diseases in Primary Care.** Londrina, 2018, 124 f. Thesis (Doctorate in Collective Health) - State University of Londrina. 2018.

ABSTRACT

The use of the sentinel event technique in the quotidian of health services has contributed to better knowledge about the quality of healthcare provided to the population, allowing the establishment of surveillance and early intervention mechanisms. With respect to non-communicable chronic diseases, which are the main causes of morbidity and mortality and negatively affect the quality of life of the population, the cerebrovascular diseases stand out. The present study aimed to analyze the care provided by the primary care system to people who died of cerebrovascular diseases, from the perspective of the sentinel event. This was an observational, case series study, using the sentinel event investigation technique. The study population corresponded to individuals that were residents of Cambé and died there during the year 2013, of whom the causes of death described in the death certificates were coded as cerebrovascular diseases (Chapter IX of ICD10 - Diseases of the Circulatory System that encompasses diagnoses I60 to I69). The data used originated from the Noncommunicable Chronic Diseases Surveillance Laboratory (CNSL) of the Department of Health of the Municipality of Cambé, Paraná. The Laboratory has data recorded in its own form, resulting from death certificates, health records used in the two years prior to death, and semi-structured household interviews with family members. Each case was analyzed with reference to a logical model elaborated specifically for this purpose, containing the components utilization of the PHU, recognition, monitoring, care and control of hypertension. According to the components of the logical model, it was observed that all patients with hypertension were recognized as such by the primary health units. A lack of information or inconsistencies in some registries were verified, as well as non-use of official accompanying instruments, incomplete coverage by the FHS and a high concentration of actions of the professionals in some cases and below that recommended in others. In addition, in the cases analyzed, difficulty in controlling blood pressure levels due to non-adherence to the medication therapy was observed. Thus, it can be inferred that deaths due to cerebrovascular diseases can serve as sentinel events to evaluate Primary Care, however, the absence of reporting, or underreporting, is highlighted as the main fault to be corrected in promoting the longitudinality of the care, in the context of chronic diseases. In addition, the use of sentinel event technology makes it possible to analyze aspects not included in the quantitative evaluation, thus contributing to the planning, provision of information and elaboration of more effective interventions in the health services.

Keywords: Mortality. Cardiovascular diseases. Cerebrovascular diseases. Sentinel Event Surveillance. Primary Care.

Lista de abreviações

AB	Atenção Básica
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CA	Circunferência Abdominal
CCD/CDC	Centro de Controle de Doenças / <i>Center for Disease Control</i>
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCbV	Doenças Cerebrovasculares
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DIC	Doenças Isquêmicas do Coração
DM	Diabetes Mellitus
DO	Declaração de óbito
EqSF	Equipe Saúde da Família
e-SUS AB	Estratégia e-SUS Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
HA	Hipertensão Arterial
HDL	<i>High-density lipoprotein</i>
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	<i>Low-density lipoprotein</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAFP	Programa Aqui tem Farmácia Popular
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Lista de Figuras

Figura 1 – Modelo lógico de um programa de controle de pressão arterial.....	50
Figura 2 – Localização do município de Cambé, Paraná	54
Figura 3 – Representação esquemática do modelo lógico	59
Figura 4 – Processo de seleção dos casos analisados.....	64

Quadro 1 – Definição das características analisadas e respectivas fontes de dados.....	57
Tabela 1 – Distribuição dos óbitos de residentes no município de Cambé, PR, ocorridos em 2013, segundo causas básicas de morte em Capítulos da CID10.....	62
Tabela 2 – Distribuição dos óbitos de residentes no município de Cambé, PR, ocorridos em 2013, segundo agrupamentos do capítulo das doenças do aparelho circulatório por local de ocorrência (próprio município e outros).....	63

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. Referencial teórico.....	17
1.1.1. Estudos de mortalidade	17
1.1.2. Óbito como evento sentinela	19
1.1.3. Mortalidade evitável e as doenças cerebrovasculares como evento sentinela.....	21
1.1.4. Organização do Sistema de Saúde e Atenção Básica no Brasil	25
1.1.5. Atenção Primária à Saúde e seus atributos.....	31
1.1.6. Atenção Básica na prevenção da mortalidade por doença cerebrovascular.....	39
1.1.7. Evolução das políticas de atenção ao controle da hipertensão	42
1.1.8. Modelo lógico	47
2. OBJETIVOS	53
2.1. Objetivo Geral.....	53
2.2. Objetivos Específicos	53
3. METODOLOGIA	54
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
4.1. As mortes por doenças do aparelho circulatório no contexto do total de mortes de residentes do município de Cambé	62
4.2. Caracterização dos casos	63
4.3. Utilização da UBS.....	70
4.4. Componente Reconhecimento	73
4.5. Componente Acompanhamento	75
4.5.1. Frequência de visita domiciliar pelo ACS	76
4.5.2. Concentração de consultas médicas	78
4.5.3. Concentração de consultas de enfermagem	81
4.6. Componente Atendimento	84
4.7. Componente Controle da HA.....	88
5. CONCLUSÃO	92
6. REFERÊNCIAS	95
ANEXOS	107
APÊNDICE	123

1. INTRODUÇÃO

O uso da técnica de evento sentinela, no cotidiano dos serviços de saúde, vem contribuindo para maior conhecimento sobre a avaliação da qualidade da atenção à saúde prestada às populações, permitindo instaurar mecanismos de vigilância e intervenção precoces (MALTA; DUARTE, 2007).

Segundo Rutstein e colaboradores (1976), um evento sentinela pode sinalizar a falha na atenção médica e de saúde pública, indicando mecanismos que auxiliem na melhora da atenção de condições evitáveis pela presença de serviços efetivos, ou seja, a ocorrência desse evento pode ser definida como algo que não deve ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente.

No Brasil, entre as causas de mortes evitáveis, que fazem parte da lista proposta por Malta e colaboradores (2007), estão as doenças cerebrovasculares (DCbV) que podem ser reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção, por meio de tecnologias disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS).

As DCbVs constituem-se em um dos mais importantes problemas de saúde da atualidade, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento e, com as doenças isquêmicas do coração (DIC), foram responsáveis, em 2012, por aproximadamente 6,7 (38%) e 7,4 (42%) milhões de mortes, respectivamente, de um total de 17,5 milhões de óbitos por doenças cardiovasculares (DCV) ocorridos mundialmente (WHO, 2016).

Entre as tecnologias disponíveis, no contexto do SUS, cabe à Atenção Básica (AB), por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o papel de ordenar ações de prevenção e controle das DCbVs (AZEVEDO; COSTA, 2010). A ESF é considerada um modelo de atenção à saúde, ou seja, tem a capacidade de orientar a organização do sistema de saúde e de buscar respostas para as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006a). No ano de 2016, em dezembro, cerca de 5.409 (97,1%) municípios no Brasil

apresentavam equipes de ESF, com uma estimativa de cobertura de 123.556.551 pessoas (63,7%) (BRASIL, 2016a).

Além disso, corresponde a um elo essencial no processo estruturante da vigilância da saúde, por contemplar em sua configuração elementos que dão aporte à prática das equipes. A integração e a organização das atividades em determinado território e a incorporação de uma atenção continuada e integral possibilitam que os serviços de saúde sejam capazes de responder aos problemas que ocorrem na população. Nesta perspectiva, a Equipe de Saúde da Família (EqSF) possui papel fundamental no desenvolvimento das ações de prevenção e controle das DCVs, bem como, na detecção precoce desses agravos (TEIXEIRA, 2002).

Partindo do pressuposto de que a EqSF pode assumir uma postura ativa de intervenção em saúde, pois se assenta na visão ampliada do processo saúde-doença, ultrapassando concepções marcadas pelo viés curativo e biologizante, levanta-se a questão: “É possível utilizar a metodologia do evento sentinela na vigilância das DCVs?”.

Nesse sentido, espera-se compreender de que maneira a ESF pode utilizar a metodologia de evento sentinela para melhorar a atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e, dessa maneira, contribuir para diminuir a ocorrência de eventos considerados evitáveis.

1.1. Referencial teórico

1.1.1. Estudos de mortalidade

A morte é definida, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a cessação dos sinais vitais em momento qualquer, depois do nascimento com vida, sem possibilidade de ressuscitação (OMS, 1995). Na história da Medicina, observa-se a obsessão dos médicos em evitar a morte, entretanto,

quando ocorre, é dever do médico verificar, constatar e declarar a causa do óbito. De acordo com a legislação brasileira e a cultura de outros países, o médico tem a responsabilidade ética e jurídica do preenchimento da Declaração de Óbito (DO), com informações verídicas, completas e fidedignas (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde, a DO é um documento padronizado para coleta de informações sobre mortalidade, gerando estatísticas vitais e epidemiológicas no Brasil, e, a partir das informações extraídas, é definida grande parte das prioridades que compõem as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2011b).

As DOs são coletadas pelas Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde em hospitais e cartórios, sendo então codificadas e transcritas para um sistema informatizado, o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). A codificação e a seleção das causas de morte obedecem ao estabelecido pela OMS, por meio da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, atualmente em sua 10ª revisão (CID-10) (OMS, 1995).

A DO é impressa com sequência numérica única, em conjunto de três vias autocopiativas. É composta por nove blocos, dos quais o bloco V refere-se às condições e causas do óbito, e esta possui duas partes. Na parte I, o médico atesta a causa que diretamente provocou a morte (escrita na linha a) e os estados mórbidos que produziram a causa registrada (escritos nas linhas b, c e d). A causa básica deve ser anotada por último na sucessão dos estados patológicos (BRASIL, 2011b). Segundo a OMS (1995), a causa básica de morte é definida como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

A parte II é destinada à anotação de outras condições mórbidas que contribuíram para a morte, mas que não fizeram parte da cadeia definida na parte I e constituem as causas contribuintes (BRASIL, 2011b). Orienta-se, ainda, que o médico coloque na parte II todos os estados patológicos presentes no momento da morte, mesmo tendo ou não contribuído para a mesma. Dessa forma, é possível obter-se maior quantidade de informações sobre a frequência

de doenças na população. A análise da causa básica e da causa múltipla possibilita ter informações mais fidedignas sobre as principais doenças que atingem a saúde de uma população e não somente aquelas que levam à morte, além de possibilitar a aplicação de técnicas de prevenção em outros níveis que não somente os da causa básica. A investigação do óbito tem como objetivo primário o de qualificar a informação ou vigilância do óbito, porém, auxilia na pesquisa científico-epidemiológica, oferecendo subsídios para diferentes finalidades, como os estudos das causas de morte, fundamentais para o planejamento do setor saúde e o diagnóstico de saúde da população brasileira. Além disso, a investigação do óbito pode ser útil para levantar fatores determinantes e possíveis causas, a fim de se obter a adoção de medidas que objetivem evitar eventos semelhantes (JORGE; LAURENTI, DI NUBILA, 2010).

1.1.2. Óbito como evento sentinela

A mortalidade por uma determinada condição é o primeiro indicador do estado de saúde de uma população e também da eficácia dos serviços de saúde dos países (MURNAGHAN, 1981). As precárias condições socioeconômicas e culturais dos indivíduos, a baixa qualidade da assistência e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde são apontadas como fatores condicionantes e/ou determinantes do elevado número de mortes (AERTS, 1997).

Desde a década de 1970, Rutstein e colaboradores (1976) preconizavam a seleção de alguns eventos (óbitos ou doenças) que pudessem servir como indicadores da efetividade de programas e serviços de saúde. A seleção de um óbito como “sentinela”, também chamado “desnecessário” ou “consentido” (LEITE et al., 1997), justifica-se pela estreita relação com o acesso e a qualidade da assistência prestada à população.

A ocorrência ou a detecção de um óbito considerado evitável, conforme Rutstein e colaboradores (1976), denomina-se evento sentinela. Segundo a *Joint Commission* (2013), um evento sentinela é compreendido como

a ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessária ou prevenível por meio de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces.

Em uma busca nas bases de dados Scielo, Lilacs e Pubmed, sem restrição de período, com o objetivo de analisar o uso da metodologia de evento sentinela na Vigilância das DCNTs na literatura científica, dos 11 artigos encontrados e analisados, observaram-se diferenças metodológicas entre os estudos, sendo que três estudos apresentaram como delineamento de pesquisa o estudo de caso, três, o delineamento transversal, dois eram estudos prospectivos, dois eram pesquisa avaliativa e um era estudo retrospectivo.

A respeito dos assuntos abordados pelos trabalhos, houve também uma variabilidade, dos quais três estudos discorreram sobre a mortalidade infantil e dois, sobre os óbitos perinatais. Os demais não apresentaram frequência maior que um. Destaca-se apenas os estudos de Connell e Loudon (1983) e de Oshiro et al. (2014) que abordaram as DCNTs em suas temáticas, sendo o primeiro a mortalidade por diabetes e o câncer de mama no segundo.

A utilização do evento sentinela como indicador da qualidade da atenção à saúde é capaz de detectar ocorrências na população não coberta de fato pelos serviços de saúde. Sendo assim, o monitoramento de casos definidos como evento sentinela pode prover importantes informações para o planejamento, avaliação e proposição de políticas de saúde com a ótica centrada na população. A análise desses resultados enfatiza o efeito agregado dos múltiplos determinantes da saúde (MILLER, 1987; PENNA, 1992).

Segundo Alder (1978), há dois requisitos básicos na avaliação do evento sentinela. O primeiro refere-se a um consenso sobre o que, em um dado local e tempo, deva ser considerado como doença, incapacidade ou morte prevenível. O segundo requisito é a avaliação de doenças e mortes por meio de dados detalhados e confiáveis. Dessa maneira, o evento sentinela pode sinalizar a falha na atenção médica e de saúde pública, indicando mecanismos que auxiliem na melhora da atenção (RUTSTEIN et al., 1976).

A despeito das dificuldades conceituais e metodológicas, os estudos sobre evitabilidade podem se tornar importantes ferramentas para os gestores e profissionais de saúde, permitindo-lhes o monitoramento das tendências da mortalidade de causas evitáveis pela atenção à saúde, a identificação de eventos sentinela sensíveis à qualidade dessa atenção, além de auxiliar na identificação de áreas prioritárias de investigação e correção (MALTA et al., 2007).

Por meio da vigilância do óbito, é possível identificar falhas na assistência, devendo ser parte integrante da operacionalização dos programas (HARTZ, 1995). Essa vigilância, como componente fundamental de programas ou serviços, pode permitir o confronto entre as atividades normatizadas e as efetivamente executadas, explicitando os pontos de estrangulamento assistenciais, além de revelar problemas no acesso aos serviços (FRIAS, 2001).

1.1.3. Mortalidade evitável e as doenças cerebrovasculares como evento sentinela

Segundo Rutstein (1984), o princípio do evento sentinela derivou-se da extensa experiência em razão da mortalidade materna e infantil. Durante a década de 1920, com a alta mortalidade materna nos Estados Unidos, foram conduzidos vários estudos para investigar as causas desses óbitos (MARMOL; SCRIGGINS; VOLLMAN, 1969).

Como consequência, foram constituídos subcomitês nos Estados americanos para analisar a mortalidade materna. Em 1930, o Comitê de Bem-Estar Materno investigou as mortes maternas no Estado da Filadélfia, classificando os óbitos em obstétricos ou não obstétricos e preveníveis ou não preveníveis. Na ocorrência de uma morte materna, o Comitê decidia, a partir dos dados investigados, qual fator poderia ter sido responsável pela morte, segundo quatro categorias: (1) relacionados ao médico, (2) ao paciente, (3) à família e (4) não evitável (MARMOL; SCRIGGINS; VOLLMAN, 1969).

Em 1957, a Associação Médica Americana publicou o Guia para Estudos de Morte Materna, com o objetivo de elaborar uma coleção de dados comparáveis em todo o país e operacionalizar a realização de estudos pelos Comitês de Mortalidade Materna (AMA, 1964).

Outra análise sobre as mortes evitáveis surgiu com o estudo da mortalidade por tuberculose de 1924 a 1944, nos Estados Unidos. Dempsey (1947) concluiu que a morte por tuberculose poderia ser controlada por meio de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces, além da adoção de tecnologias mais apropriadas.

Um marco na história da evitabilidade dos óbitos foi a extensão do conceito para a população de todas as idades e a criação de uma lista de mortes evitáveis. Em meados de 1970, Rutstein e outros pesquisadores médicos, profissionais da saúde pública e da epidemiologia formaram o *Working Group on Preventable and Manageable Diseases*, com o intuito de desenvolver uma extensa lista de condições que seriam potencialmente preveníveis e tratáveis em estágio precoce, evitando, dessa maneira, um resultado negativo (RUTSTEIN et al., 1976).

A lista classificava as mortes evitáveis em três situações: claramente evitáveis (I), condições limitadas na sua evitabilidade (II) e condições que demandam melhor definição e estudos especiais (III) (RUTSTEIN, 1984).

Na primeira (*single-case indexes*), foram listadas cerca de 90 causas de mortes claramente evitáveis e que podem ser usadas como indicadores da qualidade da assistência e que seriam passíveis de vigilância, segundo o Centro de Controle de Doenças (CDC – *Center for Disease Control*), como, por exemplo, as mortes maternas e infantis, as doenças ocupacionais e algumas neoplasias (CDC, 2006). Na segunda situação (*indexes based on rates*), foram listadas cerca de 20 condições cujos indicadores teriam uso limitado quanto à mensuração da qualidade da assistência. Incluem-se a hepatite B, malária, leucemia linfática, sepse neonatal e infecções nosocomiais, hemofilia, doença hipertensiva, úlceras e artrite. Na terceira, encontravam-se as condições cujos indicadores demandavam melhor definição e estudos especiais, como, por exemplo, o alcoolismo, cirrose, dependência a drogas, suicídio,

homicídios e desordens mentais (RUTSTEIN, 1984). Essa lista foi atualizada em 1980.

Influenciados por novos referenciais, avanços na intervenção médica e na necessidade de adaptações às realidades locais, outras listas foram propostas com modificações na relação de mortes evitáveis, e na idade- limite, proposta por Rutstein e colaboradores (1976) em 65 anos.

Entre 1974 e 1978, Charlton e Vélez (1986) desenvolveram estudos na Inglaterra e no país de Gales e foram os primeiros a aplicar o conceito de mortes evitáveis em estudos populacionais com indivíduos de cinco a 64 anos de idade.

Poikolainen e Eskola (1986), na Finlândia, utilizaram 22 causas de mortes evitáveis até 65 anos de idade, exceto para diabetes e asma, e adotaram 50 anos como a idade-limite para sua evitabilidade.

Em 1989, Mackenbach e colaboradores excluíram as condições que implicavam em ações educativas e incluíram como evitáveis por meio de ações desenvolvidas na atenção primária as doenças preveníveis por imunização, como tétano e poliomielite e as preveníveis por meio de rastreamento (*screening*), como o câncer de colo uterino. Posteriormente, Mackenbach (2000) incluiu as DICs e o câncer do reto na classificação de evitabilidade, considerando os avanços na assistência médica para o tratamento dessas doenças.

Em estudo mais recente, Gómez-Arias e colaboradores (2009) incluíram as doenças crônico-degenerativas na lista de causas de morte evitáveis como possível indicador da falha do controle da mortalidade na Colômbia e em países com condições epidemiológicas e sanitárias semelhantes.

No Brasil, em 2005, sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, uma lista de causas de morte evitáveis por intervenções do SUS foi construída por especialistas de áreas relevantes que debateram o tema e sistematizaram os conceitos e as metodologias para a realidade brasileira. O trabalho desse grupo resultou na

seleção de causas para dois subgrupos de idade: os menores de cinco anos de idade e os de cinco a 74 anos de idade (MALTA et al., 2007).

A composição da lista brasileira de mortes evitáveis seguiu as seguintes diretrizes: a) revisão e pactuação de uma lista de evitabilidade baseada na realidade brasileira, porém, que preservasse certo grau de comparabilidade internacional; b) inclusão de óbitos evitáveis à luz da tecnologia disponível no SUS do Brasil; c) priorização de causas de óbito que fossem mais sensíveis à atenção e ao cuidado à saúde; d) possibilidade de estudos voltados à realidade do país, suas macrorregiões e Estados, e também dos municípios; e) recomendação da investigação do óbito para melhor definição de sua evitabilidade; f) para a escolha dos indicadores, considerou-se a inclusão das causas de óbito de maior incidência no Brasil; g) inclusão de eventos sentinela cuja incidência é baixa, mas chame a atenção sobre falhas na assistência (por exemplo, doenças de notificação compulsória, óbito por causas maternas) e h) inclusão das causas mal definidas como elemento analítico, com os seguintes propósitos: (i) aferir a qualidade das informações sobre mortalidade e de possíveis vieses de informação nas análises das causas evitáveis e (ii) construir um indicador que avalie a qualidade da assistência, a partir da discriminação das causas mal definidas de óbitos com e sem assistência médica na base de dados (MALTA et al., 2007, p. 236).

O agrupamento das DCbVs (I60- I69) faz parte do Capítulo IX- Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) da CID-10 (OMS, 1995). A lista brasileira de causas de mortes evitáveis por intervenções do SUS na população de cinco a 74 anos abrange alguns agravos deste agrupamento, tais como: a hemorragia intracerebral (I61.0 a I61.9); infarto cerebral (I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9); acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I64); oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais que não resultam em infarto cerebral (I65.0 a I65.9) e oclusão e estenose de artérias cerebrais que não resultam em infarto cerebral (I66.0 a I66.9), classificados como reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis. Dentre essas ações, encontram-se o controle dos fatores de risco para as DCbVs, como a Hipertensão Arterial (HA), que é uma

das causas diretas ou participantes na morbidade e mortalidade das DCbVs (PEREIRA et al., 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o controle da pressão arterial pode reduzir em 42% o risco de morte por DCbV, cerca de um ano após o início do tratamento. Estima-se que, para maior eficácia desta redução, os níveis tensionais devam ser normalizados com tratamento, ao invés de apenas reduzidos.

Desse modo, a implementação de estratégias que visem a aumentar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da HA é o grande desafio para a área de saúde. Considerando que a maioria da população é atendida pelo SUS, que possui uma das maiores redes de atendimento do mundo, esse sistema merece atenção diferenciada no âmbito político e social (BRASIL, 2013). Para isso, é fundamental a articulação de ações e serviços com distintos graus de complexidade, para a integralidade do cuidado, sob ordenamento da AB.

1.1.4. Organização do Sistema de Saúde e Atenção Básica no Brasil

No Brasil, vários modelos de atenção à saúde foram se desenvolvendo, em diferentes momentos da história, sendo que quatro deles tiveram destaque na política de saúde nacional. O primeiro foi o sanitarismo campanhista, cuja principal estratégia de atuação era desenvolver as campanhas sanitárias e perdurou até 1945. O segundo momento, de 1945 a 1960, foi considerado um período de transição até a consolidação do terceiro. O terceiro momento ocorreu entre 1960 e 1980, no qual se consolida o modelo biomédico. No início dos anos 1980, o modelo estava centrado no médico assistencial privatista (CARVALHO et al., 2017), este modelo era o mais conhecido, embora não atendesse ao conjunto de problemas de saúde de toda a população. Atualmente, o modelo vigente é o plural, que inclui, como sistema público, o SUS, e a saúde suplementar em concomitância.

O SUS teve sua origem com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) que incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do Sistema Público de Saúde. Todavia, a implantação do SUS só ocorreu em 1990 com a elaboração e aprovação das Leis Orgânicas da Saúde que detalharam os princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema.

A Lei Orgânica nº8.080, de 19 de setembro de 1990, contempla a organização básica das ações e serviços de saúde quanto à direção, gestão, às competências e atribuições de cada esfera de governo no SUS. Entretanto, devido aos vetos que recebeu do então presidente Fernando Collor de Melo, esta lei teve de ser complementada pela Lei Orgânica nº8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e a forma e as condições para as transferências intergovernamentais de recursos (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Carvalho e colaboradores (2017), em revisão, sintetizam as principais mudanças decorridas a partir da legislação que estabeleceu as competências do SUS como prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, aí incluídas as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Nesse sentido, com vistas a regulamentar o processo de descentralização proposto pelo SUS, é editada, pelo presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social, através da Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991, a Norma Operacional Básica (NOB) nº01/91 (BRASIL, 1991). Apesar de buscar instituir o arranjo institucional previsto na legislação para a gestão descentralizada do SUS (exigência dos requisitos legais para a transferência de recursos), na prática, essa Norma descaracteriza os principais objetivos do SUS, ao definir a lógica de transferência de recursos a Estados e municípios e, conseqüentemente, de organização do Sistema. Desta forma, continuou prevalecendo a estrutura de compra de serviços privados de saúde do INAMPS, além da ênfase nas atividades curativas do sistema de

saúde, pois a tabela de procedimentos e preços adotada não previa a remuneração de ações promocionais e preventivas, contrariando o princípio de integralidade (CARVALHO et al., 2017).

Em 1992, é editada a NOB nº01/92, que, embora tivesse avançado um pouco na descentralização, não mudou a lógica de financiamento contida na NOB nº01/91 (BRASIL, 1991). Essa NOB, pela sua pouca relevância, é muitas vezes desconhecida.

Insatisfeitas com a política setorial, lideranças do movimento pela reforma sanitária demandavam a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde que deveria discutir os caminhos para a implementação do SUS e a descentralização. Em agosto de 1992, foi realizada essa conferência com o tema: “Municipalização da saúde, condição indispensável para a efetiva implantação do SUS” (CARVALHO et al., 2017).

A formulação da estratégia para a descentralização, pautada nas recomendações da 9ª Conferência, já no governo Itamar Franco (1992/1994), foi exposta e divulgada no documento *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei* (LUCCHESI, 1996). Esse documento, depois de discutido e analisado pelos vários atores da área, ganhou uma nova versão e constituiu-se na Norma Operacional Básica nº 01/93, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e publicada em 20 de maio de 1993, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº545. A NOB 01/93 estabeleceu um processo flexível, gradual e negociado, para assegurar viabilidade política à execução das mudanças necessárias, criando diferentes fases para a habilitação dos municípios, respeitando suas condições técnicas e operacionais (BRASIL, 1996).

Para os Estados, a NOB nº01/93 estabeleceu duas condições de gestão: Condição de Gestão Parcial e Condição de Gestão Semiplena. Ambas atribuíram aos Estados a organização e coordenação dos serviços, sendo que a segunda condição reservava maior responsabilidade aos Estados que deveriam assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços de saúde, em todo o seu território.

No ano de 1996, 63% dos municípios brasileiros estavam habilitados em alguma modalidade de gestão. Porém, a única modalidade que de fato representou a descentralização com autonomia para os municípios na organização do sistema de saúde, e, ao mesmo tempo, maior responsabilidade com o resultado de suas ações, foi a condição de gestão semiplena. Nessa condição, foram habilitados apenas 3% dos municípios, na sua maioria de médio e grande porte, que respondiam por 18% da população brasileira e consumiam 24% dos recursos federais destinados à saúde (OLIVEIRA JÚNIOR, 1998).

Diante desse quadro e para superar estes e outros limites da descentralização, da gestão e do financiamento, surge a proposta de uma nova Norma Operacional do SUS, a NOB 96, que define claramente os papéis dos níveis municipal, estadual e federal, no âmbito do SUS (BRASIL, 1997b). As principais mudanças diziam respeito à forma de repasse financeiro, com transferência regular e automática fundo a fundo, possibilitando autonomia aos municípios e Estados para a gestão descentralizada, fato que se consumou em maio de 1998, quando os municípios passaram a receber o incentivo financeiro pela NOB 96 – Piso da Atenção Básica, inaugurando a modalidade de transferência *per capita* de recursos federais para os municípios.

Na sequência, em janeiro de 2001, com o objetivo de aprofundar o processo de regionalização, foi aprovada a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS SUS nº01/2001 (BRASIL, 2001). Essa norma buscou avançar no processo de responsabilização dos gestores estaduais e municipais pela atenção integral aos seus cidadãos e definiu as áreas de competência da gestão, sendo o DM e a HA como uma das áreas.

Em 2006, houve um esforço das três esferas de governo (municípios, Estados e União) para, com o Conselho Nacional de Saúde, rediscutir a organização e o funcionamento do SUS. Esse encontro resultou em uma proposta de redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social, dando origem ao chamado Pacto pela Saúde (CEAP, 2009). A construção deste Pacto implicou no exercício simultâneo de definição de prioridades, articuladas e

integradas, nos seus três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Vida teve como objetivo o estabelecimento de um conjunto de prioridades que deveriam ser assumidas pelos gestores das três esferas, apresentadas por meio de metas. Em 2006, foram estabelecidas as seguintes áreas prioritárias:

1. Saúde do idoso;
2. Controle do câncer de colo uterino e da mama;
3. Redução da mortalidade infantil e materna;
4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, na hanseníase, na tuberculose, na malária e na influenza;
5. Promoção da saúde;
6. Fortalecimento da Atenção Básica.

Posteriormente à publicação do Pacto, no ano de 2009, o Ministério da Saúde elegeu mais algumas áreas prioritárias incluídas no Pacto pela Vida: a saúde do trabalhador, a saúde mental, o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, a atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e a saúde do homem (BRASIL, 2009).

Uma das principais inovações do Pacto de Gestão foi a substituição da forma rígida de repasse de recursos, que se dava em mais de 100 rubricas, para cinco blocos de financiamento (MACHADO, 2007):

1. Atenção Básica;
2. Atenção da média e alta complexidade;
3. Vigilância em saúde;
4. Assistência farmacêutica;

5. Gestão do SUS.

Com a nova modalidade de repasse, os gestores da saúde passaram a ter maior autonomia, pois, dentro de cada bloco, o gestor pôde destinar recursos às ações estabelecidas, segundo as necessidades locais.

De maneira resumida, a política de saúde pública desenvolvida, principalmente ao longo dos anos 1990 e 2000, apresenta como importante característica a ênfase na AB como forma de orientar e reorganizar a lógica assistencial do SUS. Esse período foi marcado por grande investimento do MS na universalização, no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento da AB.

No ano de 2006, a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica marcou definitivamente a AB como ponto de partida e porta de entrada preferencial do SUS. Definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a ESF como modelo de AB e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS” (BRASIL, 2006b).

Ainda no intuito de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB e apoiar a inserção da ESF, em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como proposta de qualificação da AB por meio do apoio técnico-pedagógico e assistência à SF e à AB (BRASIL, 2009).

O NASF é composto por equipes de profissionais de diferentes categorias, previamente definidas pelos gestores locais, segundo dados epidemiológicos. Essas equipes atuam de forma compartilhada com as EqSFs, nos territórios de sua responsabilidade, a partir das demandas identificadas em conjunto. Diferentemente da EqSF, o NASF não é porta de entrada para o SUS e configura-se como equipe de apoio (BRASIL, 2009).

Cabe à ESF e ao NASF o trabalho integrado na prática dos serviços de saúde, ampliando as prioridades para o serviço, assim como melhorando a possibilidade de atenção ao usuário.

1.1.5. Atenção Primária à Saúde e seus atributos

No Brasil, a AB é tida como sinônimo da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2012a), que é o nível de atenção à saúde que se configura como uma das portas prioritárias de entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, cujas ações devem ser dirigidas à pessoa (não à enfermidade). Os países que possuem sistemas organizados a partir da APS apresentam menores taxas de incidência de doenças e de internação, redução de taxas de mortalidade prematura por causas evitáveis, menores custos e maior equidade na oferta de serviços (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A APS foi idealizada em 1920, no Reino Unido, no Relatório Dawson, um documento do governo inglês que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde (OPAS, 1964). Segundo o relatório, o modelo de atenção foi concebido como:

“... centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação generalista. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde” (OPAS, 1964).

Mendes (2012), em revisão, destaca que a ideia de conceber um sistema de saúde com serviços primários de saúde foi apresentada no início dos anos 1920, e, ao final dos anos 1970, vários movimentos favoreceram direta ou indiretamente a APS. A criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, e a adoção do médico generalista (LAKHANI; BAUER; FIELD, 2007) são exemplos importantes. Vários outros também foram relevantes, muitos deles ocorridos na década libertária dos anos 1970, como: o movimento feminista e a pílula anticoncepcional, o surgimento dos movimentos pacifistas e ecológicos, a

saúde materno-infantil, os estudos de Framingham sobre os fatores de risco nas DCVs, entre outros (SAKELLARIDES, 2001). Tais fatos e movimentos favoreceram uma consciência propícia, nos campos cultural e político, para a institucionalização da AB em larga escala, que culminou na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, com o apoio da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, Unicef (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1979).

Em 1979, a Assembleia Mundial da Saúde solicitou que todos os países-membros colocassem em prática estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”. Entretanto, quando a OMS propôs sua agenda para a operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, os países industrializados já haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estava longe de atingi-las, gerando problemas de conceituação e, por consequência, de implementação (WHO, 1986).

Segundo Mendes (2012), as variações na interpretação da AB se explicam, ademais, pela mesma história de como se gestou e evoluiu esse conceito e pela ambiguidade de algumas de suas definições formais estabelecidas nos foros internacionais, ou pelo uso diferenciado do termo ou pela tentativa de se instituir uma concepção positiva do processo saúde-doença, em momento de nítida hegemonia de uma visão negativa da saúde. A interpretação da AB como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde é compreendida como uma forma singular de apropriar, recombinar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da AB como parte e como coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por isso, há quem sugira que a AB deve ocupar o papel de ordenadora do cuidado no sistema de atenção à saúde.

Starfield (2002) cita os atributos essenciais e que asseguram a qualidade na AB, sendo eles: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

A AB constitui-se como serviço de primeiro contato, que significa ser a porta de entrada do sistema de saúde procurado regularmente, a cada vez que o usuário precisa de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Para atingir este atributo, o serviço necessita ser acessível à população, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais; e possibilitar o encaminhamento para outros profissionais da atenção especializada. Embora acesso e acessibilidade sejam utilizados frequentemente como sinônimos, eles têm significados diferentes, ainda que complementares. A acessibilidade possibilita as pessoas adentrarem aos serviços de saúde, enquanto o acesso é a forma como as pessoas experimentam as características de seus serviços (STARFIELD, 2002).

Para oferecer a acessibilidade, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível; se não, a atenção será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema. O primeiro contato implica na acessibilidade e na utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema (STARFIELD, 2002). A acessibilidade é, então, o elemento “estrutural” necessário para a primeira atenção.

O segundo atributo refere-se à longitudinalidade que corresponde à responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da relação profissional-usuário, equipe-usuário e unidade de saúde-usuário ao longo da vida, independente da ausência ou presença de doença (STARFIELD, 2002). Embora a palavra continuidade seja usualmente empregada no lugar de longitudinalidade, esta última transmite melhor a ideia do que a anterior. Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde.

Para o alcance da longitudinalidade, é necessária a existência de um local, de um indivíduo ou de uma equipe de indivíduos associados que sirvam como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. Ter atenção longitudinal significa que aqueles

indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como “sua”; que os prestadores ou grupos de prestadores reconhecem, pelo menos implicitamente, a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença); e que esta relação exista, por um período de tempo definido ou indefinido, até que seja explicitamente alterada (STARFIELD, 2002).

Para se estabelecer uma relação pessoal de longo prazo entre os profissionais de saúde e os usuários de suas unidades, são essenciais a identificação de uma população eletiva e o estabelecimento de vínculo, de forma que possam reconhecer a unidade de saúde como fonte regular de atenção (STARFIELD, 2002).

O terceiro atributo, a integralidade, requer a oferta garantida de todos os tipos de serviços (preventivos e curativos), para todas as faixas etárias (STARFIELD, 2002) e não se limita somente à AB. A integralidade refere-se à “integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

O quarto atributo essencial da APS, a coordenação, refere-se à capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (STARFIELD, 2002). A coordenação é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa.

A coordenação (integração) da atenção requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual). Por exemplo, o estado de problemas observado em consultas anteriores ou problemas pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais deveria ser avaliado nas consultas subsequentes. Este

reconhecimento de problemas será facilitado se o mesmo profissional examinar o paciente no acompanhamento ou se houver um prontuário médico que esclareça estes problemas. Assim, tanto a continuidade como o reconhecimento de problemas são necessários para avaliar a coordenação da atenção (STARFIELD, 2002).

A AB é o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, o local da responsabilidade continuada pelos pacientes em populações e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente. Assim, a forma pela qual é formulada para prestar os serviços e de como fazê-lo de forma adequada são componentes-chave de uma estratégia para melhorar a efetividade e a equidade dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Entretanto, a AB é apenas um componente, embora seja o componente fundamental, dos sistemas de saúde. Seu papel é prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e ser como um agente para a prestação de serviços, de acordo com as necessidades que devem ser atendidas em outros lugares (MENDES, 2012).

Conforme comentado previamente, no Brasil, a AB passa a ser assumida oficialmente como uma estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder às necessidades da população. A implementação da AB teve início, de fato, em 1994, com a operacionalização do Programa Saúde da Família (PSF). O embrião do PSF foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), existente desde o início dos anos de 1990, constituído de agentes da própria comunidade treinados para promoção da saúde, prevenção de agravos e alguns procedimentos terapêuticos mais simples. Em 1998, com incentivos financeiros proporcionados pela NOB 96, o programa passou a ser encarado como estratégia para mudança do modelo de atenção (BRASIL, 1997a).

A ESF se caracterizou como um ambiente adequado para o desenvolvimento de uma assistência mais global e ao mesmo tempo inovadora, devido ao estreitamento dos laços entre as equipes de saúde e as pessoas, as famílias e o território de sua abrangência. Além disso, estimular as ações de

promoção e prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, com a família no centro da atenção, contribuindo para o princípio da integralidade (CARVALHO et al., 2017).

A ESF tem como intuito a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de suas práticas, adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e atenção e controle de doenças e agravos e deve estar amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Entre seus objetivos incluem-se, ainda: a prestação da assistência integral e contínua de boa qualidade à população, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a intervenção sobre os fatores de risco a que esta população está exposta, humanizando as práticas de saúde por meio de estabelecimento de vínculo de confiança e contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença (BRASIL, 1997a).

A ESF apoia-se em dois referenciais: o da Vigilância em Saúde e o das Ações Programáticas em Saúde. A primeira refere-se à organização das ações a partir do território e problemas de saúde, intersetorialidade, discriminação positiva de saúde e paradigma da produção social da saúde (NEMES, 2000). A segunda refere-se à organização da demanda por meio de reconhecimento de pessoas/grupos com necessidades e características comuns.

A análise do território serve, antes de tudo, como meio operacional para avaliação objetiva das condições de vida. A identificação de problemas de saúde no território deve suplantar a listagem de agravos prevalentes e evidenciáveis, mediante notificações, para abordar e contemplar a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes. O ponto de partida desse processo é a territorialização do sistema de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município, segundo a lógica de relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e aos serviços de saúde, o que implica um processo de coleta e sistematização de

dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Sobre as ações programáticas em saúde, trata-se de uma proposição de organizar o trabalho em saúde, fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica e tem como finalidade a realização das necessidades humanas. A respeito da base política da Ação Programática, pode-se dizer que “ela é filha da Programação dos anos 1970 na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, devido à tentativa de articular a assistência médica à Saúde Pública, mas também é filha da Reforma Sanitária no Brasil” (NEMES, 2000). Suas raízes passam pelo reconhecimento da possibilidade de um projeto sanitário novo, de universalização da assistência médica individual e de sua valorização ética. Enquanto a sua base tecnológica implica a utilização de diagnósticos coletivos como definição dos produtos do trabalho, ou seja, o conhecimento epidemiológico ordena a escolha dos objetivos de trabalho. Quer dizer que há uma priorização na alocação de recursos e uma hierarquização das atividades para dar mais atenção a algumas demandas em detrimento de outras (NEMES, 2000).

Na organização de serviços, as necessidades de saúde são o aspecto mais importante, pois suscitam os tipos de serviços e embasam a configuração geral de sua estrutura. Mas definir necessidades é uma complexa questão. Segundo Stotz (1991), as necessidades em saúde são determinadas socialmente e historicamente e só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual.

Para Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), pensar em necessidades de saúde remete à “assistência”, a imagem da procura de cuidados médicos que um doente faz ao dirigir-se a um serviço de saúde. A essa procura pode-se caracterizar como “demanda”, ou seja, a busca ativa por uma intervenção, o que representa o “consumo” nos serviços de saúde. A origem dessa busca refere-se à carência em alguma função (física, orgânica ou um sofrimento) identificada pelo indivíduo e que o impede de seguir a sua rotina normalmente.

Já para Cecilio (2009), as necessidades de saúde poderiam ser apreendidas, de forma bastante completa, numa taxonomia organizada em quatro conjuntos. O primeiro diz respeito a reconhecer que as pessoas precisam ter “boas condições de vida”. Segundo o autor, a reconceitualização no sentido de reconhecer que “boas condições de vida” poderiam ser entendidas no sentido mais funcionalista, que enfatiza os fatores do “ambiente”, “externo”, que determinam o processo saúde-doença, ou seja, entender que a maneira como se vive se “traduz” em diferentes necessidades de saúde. O segundo conjunto fala da necessidade de se ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. O terceiro conjunto de necessidades diz respeito à criação de vínculos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional. Para o autor, o vínculo é mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, um encontro de subjetividades. O vínculo é uma relação de confiança, algo como o rosto do sistema de saúde. O quarto e último conjunto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia, no seu modo de levar a vida. A autonomia, segundo o autor, implica na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível. A informação e educação em saúde constituem apenas parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa.

Dessa maneira, as necessidades de saúde podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo, a procura de um vínculo efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia, ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo de ser captadas em sua expressão individual (CECÍLIO, 2009).

Na verdade, a demanda do usuário pode ser apresentada ou “disfarçada” por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (ou seja, serviços ofertados pela UBS); porém, as necessidades podem ser bem outras, como visto anteriormente.

Cabe aos profissionais da AB possibilitar o acesso universal e contínuo à rede de atenção, ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde e responsabilizar-se pela atenção à saúde da população. O serviço de saúde deve estar organizado para acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população e/ou reduzir os danos e sofrimentos desta, ou, ainda, se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2012a).

1.1.6. Atenção Básica na prevenção da mortalidade por doença cerebrovascular

Como visto no capítulo anterior, a ESF incorpora os princípios do SUS (BRASIL, 2000) e baseia-se nos princípios da Vigilância em Saúde e nas Ações Programáticas em Saúde para organizar as suas ações.

A ESF elenca as suas atividades por meio da priorização dos problemas, estes identificados pelo diagnóstico local e de acordo com as necessidades da população e as possibilidades da equipe. Sendo assim, as seis grandes áreas de atuação que direcionam as ações em Programas de Atenção são: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Controle de Hipertensão e Diabetes, Controle de Tuberculose, Eliminação da Hanseníase e Ações de Saúde Bucal.

No tocante ao controle da Hipertensão e Diabetes, prioriza-se o diagnóstico de casos e cadastramento dos portadores; a busca ativa dos casos com medição de pressão arterial e/ou dosagem dos níveis de glicose; o tratamento dos casos com fornecimento de medicamentos e acompanhamento do paciente; o diagnóstico precoce de complicações. Além disso, antes da instalação do problema, preconiza-se o desenvolvimento de ações educativas

para controle de risco como obesidade, vida sedentária, tabagismo além da prevenção de patologias bucais.

Há várias décadas, devido às mudanças nas taxas de morbidade e mortalidade, a partir das transições demográfica e epidemiológica em curso nos países como o Brasil, as ações no Controle da Hipertensão e Diabetes têm recebido atenção, por se configurarem em fatores de risco para as DCNTs. No Brasil, as doenças cardiovasculares e as cerebrovasculares destacam-se como as condições de maior magnitude, o que tem justificado a priorização das ações para o controle desses agravos, conforme estabelecido no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

Este Plano foi criado pelo Ministério da Saúde em agosto de 2011, com o objetivo de fortalecer e facilitar as ações multissetoriais para a prevenção e controle das DCNTs. Dentre essas doenças, quatro principais grupos foram abordados: as doenças do aparelho circulatório, o câncer, as respiratórias crônicas e diabetes, e seus fatores de risco, tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

Em novembro de 2012, em reunião de consulta, da qual participaram 119 países, sobre o Marco Global de Monitoramento das DCNTs, houve a definição de novas metas globais. Entre as metas pactuadas para 2015-2025, destacaram-se as metas de redução de 25% da mortalidade por DCNT, redução de fatores de risco como tabaco, álcool, sal, sedentarismo, HA, detenção do crescimento da obesidade e do diabetes, tratamento dos pacientes de DCV e disponibilidade de medicamentos para DCNT. As metas do Plano do Brasil são coincidentes com as metas globais no que se refere à redução de mortalidade por DCNT, redução de fatores de risco como tabaco, álcool, sal e obesidade, mas de acordo com o governo brasileiro, todas as metas globais serão adotadas (MALTA; SILVA JUNIOR, 2013).

Sobre a redução do consumo de sal/sódio, o objetivo principal da meta global é reduzir em 30% esse consumo, e assim, reduzir os níveis de pressão arterial (PA). Alguns autores defendem que reduções nos níveis de PA

da população serão mais eficazmente alcançadas com medidas populacionais, como redução do consumo de sal, estímulo à prática de atividade física e alimentação saudável. O tratamento medicamentoso seria priorizado em pessoas com alto risco global de DCV (BEAGLEHOLE et al., 2012).

Portanto, os esforços globais poderão resultar em reduções significativas nos níveis de PA da população e consequentes impactos nas taxas de doenças do coração, doenças renais, entre outras, bem como na redução nos custos das DCNTs (BEAGLEHOLE et al., 2012).

Para a redução dos eventos cardiovasculares, conhecer a taxa de detecção, tratamento e controle da hipertensão é essencial traçar estratégias de promoção e prevenção em todos os níveis (primário, secundário e terciário) dessa patologia (SBC, 2016).

Entretanto, apesar do diagnóstico e do tratamento da HA estarem bem estabelecidos, as taxas de conhecimento da doença pelo indivíduo, de tratamento e controle ainda se encontram muito aquém do desejado. Hart (1992) destacou que somente metade dos hipertensos tinha a condição detectada; dos que eram detectados, somente a metade era tratada; e, entre esses últimos, somente a metade era controlada.

Na realidade brasileira, estudo realizado por Nogueira e colaboradores (2010), entre os anos de 1999 a 2001, com uma população de 704 funcionários técnico-administrativos de uma universidade no Estado do Rio de Janeiro (Estudo PRÓ-SAÚDE), detectou que entre os indivíduos diagnosticados com hipertensão, 82% reconheciam sua condição. Entre os que reconheciam, verificou-se que 78% faziam uso de drogas anti-hipertensivas e menos da metade dos hipertensos estava controlada. Há de se considerar que a população do referido estudo apresenta características distintas, por se tratar de adultos na faixa etária de 35 a 64 anos, inseridos formalmente no mercado de trabalho e com melhor acesso a serviços de saúde. Diferentemente, pesquisa mais recente realizada por Menezes e colaboradores (2016), em Campina Grande, Paraíba, com 806 idosos, observou que dos portadores de hipertensão, 59,8% reconheciam seu *status* e, destes, 44% apresentaram a pressão controlada.

Em estudo de base populacional (Projeto VIGICARDIO), realizado no município de Cambé, Paraná, no ano de 2011, a prevalência de hipertensão em adultos de 40 anos ou mais foi de 56,4%. Destes 70,7% reconheciam a sua condição; dos que reconheciam, 83,8% tratavam, e dos que tratavam, 38,4% estavam com os níveis pressóricos controlados (MACHADO, 2014).

Esses resultados apontam a necessidade de estratégias voltadas para melhorar o reconhecimento da hipertensão, bem como o seu controle entre os que tratam, no sentido de aumentar o impacto das ações de saúde e evitar a ocorrência de eventos cardiovasculares, especialmente as DCbVs.

Considerando-se que o indivíduo tem de reconhecer, tratar e controlar a sua condição, o serviço de saúde precisa de fato realizar e aumentar a cobertura dessas ações. A ESF é considerada a porta de entrada para o sistema de saúde, por constituir nível próprio de atendimento, e por isso, deve estruturar-se e organizar o serviço na lógica programática, na integralidade, na longitudinalidade do cuidado e na coordenação das ações e serviços de saúde.

Assim, é fundamental a reorganização da AB pautada na integração de uma equipe multiprofissional, com competências definidas e centradas na ESF, para o desenvolvimento das ações que visem à detecção precoce da hipertensão, ao acompanhamento da população coberta pela ESF, ao tratamento dos casos por meio de terapias adequadas a cada indivíduo de acordo com seu perfil de risco cardiovascular e o devido controle da hipertensão.

1.1.7. Evolução das políticas de atenção ao controle da hipertensão

As mudanças nos padrões de ocorrência das doenças têm imposto, constantemente, novos desafios, não só para os gestores e tomadores

de decisão do setor da saúde como também para outros setores governamentais, cujas ações repercutem na ocorrência dessas doenças.

A possibilidade de prevenção de uma considerável parcela das DCVs por meio do controle adequado da PA e da adoção de hábitos de vida saudáveis é amplamente reconhecida. Porém, até os anos 1980, não se observaram a adoção de políticas específicas por parte dos governos federal, estadual e municipal e amplas medidas de intervenção que permitissem uma articulação de ações de prevenção, diagnóstico precoce, acompanhamento sistemático e tratamento das pessoas com HA (BRASIL, 2011c).

No final da década de 1980, foi implementada uma política voltada para o controle desse agravo, cujas ações estavam organizadas na lógica de programas de saúde de caráter vertical e centralizado no Ministério da Saúde, predominando medidas individuais e medicalizantes, sem impacto nos indicadores de morbimortalidade por DCV (LESSA, 1998).

Mesmo com uma baixa efetividade, esse programa norteou a política de prevenção e controle da HA por mais de dez anos e apenas em 2001 foram estabelecidas novas diretrizes para orientação da atenção a esse agravo. Do ponto de vista normativo, duas medidas foram de grande importância: a promulgação da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS) que, por meio da criação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), estabeleceu as diretrizes para ampliação do acesso e da qualidade da AB e definiu o controle da HA como área de atuação estratégica mínima desse nível de atenção (BRASIL, 2001).

Em 2001, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Este plano tinha como objetivo a garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente às Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento e acompanhamento, promovendo assim a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade na rede pública de serviços de saúde, culminando na criação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). O HIPERDIA foi criado pela Portaria GM/MS nº 371, de 04 de março de 2002 (BRASIL, 2002), que estabeleceu metas e diretrizes para ampliar ações

de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho de atenção à saúde, gerando relatórios quantitativos de acordo com faixa etária, sexo, medicamentos utilizados e acompanhamento da PA, sendo a inclusão dos dados de responsabilidade das secretarias municipais de saúde (BRASIL, 2002).

Em 2004, o Ministério da Saúde, em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz, lançou o Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB) que surgiu como modalidade de copagamento e é sustentado por convênios firmados com parceiros públicos e privados sem fins lucrativos. O objetivo da FPB é buscar distribuir de modo universal, igualitário e gratuito, entre outros, os medicamentos para a HA, em toda a extensão do território brasileiro (PINTO et al., 2010). Mais recentemente, com a implantação das farmácias populares e agregação de farmácias e drogarias privadas, o Ministério da Saúde implantou o Programa Aqui Tem Farmácia Popular (PAFP) que, por meio de convênios, beneficiou a aquisição de medicamentos e insumos essenciais a baixo custo ou gratuitamente a mais lugares e mais pessoas (BRASIL, 2016b).

Por meio da Portaria GM/MS nº687, de 30 de março de 2006, (BRASIL, 2006b) foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde, cujo objetivo foi promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Deste modo buscou incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na Atenção Básica, e definindo como prioridades iniciais de atuação: a alimentação saudável e a atividade física/práticas corporais, reforçando a política ministerial de atuar nos fatores de risco para as DCNTs. A partir da elaboração desta portaria, houve um aumento no apoio técnico e financeiro à estruturação da Rede Nacional de Promoção da Saúde.

Ainda, em 2006, o Ministério da Saúde publicou o caderno de atenção intitulado “Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica”, com o intuito de fortalecer ações de prevenção primária e secundária das DCVs e renais em grande escala. Este protocolo foi a primeira iniciativa brasileira de ação estruturada e de base populacional para estas condições e teve como objetivo nortear planos de ação de cuidado integral, com

foco na prevenção destas doenças, sistematizando as condutas atuais recomendadas com base em evidências científicas para a identificação e manejo de indivíduos sem doença manifesta e em risco de desenvolverem doenças cardíacas ateroscleróticas, cerebrovasculares e renais (BRASIL, 2006c).

Em 2011, foi lançado pelo Ministério da Saúde o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022”, com o propósito de definir e priorizar ações e investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNTs, nos próximos dez anos. O Plano possui três eixos estratégicos que são: a vigilância, informação, avaliação e monitoramento (I), a promoção da saúde (II) e o cuidado integral (III). Visa a reduzir a morbidade, incapacidade e mortalidade causadas pelas DCNTs, por meio de um conjunto de ações preventivas e promocionais de saúde, associadas à detecção precoce e ao tratamento oportuno e ao reordenamento dos serviços de saúde do SUS, a partir da Atenção Básica e da participação comunitária (BRASIL, 2011c).

Com o intuito de fortalecer o Plano de Ações Estratégicas, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de saúde e apoiado a organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Esta rede visa a qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações e de tratamento e recuperação (BRASIL, 2014).

A partir de 2012, o Sistema HiperDia, utilizado para o cadastramento e acompanhamento de usuários com HA e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do SUS, foi substituído pela Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). O e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da AB em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB faz referência ao processo de

informatização qualificada do SUS, em busca de um SUS eletrônico (BRASIL, 2006c).

Além disso, foram revisados os Cadernos de Atenção relacionados ao tema, com vistas à atualização das diretrizes de cuidado sobre fatores de risco comuns às diversas doenças crônicas. Entre os anos de 2013 e 2015, foram impressos os Cadernos de Atenção Básica: “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica” (número 35), “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus” (número 36), “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica” (número 37), “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade” (número 38) e “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista” (número 40) (BRASIL, 2016c).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a finalidade da linha de cuidado da HA é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essa doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção. É essencial que a equipe avalie o indivíduo integralmente, já que comumente a hipertensão está associada a outros fatores de risco e a outras doenças.

O uso desses cadernos de atenção possibilita aos profissionais da saúde da AB o aprimoramento no processo de educação permanente e no apoio da construção de protocolos locais que organizem a atenção à pessoa com doença crônica. Considerando-se que as DCVs permanecem há décadas como a principal causa de morte, o controle da HA faz-se necessário, pois corresponde a um dos principais fatores de risco a esses agravos.

Estudos relatam que o controle da PA é influenciado pela adesão ao tratamento medicamentoso de HA (GIROTTI et al., 2013; REMONDI et al., 2014; TAVARES et al., 2013). Segundo Soares e colaboradores (2012), há cinco grupos de fatores que interferem na adesão ao tratamento entre os hipertensos, sendo eles: regime terapêutico; aspectos socioeconômicos e demográficos; relação com os serviços e profissionais de saúde; aspectos psicossociais e culturais; e apoio familiar e social.

Dessa maneira, tanto o Brasil como outros mais de 100 países têm organizado as suas ações para atingir a meta pactuada no Marco Global de Monitoramento das DCNTs de reduzir em 5% a prevalência de PA elevada entre as pessoas de 18 ou mais anos de idade. Para isso, os países precisam garantir que 50% das pessoas elegíveis recebam medicamentos e aconselhamento (incluindo o controle glicêmico) com o objetivo de prevenir ataques cardíacos e acidentes cardiovasculares (MALTA; SILVA Jr, 2013).

1.1.8. Modelo lógico

A avaliação das atividades inerentes ao cotidiano dos profissionais da APS é importante porque permite um melhor aproveitamento do tempo e dos recursos. Planejar é pensar antes, durante e depois de agir (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O planejamento é uma técnica gerencial que procura, por meio da análise do ambiente de uma organização, criar consciência de suas oportunidades e ameaças, assim como de seus pontos fortes e fracos, e, a partir daí, traçar os rumos ou direção que essa organização deverá seguir para aproveitar as oportunidades, potencializar seus pontos fortes e minimizar ameaças e riscos (PORTO, 1998).

Já o ato de avaliar consiste em realizar um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTRANDRIOPOULOS et al., 1997). A avaliação possui caráter mais momentâneo, estabelecendo um recorte temporal claro, em geral de mais profundidade na análise realizada, como se fizesse um *flash* na situação, obtendo uma foto com boa resolução dessa realidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A avaliação opera sobre quatro objetivos: (i) ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); (ii) fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); (iii) determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo

somativo); e (iv) contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental) (CONTRANDRIOPOULOS et al., 1997).

No campo da avaliação, a ideia operacionaliza-se através de modelos lógicos. Um modelo lógico é:

“...um construto teórico que relaciona, de maneira mais consistente e robusta possível, os componentes lógicos de um plano – problemas, intervenções (objetivos, ações), produtos/resultados e impactos esperados –, estabelecendo os vínculos lógicos entre esses componentes, ao mesmo tempo em que levanta e descreve as evidências científicas que embasam as relações necessárias entre os componentes” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.85).

O modelo lógico é um esquema visual (ROWAN, 2000) que deve explicitar como o programa idealmente funciona (HARTZ, 1999), como deve ser implementado e que resultados são esperados. Construir um modelo lógico significa ter de “esquadrinhá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, abstraindo-se aqui suas determinações contextuais” (MEDINA et al., 2005, p.48).

Segundo Rossi e colaboradores (1999), no modelo lógico de um programa devem constar: (i) os componentes essenciais e secundários do programa; (ii) os serviços relacionados e as práticas requeridas para execução dos seus componentes; e (iii) os resultados, suas metas e efeitos na situação de saúde da população e organização dos serviços.

O processo de construção do modelo tem como produto final o diagrama do modelo lógico, contendo os elementos essenciais do programa, porém é necessário que se descrevam os elementos do diagrama e, conseqüentemente, que se construa um plano de medidas, contendo as respectivas medidas avaliativas (MEDINA et al., 2005).

Considerando-se a importância do tema, de diminuir a mortalidade por DCbV, temática exposta nos capítulos anteriores e a proposta de Wilber e Barrow (1972), sobre a hipótese de regra das metades no tratamento

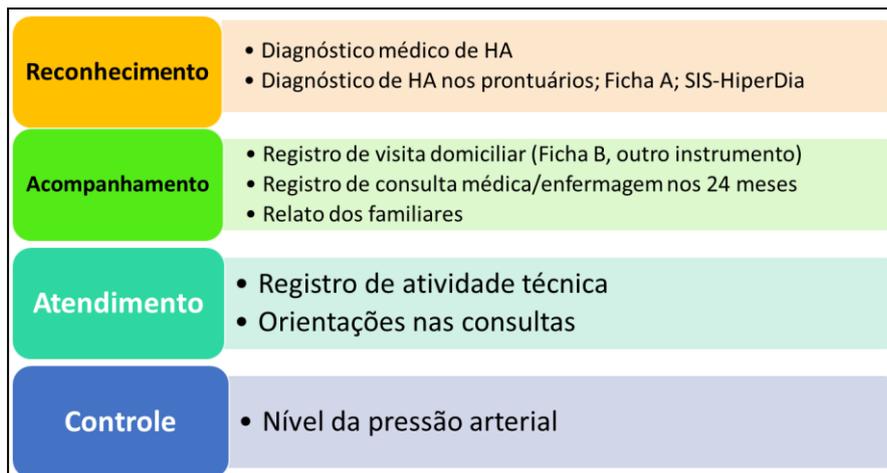
da hipertensão, vamos tomar como ilustração um modelo lógico de controle da HA, como exemplo. Segundo os autores, em uma população de hipertensos, metade (50%) não reconhecia ter esta condição, dos que reconheciam, metade não tratava e dos que tratavam, metade não tinha a PA controlada.

O controle da hipertensão deve ser um dos objetivos do programa (assim como os outros fatores de risco), entretanto, algumas informações precisam ser levantadas, como: a prevalência de HA no território ou na área de abrangência, a proporção de usuários com HA em acompanhamento ambulatorial, a proporção de pessoas com HA com rastreamento de risco cardiovascular, número médio de consultas para usuários com HA, entre outros (BRASIL, 2013). Portanto, as EqSFs devem utilizar os indicadores pactuados para avaliar a linha de cuidado dos indivíduos.

O ponto inicial do modelo lógico deste Programa refere-se ao primeiro contato, ou seja, o serviço necessita ser acessível aos indivíduos e ser a porta de entrada do sistema (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O primeiro componente é a detecção precoce dos indivíduos com hipertensão, pelos serviços da área adscrita. É um dos elementos imprescindíveis para o sucesso do controle, pois, a partir do reconhecimento, a EqSF pode realizar o acompanhamento periódico com a finalidade de atender de forma integral às necessidades dos grupos sociais de responsabilidade do território (Figura 1) (CAMPOS; MISHIMA, 2005).

Figura 1 – Modelo lógico de um programa de controle de pressão arterial.



Fonte: Adaptação de Radigonda (2014).

O diagnóstico da HA consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em, pelo menos, três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão (BRASIL, 2013).

O acompanhamento, segundo componente, refere-se às ações de prevenção e identificação de complicações (BRASIL, 2006c). As atividades contempladas no componente acompanhamento são: (i) visita domiciliar, realizada pelo agente comunitário de saúde (ACS), (ii) consulta médica e (iii) de enfermagem. As informações sobre essas atividades podem ser obtidas dos registros das fichas de acompanhamento dos indivíduos pelos ACSs e de prontuário das UBSs de abrangência, referentes ao endereço dos indivíduos participantes (BRASIL, 2013).

O terceiro componente, o atendimento, é caracterizado pela definição de metas terapêuticas de acordo com o perfil de risco cardiovascular de cada indivíduo (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011). As atividades contempladas no atendimento referem-se às orientações (alimentação, atividade física, tabaco e álcool) realizadas pelo profissional médico e/ou enfermeira durante consulta e as medidas de PA, circunferência abdominal (CA) e índice de massa corporal

(IMC), exame físico, solicitação de exames e encaminhamento ao especialista anotados em prontuário (BRASIL, 2013).

O último componente refere-se ao controle dos níveis pressóricos, considerados os registros de PA inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e/ou 90 mmHg de pressão diastólica (BRASIL, 2013). Segundo Gagliardi (2009), o principal fator de risco para o acidente vascular cerebral (AVC) é a HA, que, quando devidamente controlada, reduz significativamente as taxas de incidência. De acordo o autor, cerca de 80% dos AVCs estão relacionados à HA que pode causar todos os diferentes tipos de AVC, como infarto, hemorragia, grandes AVCs ou lacunares e as demências vasculares. A detecção e controle da PA é um ponto básico e fundamental de qualquer programa de prevenção de AVC, devendo ser esse o maior foco.

Para que todas as ações sejam contempladas e a atenção integral seja garantida, cabe à EqSF a responsabilidade pela coordenação do cuidado da população da área adscrita. Para o exercício da coordenação pelas EqSF, são necessários: tecnologias de gestão da clínica, mecanismos adequados de comunicação entre profissionais e registro adequado de informações (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Portanto, para a coordenação do cuidado existir, deve ocorrer a transferência de informações entre os profissionais e serviços das RASs, sobre os problemas de saúde dos pacientes, bem como da atenção recebida, de modo a assegurar uma sequência ininterrupta de atendimentos, garantindo-se assim a continuidade do contato (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Pelo exposto, e por ser a DCbV uma enfermidade crônica, mas com a possibilidade de prevenção e de controle efetivo, a adoção de medidas e ações adequadas de vigilância à saúde pelas EqSFs podem reduzir o impacto socioeconômico provocado por este agravo e contribuir para a melhoria na qualidade de vida da população (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

Sob essa perspectiva, acredita-se que o aprofundamento a partir de um estudo relacionado à vigilância e investigação das mortes por DCbV constitui um instrumento para verificar a efetividade do serviço de saúde quanto

ao acesso e à qualidade da assistência prestada na detecção, manejo e controle da HA. Acredita-se que, por se tratar de uma metodologia que envolve a vivência cotidiana dos profissionais, sobretudo os pertencentes à área da saúde, pode contribuir na mobilização dos modos de pensar estratégias de superação das falhas e proposição de práticas mais efetivas nos serviços.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar aspectos da assistência prestada pela Atenção Básica às pessoas de 74 anos ou menos, que faleceram por doenças cerebrovasculares, na perspectiva do evento sentinela.

2.2. Objetivos Específicos

- Contextualizar a mortalidade por doenças cerebrovasculares no conjunto das mortes por doenças cardiovasculares;
- Descrever os óbitos por doenças cerebrovasculares, segundo características demográficas, socioeconômicas, de condições de saúde, risco cardiovascular e acesso aos serviços de saúde.
- Analisar os componentes de reconhecimento, acompanhamento, atendimento e controle da PA de pessoas que faleceram por doença cerebrovascular.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, com série de casos, utilizando a técnica de investigação de evento sentinela, para verificar a possibilidade de utilizar as mortes por DCbV na avaliação da AB.

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa “Vigilância das doenças cardiovasculares: análise de tendência, de ações de promoção, de práticas assistenciais e da evitabilidade das internações e mortes”, desenvolvido no município de Cambé, pertencente à região metropolitana de Londrina (Figura 2), localizado no norte do Paraná, com população estimada em 2016, de 104.592 pessoas (IBGE, 2016). O projeto mais abrangente buscou analisar a magnitude, a tendência e a evitabilidade das mortes por doenças cardiovasculares e por diabetes mellitus (DM) e de seus fatores de risco.

Figura 2 – Localização do município de Cambé, Paraná.



Fonte: <https://maps.google.com.br/>

A população deste estudo foi constituída por pessoas falecidas por DCbV, com 74 anos ou menos, residentes e ocorridos no município de Cambé, Paraná, que aconteceram no próprio município no ano de 2013. O projeto de pesquisa foi realizado apenas com os que faleceram no mesmo

município pela facilidade no acesso à declaração de óbito. A partir da consulta a todas as DOs arquivadas no serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Cambé, foram selecionados os casos cuja causa básica ou ao menos uma das causas associadas de óbito foi codificada no agrupamento das doenças cerebrovasculares (códigos I60 a I69) do Capítulo IX – Doenças do Aparelho Circulatório da CID 10 (OMS, 1995).

Foram selecionadas as DOs que apresentaram os seguintes códigos da CID-10: Hemorragia subaracnoide (I60), Hemorragia intracerebral (I61), Outras hemorragias intracranianas não traumáticas (I62), Infarto cerebral (I63), Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I64), Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais que não resultam em infarto cerebral (I65), Oclusão e estenose de artérias cerebrais que não resultam em infarto cerebral (I66), Outras doenças cerebrovasculares (I67), Transtornos cerebrovasculares em doenças classificadas em outra parte (I68) e Sequelas de doenças cerebrovasculares (I69).

A seguir, de setembro de 2013 a setembro de 2014, foram consultados os formulários de investigação dos óbitos utilizados pelo Laboratório de Vigilância das Doenças Cardiovasculares do município de Cambé, em cujos formulários foram transcritas as informações na DO.

O Laboratório constitui uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Cambé, em parceria com a Universidade Estadual de Londrina, com o intuito de testar e qualificar indicadores, analisar a factibilidade dos instrumentos, das medidas e dos processos de produção de dados, para que estes reflitam as mudanças na condição de saúde-doença da população como consequência da prática cotidiana e coletiva de produção do cuidado.

A ficha de investigação do Laboratório (ANEXO A) continha informações das declarações de óbito, do prontuário, da ficha A e do aprazamento da UBS, bem como da entrevista semiestruturada com um familiar. Algumas fichas não continham dados da entrevista, por não ter sido encontrado nenhum familiar no domicílio após, pelo menos, três tentativas. No ano 2013, a organização e o registro das ações de saúde na UBS se davam pelas fichas A, fichas B, aprazamentos e pelo HIPERDIA que foram abolidos após a introdução

do novo sistema de informação na AB, o e-SUS. As entrevistas com os familiares foram realizadas de acordo a disponibilidade dos mesmos, no próprio domicílio ou em outro ambiente adequado.

A análise do presente estudo foi desenvolvida em três etapas: (i) contextualização da mortalidade por doenças cerebrovasculares no conjunto das mortes por doenças cardiovasculares, e estas no conjunto de óbitos; (ii) descrição dos casos de acordo com características selecionadas e (iii) análise dos casos quanto à assistência prestada pelas UBSs, após elaboração de um modelo lógico.

i) Contextualização da mortalidade por doenças cerebrovasculares

Utilizando-se as informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), inicialmente buscou-se contextualizar o total de mortes de residentes no município, segundo os capítulos da CID-10, para demonstrar a magnitude das doenças do aparelho circulatório comparada aos demais capítulos. Entre os óbitos ocorridos por doenças do aparelho circulatório, procurou-se detalhar a distribuição por agrupamentos deste capítulo, segundo local de ocorrência (Cambé e outros municípios).

ii) Descrição dos casos

A descrição dos casos se deu por meio das informações obtidas no formulário do Laboratório de Vigilância, segundo as características apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Definição das características analisadas e respectivas fontes de dados.

Características (e fonte de dados)	Definição
Causa de morte (declaração de óbito)	<p>- Causa básica de morte: considerada como a doença cerebrovascular que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, presente na parte I da DO.</p> <p>- Causa associada de morte: causas consequenciais ou contribuintes, presentes na parte II da DO. Entende-se por causas consequenciais, as doenças, lesões ou complicações que ocorreram próximo ao momento da morte, ou que ocorreram em algum momento entre a causa básica e a causa imediata de morte. E a causa contribuinte contempla as outras causas que não entram na cadeia iniciada pela causa básica (SIVIERO, 2013).</p>
Idade (declaração de óbito)	<p>- Anos completos de vida</p> <p>- Morte precoce: definido como óbito antes dos 75 anos de idade, segundo Lista de Causas de Mortes Evitáveis (MALTA et al., 2007)</p>
Sexo (declaração de óbito)	- Se masculino ou feminino
Classificação econômica segundo Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP (entrevista)	- Classificação social que permite identificar o real potencial de consumo das famílias brasileiras. A classificação divide a população brasileira em seis estratos socioeconômicos denominados A, B1, B2, C1, C2, D e E (ABEP, 2012).
Plano de Saúde (entrevista)	- Se possui ou não
Serviços de saúde utilizados (prontuário UBS e entrevista)	- Se utilizava ou não UBS, fazia acompanhamento com alguma especialidade médica ou outro profissional de saúde, se está em internação domiciliar, ou ainda, se não utilizava serviço de saúde.
Registro de doenças (prontuário UBS e entrevista)	- Considerado o registro do diagnóstico clínico de HA, doença cerebrovascular, entre outras condições.
Classificação de risco segundo Caderno de Atenção Básica n.37 (BRASIL, 2013)	<p>- Baixo Risco/Intermediário - considerada a presença das seguintes condições: tabagismo, hipertensão, obesidade, sedentarismo, sexo masculino, história familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65 anos) e idade >65 anos;</p> <p>- Alto Risco - considerada a presença das seguintes condições: acidente vascular cerebral prévio, infarto agudo do miocárdio prévio, lesão periférica ou lesão de órgão-alvo, ataque isquêmico transitório, hipertrofia de ventrículo esquerdo, nefropatia, retinopatia, aneurisma de aorta abdominal, estenose de carótida sintomática e diabetes mellitus</p>

Fonte: Próprio autor.

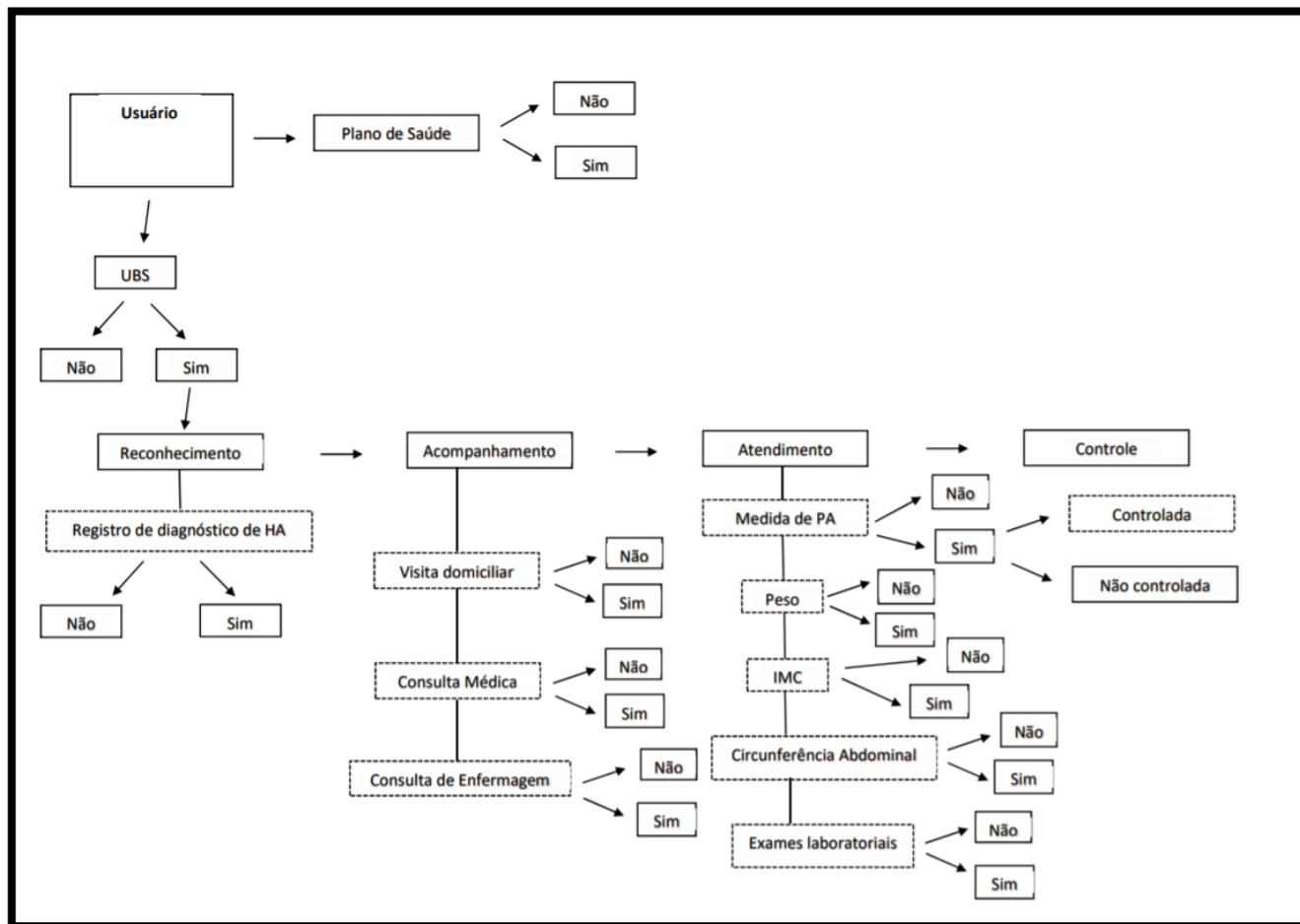
iii) Análise dos casos quanto à assistência prestada pelas UBSs

A análise dos casos se deu por meio de um modelo lógico construído com base nos protocolos oficiais de Atenção ao Indivíduo com Hipertensão Arterial e ilustrado na Figura 3. A representação esquemática do modelo lógico foi elaborada para cada caso, a fim de detectar possíveis falhas.

Dessa maneira, a análise de cada caso envolveu dois eixos:

- Perspectiva do serviço (análise documental, conforme eixos definidos para cada uma das dimensões do modelo lógico);
- Perspectiva do usuário (entrevista, análise documental, com foco na adesão à terapia medicamentosa, estilo de vida, retornos às consultas, realização de exames). Seguindo a técnica recomendada para estudo de eventos sentinela, foi revisitada a história individual de cada caso em relação à assistência recebida, revendo possíveis falhas existentes que possibilitaram a sua ocorrência (JOINT COMMISSION, 2013).

Figura 3 – Representação esquemática do modelo lógico.



Fonte: Adaptação de Radigonda (2014).

Para analisar as ações desenvolvidas pelas UBSs para o controle da HA, a construção do modelo lógico baseou-se na proposta de Radigonda (2014) que consiste em quatro componentes essenciais, sendo eles: reconhecimento, acompanhamento, atendimento e controle. A escolha destes componentes foi apoiada na proposta de Wilber e Barrow (1972) que levantaram a hipótese de regra das metades no tratamento da hipertensão, cujo total de hipertensos, metade (50%) não reconhecia ter esta condição, dos que reconheciam, metade não tratava e dos que tratavam, metade não tinha a PA controlada.

No **componente reconhecimento**, inicialmente buscou-se verificar se os casos incluídos no estudo tinham diagnóstico médico de HA e, posteriormente, se a UBS reconhecia as pessoas com HA. Para tal, foram utilizadas as seguintes informações: registro de diagnóstico de hipertensão no prontuário e/ou na Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e/ou na ficha do SIS-HiperDia e foram considerados reconhecidos quando houve o registro em, pelo menos, um dos documentos. Na ausência do registro nos três documentos, foram considerados como não reconhecidos pela UBS.

No **componente acompanhamento**, utilizou-se o registro de visita domiciliar na Ficha B-HA ou outro instrumento utilizado pelo ACS ou o registro de consulta médica e de enfermagem no prontuário, nos últimos 24 meses antecedentes ao óbito, bem como o relato dos familiares em entrevista semiestruturada. O período de 24 meses foi escolhido devido a obter maiores informações sobre as consultas realizadas antes do óbito, considerando que a HA é uma condição crônica. Para tais informações, foi verificado se o número de consultas estava de acordo ao preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo baixo risco anualmente, risco intermediário semestralmente e alto risco trimestralmente (BRASIL, 2013).

No **componente atendimento**, foi verificado se houve o registro em prontuário de atividade técnica e de orientação nas consultas médicas e de enfermagem nos últimos 24 meses antecedentes ao óbito. A atividade técnica verificada foi o registro de peso, PA, IMC, circunferência abdominal, registro de prescrição de medicamentos, solicitação de exames e encaminhamentos aos especialistas. As orientações consideradas foram em relação à alimentação, à

atividade física, ao tabaco e ao consumo de álcool, somente quando estavam explícitas no registro e foram anotadas pelo profissional que realizou a consulta. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o estilo de vida saudável deve ser orientado a todos os pacientes, independente se baixo ou alto risco.

Para avaliar o **componente controle**, foi definido o nível da PA para os indivíduos com hipertensão, com base nos parâmetros de normalidade estabelecidos pelo protocolo (BRASIL, 2013), o que correspondeu ao último registro em prontuário de PA sistólica <140 mmHg ou diastólica <90 mmHg.

Aspectos éticos

Atendendo à Resolução 466/12 (CNS, 2012), o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CAAE 59328416.3.0000.5231) (ANEXO B). Para a realização deste estudo, foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cambé para a utilização dos dados do Laboratório de DCNT (APÊNDICE A). As informações foram utilizadas somente para os fins desta pesquisa e foram tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade dos participantes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. As mortes por doenças do aparelho circulatório no contexto do total de mortes de residentes do município de Cambé

No município de Cambé, no ano de 2013, segundo o SIM do DATASUS, as doenças do aparelho circulatório se destacaram como o principal capítulo de causas de óbito, seguidas pelas neoplasias e pelas doenças respiratórias (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos de residentes no município de Cambé, PR, ocorridos em 2013, segundo causas básicas de morte por Capítulos da CID10.

Causas Básicas de morte	n	%
D. do ap. circulatório	157	25,2
Neoplasias	133	21,3
D. do ap. respiratório	111	18,0
Causas externas	60	9,6
D. endócrinas, met. e nutricionais	34	5,4
D. do ap. digestivo	32	5,1
D. infecciosas e parasitárias	22	3,5
D. do ap. geniturinário	21	3,3
D. do sistema nervoso	17	2,7
Mal definidas	10	1,6
Outras Causas	26	4,3
Total	623	100,0

Fonte: DATASUS (2014)

Na revisão de todas as declarações dos óbitos ocorridos no município e arquivadas no Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria

Municipal de Cambé, foram identificadas 99 declarações de óbito cujas causas básicas se referiam ao capítulo das doenças do aparelho circulatório, que correspondeu a 63%, e 37% casos ocorreram em outros municípios.

Em relação às causas de óbito segundo os agrupamentos da CID-10 (DATASUS, 2014), verifica-se que para o total de óbitos por DAC (157), as doenças cerebrovasculares foram as mais frequentes, seguidas pelas doenças isquêmicas do coração e pela doença hipertensiva. Diferentemente, entre os óbitos ocorridos no município de Cambé, as doenças isquêmicas do coração foram as mais frequentes, seguidas pelas doenças cerebrovasculares, embora a diferença seja apenas de um óbito entre elas (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos óbitos de residentes no município de Cambé, PR, ocorridos em 2013, segundo agrupamentos do capítulo das doenças do aparelho circulatório por local de ocorrência (próprio município e outros).

Causa de morte	Cambé		Outros municípios		Total	
	n	%	n	%	n	%
D. DO AP. CIRCULATÓRIO (I00 a I99)	99	63,0	58	37,0	157	100,0
D. isquêmica do coração (I20 a I25)	30	31,0	10	17,2	40	25,0
D. cerebrovascular (I60 a I69)	29	29,0	23	39,6	52	33,0
D. hipertensiva (I10 a I15)	17	17,0	11	18,9	28	17,7
Outras causas do Ap. circulatório	23	23,0	14	24,3	37	24,3

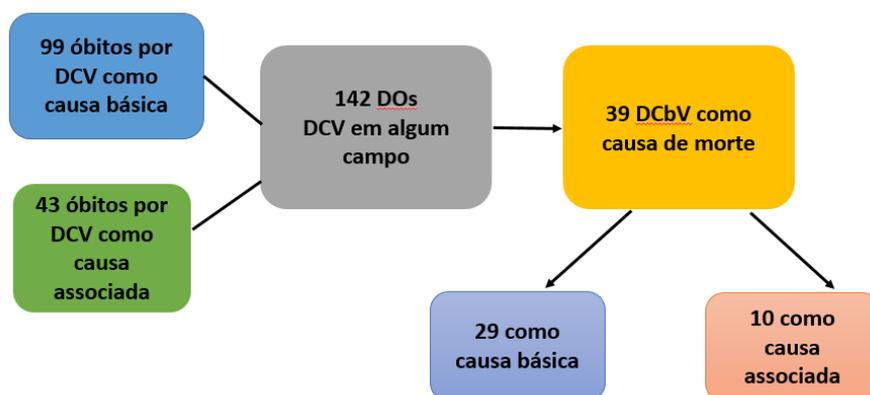
Fonte: DATASUS (2014)

4.2. Caracterização dos casos

Ao analisar todas as DOs arquivadas na Secretaria de Saúde de Cambé, observou-se que, além dos 99 óbitos por DCV como causa básica de morte, para 43 casos havia uma DCV como causa associada. Assim, das 142 DOs que mencionavam DCV em algum campo, em 39 constavam a DCbV como

causa de morte, sendo 29 como causa básica e 10 como causa associada (Figura 4).

Figura 4 – Processo de seleção dos casos analisados.



Fonte: Próprio autor.

Sobre os 29 óbitos cujas causas básicas foram DCbV, as causas registradas na declaração de óbito foram: 14 casos codificados como sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I69.4), 10 casos codificados como acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I64), três casos codificados como outras doenças cerebrovasculares (I67), um como hemorragia intracerebral (I61) e um como sequela de infarto cerebral (I69.3). Chama atenção a elevada frequência de sequelas entre os casos analisados. As sequelas, segundo a CID 10, “compreendem afecções que sejam especificadas como tais ou como efeitos tardios ou que estejam presentes um ano ou mais depois do início da afecção causal (I60 a I67)” (OMS, 1995).

Nos 10 casos em que as DCbVs foram mencionadas como causa associada, as causas básicas de óbito foram: quatro casos como hipertensão essencial (I10), um como diabetes (E14), um como doença cardíaca e renal hipertensiva com insuficiência cardíaca (I13.0), um como doença isquêmica crônica do coração (I25), um como insuficiência cardíaca (I50), um como doenças vasculares periféricas não especificadas (I73.9) e um como doença pulmonar obstrutiva crônica (J43). Os resultados mostram que a maioria

desses óbitos decorreu de problemas relacionados às doenças cardiovasculares (SBC, 2006), nos quais as doenças cerebrovasculares estão relacionadas, sejam como uma causa contribuinte ou mesmo consequência de causa básica, como, por exemplo, o diabetes (SANTOS; MOREIRA, 2012; BRANDÃO et al., 2010). Daí a importância da inclusão desses 10 casos, uma vez que se reconhece que o modelo de causa básica é insuficiente para explicar o perfil de morbimortalidade e subsidiar o planejamento de ações de prevenção, pois a morte muitas vezes é determinada por diversas causas, tornando difícil a escolha de apenas uma para descrever um processo tão complexo (BRASIL, 2006c).

Considerando-se que, com o conhecimento detalhado dos óbitos por doenças cerebrovasculares em pessoas de até 74 anos de idade, pode-se propiciar a evitabilidade de outras mortes por meio do diagnóstico e tratamento precoces (MALTA et al., 2007), pois, segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, 2006), a ocorrência dos óbitos por doenças cerebrovasculares é observada com maior frequência na população mais idosa, devido a algum tipo de seqüela ou a outras morbidades associadas. No presente estudo, entre os 39 casos, foram selecionados para análise da assistência 12 casos que tinham menos de 75 anos de idade. Porém, não havia a discriminação do tipo da doença cerebrovascular de acordo a CID-10, sendo adotado apenas como acidente vascular cerebral ou seqüela de AVC.

Os 12 casos de óbitos precoces por DCbV estão descritos a seguir, com base na história clínica e nos fatores de risco apresentados nos dados em prontuário e na entrevista familiar:

Caso 1 (C1): 38 anos, sexo feminino, ensino superior completo, classificação econômica C. A causa básica de morte foi acidente vascular cerebral hemorrágico (I61.3) (a). Na parte II, hipertensão arterial sistêmica. Utilizava a UBS, mas também tinha plano de saúde. No prontuário, constava diagnóstico de hipertensão e, pela entrevista, a filha acrescentou arritmia. No prontuário, constavam cinco atendimentos médicos nos últimos dois anos. Baixo risco para DCV (HA e sedentarismo).

Caso 2 (C2): 41 anos, sexo feminino, não trabalhava, recebia uma pensão, estudou apenas na Associação de Pais e Amigos dos

Excepcionais, classificação econômica D. A causa básica de morte foi “outras doenças cerebrovasculares especificadas (I67.8)” (d), as outras causas foram parada cardiorrespiratória revertida (c), pneumonia (b) e choque séptico refratário (a). Na parte II, havia o registro de insuficiência renal aguda e síndrome neurológica não definida congênita. Não tinha plano de saúde, utilizava a UBS, não havia registro de hipertensão, diabetes ou outra cardiopatia no prontuário, apenas de deficiência mental na ficha A (Síndrome de Down) e sem registro de consulta médica ou de enfermagem, nos últimos dois anos. Baixo risco para DCV (obesidade).

Caso 3 (C3): 57 anos, sexo masculino, trabalhava na guarda municipal, estudou até o ensino médio, classificação econômica D. A causa básica de morte foi infarto agudo do miocárdio (I21.9) (a), as outras causas foram hipertensão arterial (c) e miocardiosclerose (b). Na parte II, sequela de AVC (I69.4). Tinha plano de saúde, utilizava a UBS, em prontuário constava registro de HA, DM, gota e um registro de consulta médica nos últimos dois anos. Na entrevista, filha e esposa relataram que C3 tinha HA e DM. Alto risco para DCV (AVC prévio, DM).

Caso 4 (C4): 61 anos, sexo masculino, aposentado, nora desconhecia a escolaridade de C4, classificação econômica D. A causa básica de morte foi sequela de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I69.4). As outras causas foram falência múltipla de órgãos (b) e parada cardiorrespiratória (a). Não tinha plano de saúde, utilizava a UBS, com registro em prontuário de PA descontrolada, DM e sequela de AVC. Sobre atendimentos, registro de três consultas médicas e duas de enfermagem nos últimos dois anos, antes do óbito. Nora relata que C4 era tabagista e que estava acamado nos seis meses antecedentes ao óbito. Alto risco para DCV (AVC prévio e DM).

Caso 5 (C5): 62 anos, sexo masculino. Sem entrevista, pois ninguém atendeu o entrevistador no domicílio por três tentativas. A causa básica de morte foi insuficiência cardíaca não especificada (I50.9), as outras causas foram insuficiência cardíaca (d), pneumonia (c), insuficiência renal aguda (b) e choque séptico refratário (a). Na parte II, tinha o registro de celulite no membro

inferior esquerdo e acidente vascular encefálico (I64). Utilizava UBS, com registro de diagnóstico de HA, AVC no prontuário, seis consultas médicas e cinco de enfermagem nos últimos dois anos que antecederam a morte. Registro hospitalar de três internações, sendo a primeira por celulite em membro inferior direito, a segunda por pneumonia e a terceira por insuficiência respiratória e edema agudo de pulmão, indo a óbito por choque séptico com foco pulmonar. Alto risco para DCV (AVC prévio e lesão periférica).

Caso 6 (C6): 66 anos, sexo masculino, aposentado, estudou até a terceira série do ensino fundamental e classificação econômica D. A causa básica foi doença cardíaca e doença renal hipertensiva com insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal (I13.2). As outras causas foram pneumonia esquerda (d), hipertensão arterial (c), insuficiência cardíaca (b) e parada cardíaca (a). Na parte II, havia o registro de insuficiência renal e sequela de AVC (I69.4). Não tinha plano de saúde, utilizava a UBS, com registro, em prontuário, de HA, DM, nefropatia, sequela de AVC, 20 consultas médicas e 12 consultas de enfermagem, nos últimos 24 meses antecedentes ao óbito. Na entrevista, esposa relata que C6 era obeso, ex-tabagista (havia parado há 16 anos) e estava acamado nos últimos seis meses de vida. Alto risco para DCV (AVC prévio, nefropatia e DM).

Caso 7 (C7): 67 anos, sexo masculino, aposentado, estudou até a quarta série do ensino fundamental e classificação econômica D. A causa básica de morte foi sequela de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I69.4) (d), as outras causas foram pneumonia bilateral (c), insuficiência respiratória (b) e falência cardíaca (a). Não tinha plano de saúde, utilizava a UBS e tinha registro no prontuário de HA, fibrilação arterial (interrogado), insuficiência cardíaca (interrogado), duas consultas médicas e uma de enfermagem, nos últimos dois anos de vida. Segundo ex-esposa, em entrevista, relata que C7 tinha DM, “coração inchado”, problema na tireoide e sequela de AVC. A ex-esposa relatou também que C7 não realizava atividade física e que ficou 20 dias acamado, antes do óbito. Não morava na área de abrangência da UBS, mas utilizava o serviço por ser a região onde a filha morava. Alto risco para DCV (AVC prévio).

Caso 8 (C8): 68 anos, sexo masculino, a causa básica de morte foi sequela de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I69.4) (c), as outras causas foram broncopneumonia (b) e choque séptico (a). Utilizava a UBS, com registro de HA e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) no prontuário, além do registro de quatro consultas médicas e quatro consultas de enfermagem nos últimos 24 meses antecedentes ao óbito. Alto risco para DCV (AVC prévio). Sem entrevista, pois ninguém atendeu ao entrevistador no domicílio por três tentativas.

Caso 9 (C9): 69 anos, sexo masculino, a causa básica de morte foi sequela de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I69.4) (d), as outras causas foram insuficiência renal (c), broncopneumonia (b) e choque séptico (a). Na parte II, havia o registro de insuficiência cardíaca e hipertensão arterial. Utilizava a UBS e tinha registro de HA, DM, ICC e obesidade no prontuário, além do registro de duas consultas médicas e uma de enfermagem, nos últimos dois anos. Alto risco para DCV (AVC prévio e DM). Sem entrevista, pois ninguém atendeu ao entrevistador no domicílio por três tentativas.

Caso 10 (C10): 71 anos, sexo masculino, aposentado, estudou até a primeira série do ensino fundamental e classificação econômica D. A causa básica de morte foi sequela de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I69.4) (c), as outras causas foram enfisema pulmonar (b) e parada cardiorrespiratória (a). Tinha plano de saúde, mas também utilizava a UBS, com registro de HA e de sequela de AVC no prontuário. Apenas dois registros de consultas médicas nos últimos 24 meses antecedentes ao óbito. Na entrevista, esposa acrescentou que C10 tinha arritmia cardíaca e enfisema pulmonar, era ex-tabagista (fumou por 54 anos) e etilista. Alto risco para DCV (AVC prévio).

Caso 11 (C11): 74 anos, sexo masculino, aposentado, estudou até a quarta série do ensino fundamental e classificação econômica E. A causa básica de morte foi sequela de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I69.4) (c), as outras causas foram broncopneumonia (b) e choque séptico (a). Não tinha plano de saúde, utilizava a UBS, com registro

em prontuário de HA, DM, sequela de AVC, diminuição da função renal e pé diabético. Além do registro de nove consultas médicas e 10 de enfermagem nos últimos 24 meses antecedentes ao óbito. Em entrevista, esposa relata que C11 era ex-tabagista e que estava acamado nos últimos seis meses que antecederam o óbito. Alto risco para DCV (AVC prévio, DM, nefropatia e lesão periférica).

Caso 12 (C12): 74 anos, sexo masculino, aposentado, estudou três anos em casa e classificação econômica E. A causa básica de morte foi acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I64) (b) e sepse em foco pulmonar (a). Não tinha plano de saúde, utilizava a UBS, com registro de HA, tabagismo, depressão, dislipidemia e sequela de AVC em prontuário. Além do registro de nove consultas médicas nos últimos dois anos. Em entrevista, esposa relata que C12 era tabagista há 67 anos (fumava desde os sete anos de idade) e não praticava atividade física no lazer. Alto risco para DCV (AVC prévio).

Sobre a classificação econômica, observou-se que entre os nove casos cujas entrevistas foram realizadas:

- (i) um caso (C1) foi atribuído à classificação econômica C;
- (ii) seis casos (C2, C3, C4, C6, C7 e C10) foram atribuídos à classificação D
- (iii) e dois casos (C11 e C12), à classificação E.

No Brasil, estudo de Dias-da-Costa (2008) revelou que pessoas inseridas nos grupos de renda mais baixa utilizam menos os serviços de saúde, indicando maior dificuldade de acessar os serviços e a falta de equidade em saúde. Para Assis e Jesus (2012), as pessoas com renda mais baixa, quando conseguem acessar os serviços de saúde, tendem a procurá-los mais por problemas de doença e não por prevenção ou promoção de saúde. Desigualdades sociais nas condições de saúde, na acessibilidade e na utilização de serviços de saúde, conforme afirma Starfield (2002), podem expressar oportunidades diferenciadas em função da posição social do indivíduo e de iniquidades no acesso.

Possivelmente essa condição explique, em parte, o fato de estas pessoas terem falecido no próprio município. O município de Cambé faz parte da região metropolitana de Londrina, onde há concentração de serviços de referência por se tratar do município-sede. Pode ser que aqueles em condições econômicas melhores e que tinham plano buscaram os serviços de referência e vieram a falecer em Londrina.

A descrição dos casos reforça a importância da UBS na atenção à saúde por meio da intervenção sobre as DCbVs nesse nível de atenção (BRASIL, 2013). A hipertensão é considerada fator de risco para doenças decorrentes de arteriosclerose e trombose que se manifestam predominantemente por DCbV (WILLIAMS, 2010). É importante que os profissionais das EqSFs criem vínculo com os pacientes e saibam a história de cada caso, pois mesmo havendo um protocolo terapêutico estabelecido pelo Programa, existem particularidades em cada caso, necessitando de intervenções diferentes.

4.3. Utilização da UBS

Na Atenção Básica, no ano de 2013, os serviços estavam organizados conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em vigor na época (BRASIL, 2012a), na qual a ESF deve ser o serviço de contato preferencial dos usuários e de forma integral por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

A ocorrência de mortes precoces, consideradas evitáveis por intervenções dos serviços de saúde, pode estar relacionada à dificuldade de utilização de serviços ou por questões de acesso ou acessibilidade. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde, e não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de serviços devem estar acessíveis (DONABEDIAN, 1973). É mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar.

Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. Já o acesso é um dos elementos do sistema de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos processos de trabalho, que se refere à forma como a pessoa entra no serviço de saúde, ao recebimento de cuidados subsequentes que garantam a continuidade do tratamento (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Desse modo, cabe à UBS facilitar a procura regular, por ser o primeiro serviço de saúde a ser buscado em caso de necessidade, e sua insuficiente oferta pode ter como consequência a busca de emergências como serviço de primeiro contato (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Nota-se entre os casos analisados que:

- (i) Todos eram usuários da UBS, mas os casos C1 e C5 residiam em área descoberta pela ESF, e o caso C7 não morava na área de abrangência, ele utilizava a UBS da região em que a filha morava.

Residir em área descoberta pela ESF (C1 e C5) era uma situação esperada, uma vez que a ESF no município de Cambé cobria aproximadamente 80,9% da população no ano de 2013, sendo 54,5% das regiões cobertas com ACS (BRASIL, 2016a).

Quanto à filiação a planos privados de saúde, observa-se:

- (ii) Casos com plano de saúde, mas que utilizavam a UBS (C1, C3 e C10). Porém, não foi possível verificar a modalidade dos planos quanto à cobertura de serviços disponíveis.

Acredita-se que os respectivos planos de saúde não eram alternativos ao sistema público, mas apenas complementares, visto que os casos utilizaram a UBS para adquirir medicamentos, realizar consultas e exames.

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde e refere-se à extensão e ao tipo de uso

dos serviços de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Conforme Giovanella e Mendonça (2008), a razão fundamental para uma consulta pode ser a investigação da ocorrência de um novo problema, o acompanhamento de um problema antigo ou receber serviços preventivos. A utilização pode começar pelo usuário ou por uma exigência ou orientação de um profissional de saúde, podendo, ainda, ocorrer como resultado de alguma exigência administrativa. Mesmo que não ofereça diretamente, a unidade de saúde deve assegurar, por meio de encaminhamento, o acesso a serviços especializados para consultas e internações e para outros serviços de suporte, como internações domiciliares e serviços sociais.

A ideia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária). Em linguagem mais clara, este ponto de primeiro contato é conhecido como porta de entrada (STARFIELD, 2002).

Devido à AB constituir-se como o serviço de primeiro contato, deve ser a porta de entrada do sistema de saúde e configurar-se como fonte regular de contato. Para atingir este atributo, o serviço necessita ter dois requisitos: o primeiro, ser acessível à população, sendo procurado regularmente a cada vez que o usuário precisa de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde e a segunda, possibilitar o encaminhamento para outros profissionais da atenção especializada (STARFIELD, 2002).

Observou-se, no presente estudo, que os casos C1, C3, C5 e C10 apresentaram problemas de barreiras organizacionais, visto a não cobertura integral pela ESF e pela adesão ao plano de saúde.

A acessibilidade é o elemento “estrutural” necessário para a primeira atenção, e sua importância corrobora para reduzir a mortalidade e morbidade e melhorar demais indicadores em saúde.

4.4. Componente Reconhecimento

O reconhecimento de determinada condição, objeto de atividades programáticas como a HA, conforme previsto na PNAB (BRASIL, 2012a), é um dos elementos imprescindíveis para o sucesso do controle do agravo. Assim sendo, o rastreamento ou a detecção precoce dos indivíduos com hipertensão pelos serviços da área adscrita configura-se como uma das estratégias centrais para o alcance dos objetivos do programa. A partir do reconhecimento, a EqSF pode realizar o acompanhamento periódico com a finalidade de atender de forma integral às necessidades das pessoas de responsabilidade do território (CAMPOS; MISHIMA, 2005). Conforme reforça Mendes (2012), o reconhecimento das necessidades existentes, tanto da comunidade como dos pacientes individuais, é o ponto inicial do desempenho da APS.

É importante que as EqSFs organizem ações de acordo com os problemas prioritários, incluindo não apenas o conjunto de pacientes captados pela “demanda espontânea”, mas também a busca ativa de casos e o respectivo controle no âmbito comunitário (PAIM, 2008).

No componente reconhecimento da HA, foram encontradas as seguintes situações:

- (i) Condição registrada na ficha A e no prontuário: os casos C6 e C8;
- (ii) Condição registrada apenas no prontuário: os casos C3, C4, C9, C10, C11 e C12.

Dessa maneira, com exceção do caso C2 que não tinha hipertensão, observa-se que todos os casos apresentavam o registro da HA, no prontuário ou na ficha A, ou seja, a condição havia sido identificada pelos profissionais. Há de se considerar que a maioria dos casos analisados apresentava sequelas de DCbV, fato que pode aumentar o contato com os serviços de saúde, assim como o seu reconhecimento pela equipe.

Conforme constatou Radigonda et al. (2015), o reconhecimento de um determinado agravo, objeto de atividade programática como a hipertensão, associa-se à maior utilização de serviços de saúde, pois estes indivíduos tendem a procurar as UBSs com maior frequência para solucionar as suas necessidades em saúde. Cabe aos profissionais das EqSFs identificarem as condições dos indivíduos para dessa forma planejarem as ações de prevenção, promoção e controle.

Nesse sentido, um estudo de base populacional, realizado no município de Cambé, procurou avaliar o reconhecimento da HA pelas UBSs (RADIGONDA et al., 2015) e observou que, entre os portadores de hipertensão, 63,7% apresentaram registro de hipertensão e/ou diabetes na Ficha A, no Sishiperdia ou nos prontuários. Segundo os autores, os problemas na detecção desses indivíduos podem estar relacionados à dificuldade de operacionalização das ações de detecção.

Cabe destacar, ainda:

- Casos que não apresentavam o registro do AVC prévio no prontuário ou na ficha A, somente na DO: C3 e C7. No caso C3, em entrevista, filha e esposa também não relataram a condição. No caso C7, a ex-esposa, em entrevista, referiu dois episódios de AVC, sendo o segundo em 2013, ficando internado por vinte dias até o falecimento.

Inicialmente pode-se inferir que a análise dos casos que faleceram por DCbV não seria a mais indicada para avaliar o reconhecimento da HA pelos serviços, uma vez que, conforme sugerem os resultados, a morte por

esta causa, muitas vezes, ocorre após episódios prévios que envolvem a utilização de serviços e, conseqüentemente, maior reconhecimento da condição pela EqSF. No entanto, os casos mencionados sugerem falha no preenchimento da DO, como no caso C3, que a família desconhecia o diagnóstico de AVC ou falha no reconhecimento, por parte da equipe, de complicações cardiovasculares, como o AVC que, pela gravidade, implicam em cuidados diferenciados, além disso pode-se pressupor que a ocorrência de DCbV em idades precoces está ligada a falhas na detecção da HA, antes da complicação, ou ainda no acompanhamento.

O reconhecimento de um problema (ou de necessidade) é o passo que precede o processo diagnóstico. Se os problemas ou necessidades de saúde não forem reconhecidos, não haverá qualquer processo diagnóstico ou, então, será um processo inadequado. Os pacientes podem não se queixar de problemas por não estarem cientes deles, ou podem se queixar de uma coisa que mascara outra. O papel do profissional de saúde é a determinação precisa das necessidades individuais e coletivas de saúde.

Assim, a UBS deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos que a compõem. Quando o atendimento dos profissionais da unidade consegue estabelecer vínculo entre a população e a fonte de atenção, refletida em laços interpessoais e de cooperação mútua entre usuários e trabalhadores de saúde, essa relação pode resultar na longitudinalidade que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso, ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

4.5. Componente Acompanhamento

A AB é considerada a porta de entrada para o sistema de saúde e deve acompanhar as pessoas com diagnóstico de HA, pois apresenta uma estrutura de serviço com ações programáticas, na lógica da integralidade e da longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011a).

A análise do acompanhamento foi realizada considerando-se a frequência documentada em registros do serviço, que contemplou a visita

domiciliar, consulta médica e de enfermagem, tendo como parâmetro as ações estabelecidas, de acordo com o perfil de risco.

4.5.1. Frequência de visita domiciliar pelo ACS

O Ministério da Saúde recomenda que haja, no mínimo, uma visita mensal a cada domicílio da área de atuação do agente, havendo variações em função do estado de saúde de seus habitantes (BRASIL, 2001).

No componente acompanhamento pela visita domiciliar pelo ACS, verificou-se o registro de visita domiciliar na Ficha B-HA ou outro instrumento utilizado pelo ACS.

- Nos casos C1 e C3, não houve o registro de visita domiciliar em ficha B ou caderno do ACS, e em entrevista, os respectivos familiares confirmaram que a visita não era realizada.

Entre os casos que receberam visitas domiciliares, foram identificadas as seguintes situações:

- (i) Sub-registro de frequência das visitas: as frequências não coincidiam com o relatado pelos familiares. O caso C2 apresentou o registro de cinco visitas em 12 meses em uma ficha de controle mensal do ACS, entretanto, em entrevista o familiar relatou que a visita ocorria uma vez por mês. No caso C4, havia o registro de dez visitas nos últimos doze meses antecedentes ao óbito, entretanto familiar relatou que as visitas ocorriam quinzenalmente.
- (ii) Ausência de registro de visita: Os casos C10, C11 e C12 não apresentavam o registro de visita, mas a entrevista familiar relatou que as visitas ocorriam periodicamente.

Nos casos C5, C8 e C9, observou-se que não constava o registro de visita, porém não foi realizada a entrevista com o familiar para confirmação.

Outra situação de dificuldade do acompanhamento pelo ACS foi notada:

- Atendimento de indivíduos não residentes na área de abrangência da UBS, caso C7 utilizava o endereço da filha para ser atendido, fato que dificultou o acompanhamento pelo ACS.

Apesar de o SUS configurar-se como um sistema universal, nem toda a população residente no município estudado é coberta pela ESF, visto que a EqSF só consegue realizar o acompanhamento da população adscrita à área de abrangência, sendo o trabalho do ACS primordial nessa identificação. Dessa maneira, o caso C7 utilizou o endereço da filha para ser atendido, podendo indicar que o caso tenha tido mais vínculo com a equipe da outra UBS, ou melhor atendimento, acessibilidade e até melhor qualidade no serviço ofertado.

Em alguns casos, observou-se o registro dos ACSs, em prontuário, relatando dificuldades em realizar o acompanhamento domiciliar. O acompanhamento pelo ACS pode influenciar na adesão ao tratamento dos indivíduos, fato este observado pelo estudo de Remondi et al. (2014) que detectaram que não ser acompanhado pelo ACS foi um fator associado à não adesão à terapia medicamentosa. Segundo os autores, a relação entre atuação do ACS e a adesão explica-se pela natureza do trabalho do agente dentro da equipe de saúde, na qual ele tem o papel de construir o elo entre a unidade de saúde e a comunidade, promovendo saúde e prevenindo doenças.

Silva e Dalmaso (2002) relatam que, historicamente, a ideia da inserção do ACS teria de ser um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, entretanto, após a implantação da ESF, o ACS tornou-se um elemento efetivo do trabalho em saúde e um ator essencial no cenário da estruturação e reestruturação da AB em saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997a), o ACS deve orientar as famílias para a utilização adequada de serviços e informar, aos demais membros da equipe, acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades. Costa et al. (1997) ressaltam que o trabalho do ACS é mais complexo do que isso, pois é necessário ter conhecimento específico, alto grau de disciplina e responsabilidade, estabilidade emocional que o permita conviver frequentemente com o estresse, a sensibilidade para atuar em ambientes coletivos e, em algumas situações, ter capacidade para solucionar problemas, além de conhecer bem a comunidade.

Sobre essa complexidade do trabalho do ACS, Tomaz (2002) refere que o ACS não deve ser um super-herói e não deve ser atribuído a este profissional o árduo e complexo papel de ser a mola propulsora do SUS. Na prática, segundo o autor, a consolidação do SUS depende do envolvimento de diferentes atores, incluindo o próprio ACS, além de um conjunto de fatores técnicos, políticos e sociais. Outros autores ponderam que apesar de os ACSs serem considerados profissionais importantes para a mudança no modelo de atenção, esses trabalhadores estão submetidos a precárias condições de trabalho, expressas na baixa remuneração, na falta de acesso a uma formação técnica adequada, no desvio de suas funções e na sua vinculação institucional (QUEIRÓS; LIMA, 2012; MOROSINI, 2010; OLIVEIRA JÚNIOR, 2012).

Assim sendo, o ACS, por meio de sua visita domiciliar, pode aumentar o acesso e facilitar o uso adequado dos recursos da saúde, fortalecendo o vínculo com as famílias e contribuindo na atenção longitudinal do cuidado.

4.5.2. Concentração de consultas médicas

Sobre o acompanhamento por meio das consultas médicas, recomenda-se que, depois de estabelecido o diagnóstico, a concentração de consultas, ou seja, o acompanhamento periódico a cada indivíduo ocorra de acordo com o perfil de risco (baixo risco, anualmente; moderado risco, semestralmente e alto risco, trimestralmente). Foram identificados casos (C4,

C6, C11 e C12) adequadamente atendidos, porém algumas situações evidenciam dificuldades na atenção, como:

- (i) Ausência de registro de consulta médica: no caso C2 não houve registro em prontuário de consulta médica nos últimos vinte e quatro meses antecedentes ao óbito.
- (ii) Concentração de consultas médicas abaixo da preconizada, tendo em vista que todos os casos, exceto C1 e C2, eram classificados como graves e deveriam ter oito consultas nos últimos 24 meses antecedentes ao óbito (4 ao ano): registro de uma consulta - C3 (julho/2011); duas consultas - C7(agosto e novembro/2012), C9 (julho/2012 e fevereiro/2013) e C10 (fevereiro/2013 e outra sem data); quatro consultas - C8 (junho/2011, maio, junho e agosto/2012); cinco consultas - C1 (duas em agosto e uma em novembro/2011, julho e novembro /2012) e C5 (uma em junho, agosto, novembro e dezembro de 2012 e uma em março/2013).

Houve baixa concentração de consultas médicas para esses casos, pois são de alta prioridade (BRASIL, 2013), devido ao diagnóstico de AVC há mais de quatro anos e por alguns não possuírem plano de saúde. A concentração inadequada de consultas médicas pode dificultar o controle metabólico e aumentar o risco de complicações, pois uma maior supervisão e uma monitorização associam-se à melhor adesão do indivíduo com hipertensão ao tratamento (GUEDES et al., 2011).

É primordial na continuidade da atenção que esse modelo de atenção esteja pautado na ação programática e envolva o acompanhamento das pessoas com risco aumentado (ROSA FILHO, 2006).

Dessa maneira, é responsabilidade das EqSFs atenderem conforme suas necessidades em saúde dos usuários. Essas necessidades, que são produzidas socialmente muitas vezes, se traduzem também pela dificuldade que algumas pessoas possuem em acessar os serviços de saúde, ou pelas

barreiras geográficas, pelas longas distâncias, pela forma como são organizados ou pela necessidade de ser alguém singular com direito à diferença (MERHY, 2001). Neste sentido, são ilustrativos de tal situação os seguintes casos:

- (i) Concentração de consultas médicas elevadas, porém, com indicação, como o caso C6, no qual se verificou uma ou duas consultas mensais nos últimos vinte e quatro meses, por complicações de lesão do membro inferior.
- (ii) Dificuldade de consulta médica no domicílio em casos com indicação, como o C10 que apresentava dificuldade de deambular após o AVC, ocorrido entre 2010 e 2011. Em registros consta que houve apenas uma visita domiciliar do médico e da enfermeira, e que o mesmo não ia com maior frequência à UBS (registro de duas consultas médicas e nenhuma de enfermagem).

De acordo com o documento “Diretrizes para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica”, a Atenção Domiciliar é atividade inerente ao processo de trabalho das EqSFs, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão desta modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos na organização do seu processo de trabalho, bem como agregar certas tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar (BRASIL, 2012b).

Estudos que aprofundam a análise dos casos, como por exemplo os que utilizam a metodologia de evento sentinela, permitem compreender melhor as reais necessidades de saúde das pessoas. Observou-se que apenas os parâmetros quantitativos não são suficientes para indicar a necessidade das pessoas.

O acompanhamento da pessoa com hipertensão é um dos componentes mais importantes da assistência à saúde, e os registros médicos podem servir de indicadores de avaliação da qualidade dessa assistência. Embora a falta do registro não represente obrigatoriamente a ausência de atendimento, essa informação é necessária para seguimento do caso,

principalmente levando-se em conta a possibilidade de atendimento do paciente por diferentes profissionais de saúde (KOIFFMAN; BONADIO, 2005).

A APS tem de ser a porta de entrada ao sistema, o primeiro contato que a população deve ter, aquela que deve estar em contato com as famílias e as comunidades. Para Starfield (2002), é a APS que deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e a efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população. Desse modo, a APS deve dar resposta a novas demandas ou recorrências e ser uma fonte regular de atenção.

4.5.3. Concentração de consultas de enfermagem

Relativamente às consultas de enfermagem, observaram-se as seguintes situações:

- (i) Ausência do registro de atendimento: os casos C1, C2, C10 e C12 não apresentaram registro de consultas de enfermagem, nos últimos 24 meses antecedentes ao óbito.
- (ii) A periodicidade das consultas em desacordo com o perfil de risco: os registros dos casos C3, C4, C7, C8 e C9, todos de alto risco, apontam atendimento assistemático e/ou com baixa concentração.
- (iii) Concentração elevada: os casos C6 e C11 foram os de maior frequência (12 e 10 consultas respectivamente). Nestes casos, a frequência de visitas não se configurou como uma falha, pois os mesmos encontravam-se acamados e com lesões em membros inferiores, o que demandava várias visitas para trocas de curativos.

Segundo preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), para os usuários com HA com escore de Framingham na categoria de baixo risco, indica-se que consultem anualmente com o enfermeiro. Aqueles com risco moderado deverão realizar consulta de enfermagem semestralmente. Aqueles com risco alto farão acompanhamento médico e de enfermagem trimestral. Esperava-se que, por se tratarem de casos com AVC prévio, a consulta de enfermagem fosse realizada pelo menos quatro vezes ao ano para o devido acompanhamento.

No contexto da atividade programática aos indivíduos com HA, os resultados encontrados sugerem que as consultas de enfermagem parecem não fazer parte do trabalho cotidiano do enfermeiro, situação também constatada por Radigonda e colaboradores (2016). Observa-se que a visita e a consulta não ocorrem para o acompanhamento, mas sim o atendimento da demanda espontânea. Essa situação sugere a não apropriação do enfermeiro à lógica da ação programática. Tal fato reveste-se de importância, ao considerar as atribuições do papel do enfermeiro na ESF, qual seja de coordenar as ações para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2012a).

A dificuldade de exercer as funções estabelecidas pelo enfermeiro, no acompanhamento da pessoa com HA, pode ser observada com a seguinte situação:

- A não utilização do aprazamento e dos prontuários para registro de atividade futura ou de entrega de medicamentos e/ou aferição de pressão arterial ou glicemia: situação observada nos casos C1, C5, C6, C7, C8 e C10.

Dessa maneira, os resultados deste estudo mostram que a análise dos casos pode ser usada para avaliar o acompanhamento pelas EqSFs, visto que falhas foram observadas no acompanhamento do grupo programático entre os indivíduos participantes do estudo.

Entretanto, a HA, por configurar-se uma condição crônica de alta prevalência (21,4%) (ANDRADE et al., 2015), comparada a outros grupos de

risco, como por exemplo, gestantes e crianças até 24 meses, que representam, aproximadamente 1% da população total, torna-se de difícil acompanhamento, tendo em vista a escassez de recursos humanos, além da necessidade de um vínculo longitudinal entre usuários e EqSF.

O enfermeiro tem fundamental importância na coordenação da EqSF, pois tem papel no planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACSs em conjunto com os outros membros da equipe (BRASIL, 2012a). A EqSF, bem como o enfermeiro, são responsáveis no estabelecimento do vínculo longitudinal com a população-alvo, para a continuidade do cuidado.

Dessa maneira, cabe à ESF conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta, e encaminhá-los aos diferentes níveis do sistema (RAS), desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados (BRASIL, 2012a).

Segundo o Decreto Lei nº7508, de 2011, que regulamenta a Lei nº8.080/90, as RASs referem-se ao conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Além disso, o Decreto define que os profissionais da AB utilizem protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para auxiliar no reconhecimento das necessidades de saúde da população. Os protocolos e as diretrizes são documentos que estabelecem os critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos (BRASIL, 2011a).

A integralidade implica que as UBSs devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários.

Embora cada UBS possa definir diferentemente sua própria variedade de serviços, cada uma deveria explicitar sua responsabilidade tanto para a população de pacientes como para a equipe, bem como reconhecer as situações para as quais os serviços estão disponíveis. A equipe deve oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas. Também deveria reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles, funcionais, orgânicos ou sociais. Este último tipo é particularmente importante, já que todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que frequentemente predispõe ou causa enfermidades (STARFIELD, 2002).

4.6. Componente Atendimento

O atendimento das pessoas com diagnóstico de HA deve ser conforme o risco cardiovascular e as metas terapêuticas, bem como as complicações existentes. Tendo como parâmetros os protocolos e diretrizes clínicas, o atendimento foi avaliado com base na presença de registro de atividades técnicas (peso, altura, PA, IMC, medida de CA, prescrição de medicamentos, solicitação de exames e encaminhamentos aos especialistas) e orientações, quanto à alimentação, à atividade física, ao consumo de tabaco e álcool, realizadas pelo médico e enfermeiro nas respectivas consultas.

Sobre as atividades técnicas, nos últimos 24 meses antecedentes ao óbito, foram identificadas as seguintes situações no atendimento médico:

- (i) Ausência de registros de peso e altura: os casos C1, C3, C6, C7, C8 e C12 tinham apenas o registro de peso. Nos casos C4, C5, C9, C10 e C11, não havia registro de peso e de altura, dados essenciais para o cálculo do IMC e do próprio controle do peso.

- (ii) Ausência de registro de medida de circunferência abdominal: em nenhum caso havia o registro desta medida.
- (iii) Todos os casos com diagnóstico de HA apresentaram, pelo menos, um registro de PA nas consultas. Entretanto, com exceção do caso C3, que teve apenas uma consulta médica, os demais não tiveram registro da PA para todas as consultas, dado este que era esperado por ser uma medida essencial para avaliar o controle do nível pressórico.
- (iv) Ausência de registro de prescrição de medicamentos para controle da HA: No caso C1, apesar do registro de HA em prontuário, não havia registro de medicamentos para o seu controle, apenas a prescrição de antibióticos e tranquilizantes, embora os níveis pressóricos estivessem dentro do padrão de normalidade.
- (v) Todos os casos que tiveram registro de consultas médicas houve solicitação de exames.
- (vi) Ausência de registro dos resultados de exames: os casos C3 e C7 tiveram registro de solicitação de exames, entretanto, não havia o registro dos resultados em prontuário.

Todos os parâmetros citados são necessários para classificar o perfil de risco de cada indivíduo. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a estratificação de risco se faz necessária e serve como uma ferramenta útil para definir os cuidados e também os critérios de periodicidade de acompanhamento das pessoas com HA pela equipe.

Sobre as orientações realizadas nas consultas médicas, observou-se:

- Ausência de registros de orientações nas consultas: os casos C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C9, C10 e C12 não apresentaram registro de orientações sobre a alimentação, atividade física e consumo de tabaco e álcool.

A respeito dos casos que apresentaram registro de consulta de enfermagem, notaram-se no componente atendimento as seguintes situações:

- (i) Ausência de registro de peso e altura: nos casos C3, C8 e C9 havia somente o registro de peso, e nos casos C4, C5, C6, C7 e C11 não havia os registros de peso e de altura.
- (ii) Ausência de registro de medida de circunferência abdominal: em nenhum caso havia o registro deste procedimento.
- (iii) Ausência de registro de PA em todas as consultas: o caso C11 não apresentou o registro de PA, em todas as consultas de enfermagem.
- (iv) Ausência de registro de orientações gerais: os casos C3, C4, C6, C8 e C9 não apresentavam o registro de orientações gerais em prontuário.
- (v) Elevada concentração de consultas domiciliares: conforme registro, no caso C6 foi constatada elevada concentração de visitas domiciliares (63 visitas). Porém, a alta concentração de visitas (iv) pode ser explicada devido ao caso (C6) estar acamado nos últimos 12 meses antecedentes ao óbito, demandando vários atendimentos domiciliares por apresentar muitos problemas, como DM, nefropatia e uma lesão em membro inferior esquerdo com sinais infecciosos. Em prontuário constava o registro de 12 visitas de enfermagem para troca de curativo. Apenas dois casos (C5 e C11) tiveram registro de orientações

gerais. No caso C5, houve o registro de entrega de medicamentos e orientações, mas sem especificações. No caso C11, as orientações realizadas foram a respeito da constipação intestinal e sobre os cuidados com a ferida no membro inferior esquerdo.

O registro em prontuário sobre orientações de saúde realizadas pelos profissionais (médico e enfermeiro), quanto à alimentação, à atividade física, ao tabaco e ao álcool foi praticamente nulo. Os registros dos atendimentos são importantes para a continuidade da atenção, para se ter o conhecimento do estado de problemas observado em consultas anteriores ou problemas pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais, além da orientação sobre o tratamento não medicamentoso.

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HA e de outros fatores de risco para DCV, como obesidade e dislipidemia. Entretanto, esse tratamento também envolve a redução no uso de bebidas alcoólicas, a cessação do tabagismo; a prática de atividade física; e a alimentação adequada (BRASIL, 2012a). Ressalta-se que, no caso da população investigada, por se tratar em sua maioria de sequelas de AVC, a orientação de atividade física não faz sentido.

O diagnóstico correto e a adesão dos pacientes ao tratamento são fatores-chave para atingir a meta ideal e reduzir a morbimortalidade cardiovascular. O acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HA requer um apoio diagnóstico mínimo, recomenda-se o atendimento individual de cada paciente e uma periodicidade anual de exames complementares, considerando sempre o risco cardiovascular, as metas de cuidado e as complicações existentes (BRASIL, 2013).

Além disso, faz-se necessário um adequado registro das informações para que ocorra a continuidade do cuidado pelos demais profissionais da equipe (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Levando-se em consideração que a longitudinalidade do cuidado se refere à responsabilidade longitudinal pelo usuário, com continuidade

da relação profissional-usuário, equipe-usuário e unidade de saúde-usuário ao longo da vida, independente da ausência ou presença de doença, é necessário se estabelecer uma relação pessoal de longo prazo. O estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários são as chaves essenciais que possibilitam reconhecer a unidade de saúde como fonte regular de atenção (STARFIELD, 2002).

4.7. Componente Controle da HA

No âmbito da APS, o controle da hipertensão é o ponto fundamental no programa de prevenção de AVC, reduzindo dessa maneira o número de internações e mortes por essas doenças (SCHMIDT et al., 2011).

Foi considerado como controle dos níveis pressóricos, a partir dos registros em prontuário, quando a PA sistólica estava <140 mmHg e/ou a PA diastólica estava <90 mmHg. Entre os 11 casos que apresentaram registro da PA em prontuário, oito casos: C1, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12 apresentaram níveis controlados. Acredita-se que o óbito decorreu de complicações das DCbVs, ao invés de problemas com o controle dos níveis pressóricos.

Seguem algumas situações de casos com dificuldade no controle:

- (i) Nível pressórico não controlado: o caso C4, com AVC prévio, apresentou os níveis pressóricos não controlados. A nora, em entrevista, relatou que o mesmo reclamava de ter de tomar um dos medicamentos e, em várias situações, ela dava o medicamento para C4 e depois encontrava o remédio jogado no chão.
- (ii) Níveis pressóricos oscilantes: o caso C5, com AVC prévio, apresentou registros de níveis pressóricos oscilantes entre normais e acima do normal. Houve registro em prontuário de falta de medicamento na UBS

para o controle pressórico e o uso incorreto da medicação.

O controle pressórico faz-se necessário para averiguar se o usuário atingiu a meta pressórica. Quando não se atinge a meta, precisam ser analisadas as seguintes condições: excesso de sal na dieta, interação do efeito das drogas e a não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2013).

A não adesão ao tratamento medicamentoso é identificada como a principal causa da PA não controlada, representando assim um risco significativo de eventos cardiovasculares (BASTOS-BARBOSA et al., 2012).

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, aos hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual se engloba a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera *versus* tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006).

A HA é uma doença crônica insidiosa, de longa duração e, na maior parte do tempo assintomática, fato que induz muitas pessoas a não reconhecer como doença. A percepção de melhora com o tratamento pode levar à interrupção no uso dos medicamentos (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010). As barreiras de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, a ineficácia dos fármacos e, sobretudo, a não adesão à terapia são considerados fatores que influenciam a baixa efetividade do tratamento medicamentoso (SANTOS, 2013).

Nos casos das pessoas que não estiverem com a PA controlada, mas que estejam aderindo aos tratamentos recomendados, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) recomenda a reavaliação médica e, se necessário, a

avaliação de outros profissionais de saúde, como do apoio matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), bem como, o encaminhamento à atenção especializada.

Sobre a atenção especializada, observaram-se as seguintes situações:

- Ausência de encaminhamento para outras especialidades (cardiologista, neurologista) para controle das complicações: Casos C3, C4. O caso C3 não apresentou o controle dos níveis pressóricos, mas não tinha registro de encaminhamento a outros profissionais. No caso C4, também consta a hipertensão não controlada em prontuário, com prescrição de mudança de medicamentos, porém, com encaminhamento apenas ao urologista.
- Falta de acompanhamento pela fisioterapia: os casos C5 e C6 apresentaram registro de encaminhamento à fisioterapia. O caso C6 tinha o registro, em prontuário, de uma consulta com o fisioterapeuta do NASF, porém, apenas foram realizadas orientações gerais para prevenção de quedas e orientações nutricionais.

Considerando-se que a maioria dos casos era de alto risco, o encaminhamento à atenção especializada era necessário para o acompanhamento de futuros episódios de AVC e de possíveis complicações cardiovasculares, pois os casos C6 e C11 encontravam-se acamados e com lesão em membros inferiores de difícil controle, e o caso C10 apresentava dificuldade de deambulação.

Nesse sentido, os profissionais das EqSFs devem direcionar as ações relacionadas ao controle da HA, com ênfase na instalação da terapêutica clínica, das orientações sobre os hábitos de vida e da prática regular de atividade física (RODRIGUES et al., 2013), bem como solicitar o apoio de outros profissionais de saúde de acordo com as necessidades de cada caso e recursos

disponíveis (BRASIL, 2013). A possibilidade de evitar a ocorrência dos óbitos por DCbV por meio de ações desenvolvidas pela AB torna-se, então, uma opção para evitar a doença e suas repercussões (LIMA; COSTA; SOARES, 2009).

A integralidade implica que a EqSF deve fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para o manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários. A equipe deve oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas. Dessa forma, cabe à AB a coordenação do cuidado pensando na longitudinalidade.

Para Starfield (2002), é responsabilidade da APS coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população.

5. CONCLUSÃO

A partir do presente estudo, podem ser tecidas algumas considerações quanto à utilização das mortes por DCbV como eventos sentinela na vigilância das DCbVs pela AB. A análise realizada sugere a factibilidade de instituir a vigilância das mortes por DCbV pelas equipes locais por meio da metodologia de evento sentinela na reflexão das práticas cotidianas e no alcance da acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação da AB no cuidado às condições crônicas.

Entre os resultados, tendo por base o modelo lógico utilizado, merece ser destacada a constatação de que todos os casos analisados eram usuários do SUS, mesmo aqueles que tinham planos de saúde.

Em relação ao componente reconhecimento dos indivíduos com hipertensão pelas equipes, com base nas informações coletadas pelas fichas de investigação do Laboratório, observou-se que os casos de HA, na sua totalidade, tinham a condição anotada em seus prontuários. Entretanto, para condições mais graves, como os casos com sequelas de AVC, sugere-se que houve falha no preenchimento da DO ou falha no reconhecimento da condição. Para o reconhecimento dos indivíduos com hipertensão pela EqSF, os casos com sequela de AVC não são os mais adequados, uma vez que, por apresentarem complicações, utilizam os serviços de saúde com frequência.

No componente acompanhamento, observaram-se sub-registro ou incoerência de informação, a não cobertura integral pela ESF e a concentração inadequada de consultas (médica e de enfermagem). Observou-se, ainda, que a visita e a consulta não ocorreram para o acompanhamento, mas sim, o atendimento da demanda espontânea.

No componente atendimento, todos os usuários faziam uso de medicamentos contínuos, entretanto, os registros analisados sugerem não adesão à terapia medicamentosa. Verificou-se, ainda, ausência ou insuficiência de registros de orientações e de atividades técnicas realizadas pelos médicos e/ou enfermeiros e de resultados de exames periódicos.

No componente controle, observou-se que poucos casos não apresentaram o controle dos níveis pressóricos e a falta de registro de acompanhamento da atenção especializada.

Esses resultados apontam problemas de acessibilidade, destacando as barreiras organizacionais, ligadas à oferta de serviços. Quanto à longitudinalidade, a falta de acompanhamento sistemático ou a escassez de registros pelas equipes sugerem a não apropriação do modelo assistencial pautado na vigilância e na atividade programática. No atributo integralidade, os registros dos atendimentos realizados evidenciaram a atenção focada na terapia medicamentosa, sem anotação de controle de fator de risco e de ações de melhoria da qualidade de vida, como também, dos encaminhamentos a outros níveis de atenção que os casos demandavam, por se tratarem, em sua maioria, de indivíduos com complicações cardiovasculares. Todos esses aspectos indicam que o atributo coordenação do cuidado da AB ainda tem alcance limitado.

O presente estudo apresentou pontos fortes e limitações. O uso da metodologia por eventos sentinela possibilitou analisar aspectos não contemplados na avaliação quantitativa, como a avaliação do programa de HA realizado pelas equipes do município de Cambé, bem como, analisar as particularidades apresentadas por cada caso. Dentre as limitações, destacam-se: o fato de a maioria dos casos analisados já ter sido acometida por complicações cardiovasculares, em específico o AVC, em segundo lugar por concentrar apenas óbitos ocorridos no próprio município.

Conclui-se que o aprofundamento, a partir de estudo relacionado à vigilância e investigação das mortes por DCbV, pode constituir um instrumento para avaliar o serviço de saúde quanto à acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado pela AB da população da área adscrita. Por se tratar de uma metodologia que envolve a vivência cotidiana dos profissionais, a análise de casos de mortes por DCbV pode contribuir na mobilização dos modos de pensar estratégias de superação das falhas e proposição de práticas mais efetivas que poderão inclusive influenciar na atenção a outros grupos populacionais assistidos por meio de atividades

programáticas. Cabe, também, a maior aproximação dos profissionais do NASF, em especial, o fisioterapeuta, para potencializar as ações relativas à AB.

Nesse sentido, reafirma-se a ideia de que todas as ações contempladas na detecção, acompanhamento e atendimento da população-alvo, com vistas ao controle da condição ou agravamento do objeto de intervenção, tenham a atenção primária como ponto de entrada para a atenção à saúde individual e o local da responsabilidade continuada pelos usuários. Assim, as atividades programáticas podem representar uma formulação adequada e ser componente-chave de uma estratégia para melhorar a efetividade e a equidade dos serviços de saúde.

Desse modo, acredita-se que a superação das falhas e a implementação de práticas mais efetivas na AB necessitam de mais investimentos em educação permanente dos trabalhadores, para que se apropriem dos protocolos assistenciais, do modelo assistencial e dos princípios e diretrizes do SUS; mudanças organizacionais e de gestão que avancem na implementação do modelo assistencial pautado na acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, na responsabilização e na vigilância em saúde; e políticas públicas que considerem o SUS e a saúde da população uma prioridade, cabendo à AB, por meio da ESF, o papel de ordenar ações de prevenção e controle das DCbVs.

Ressalta-se que, no nível local, ocorra o processo de investigação e análise dos casos pela EqSF, que por si só, se constitui uma importante estratégia de educação permanente.

Nesse contexto, é possível afirmar que a ESF, ao assumir uma postura ativa de intervenção em saúde, assentada na visão ampliada do processo saúde-doença, ultrapassando concepções marcadas pelo viés curativo e biologizante, utilizando a metodologia de evento sentinela, pode contribuir para a melhoria da atenção às DCNTs e reduzir a ocorrência de eventos considerados evitáveis.

6. REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). 2012.** Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em 28 de março de 2016.

AERTS, RGC. Investigação dos óbitos perinatais e infantis: seu uso no planejamento de políticas públicas de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.73, p.364-6, 1997.

ALDER, G. Measuring the quality of medical care (Letter). **New England Journal of Medicine**, v.298, n.574, 9 March, 1978.

AMA. American Medical Association. **Committee on maternal and child care of the council on medical services: A guide for maternal death studies.** Chicago, 1964.

ANDRADE, SSA. et al.. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.24, n.2, p.297-304, abr-jun, 2015.

ARANTES, LJ.; SHIMIZU, HE.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1499-1509, 2016.

ASSIS, MMA.; JESUS, WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2865-2875, nov. 2012.

AZEVEDO, ALM de; COSTA, AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface. Comunicação, Saúde e educação**, v.14, n.35, p.797-810, out./dez. 2010.

BASTOS-BARBOSA, RG. et al.. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.99, n.1, p. 636-41, 2012.

BEAGLEHOLE, R. et al.. Measuring progress on NCDs: one goal and five targets. **Lancet**, v.380, n.9850, p.1283–1285, 13 October, 2012.

BRANDÃO, A. et al.. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.95, n.1 (Supl.1), p.1-3, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico de Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set.1990a.18055p.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. 25694p.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional Médica da Previdência Social. **Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991**. Reedição da Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20273_17_07_1991.pdf>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS 545** de maio de 1993. Norma Operacional Básica 01/93. Atos Normativos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde, PACS, Portaria nº 1886/GM**. Anexo 1. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 96**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997b.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **A Implantação da Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da

Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. 44p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.**

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 371/GM, de 04 de março de 2002.**

Disponível em: hiperdia.datasus.gov.br/manuais/portariaministerial371.doc

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 399** de 22 de fevereiro de 2006.

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.687**, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. 2006b. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina e Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. **A Declaração de Óbito: documento necessário e importante.** (2ª ed.) Brasília, DF: 2007.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011a.**

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 54p.

_____. 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, 2011c, 160p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da

Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar. Volume I.** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 18p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da Família.** 2016a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>

_____. Ministério da Saúde. **Manual de orientações às farmácias e drogarias credenciadas no “aqui tem farmácia popular”.** 2016b. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/manual-orientacao-port111.pdf>>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Publicações.** 2016c. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>>

CAMPOS, FCC de; FARIA, HP de; SANTOS, MA dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

CAMPOS, CMS; MISHIMA, SM. 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, BG. et al.. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. IN: ANDRADE, SM et al.. (org). **Bases da Saúde Coletiva.** 2ª ed. rev. e ampl. – Londrina: Eduel, 2017, 578p.

CECÍLIO, LCE. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, RA. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2009. p. 117-130.

CDC. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Place of death after stroke United States, 1999-2002. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.55, p.529-32, 2006.

CEAP. CENTRO DE EDUCAÇÃO POPULAR. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** 2ª ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009. 48p.

CHARLTON, JRH; VELEZ, R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. **BMJ**, v.292, n.6516, p.295-301, 1986.

CONNELL, FA; LOUDEN, JM. Diabetes Mellitus in persons under 45 years of age. **American Journal Public Health**, v.73, p.1174-1177, 1983.

CONTANDRIOPOULOS, AP. et al.. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA organizador. **Avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-48.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em 04 jan. 2017.

COSTA, ICC; LEITE, MJWP; CERQUEIRA, LM. O papel dos recursos humanos no impacto social das práticas de saúde bucal. **Revista Saúde**, jan, v.11, n.1/2, p.70-6, 1997.

COSTA, JMBS; SILVA, MRF da; CARVALHO, EF de. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.2, p.623-633, 2011.

CUNHA, EM; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, Supl 1, p.1029-42, 2011.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET). Estatísticas Vitais. **Mortalidade Geral. 2014**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cid-10>>. Acesso em 14 de dezembro de 2016.

DEMPSEY, M. **Decline in tuberculosis: the death rate fails to tell the entire story**. p.157-164, 1947.

DIAS-DA-COSTA, JS. et al.. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v.42, Supl. 2, p.51-9, 2008.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

FRIAS, PG. **Análise de implantação do projeto de redução da mortalidade infantil em dois municípios de Pernambuco com semelhantes condições**

- de vida** [dissertação mestrado]. Recife: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 2001.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Cuidados primários de saúde – relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde** – Alma Ata, 1978. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1979.
- GAGLIARDI, RJ. Hipertensão Arterial e AVC. **Com Ciência** n.109 Campinas, 2009.
- GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM. Atenção Primária à Saúde. IN: GIOVANELLA, L. et al.. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.575-625, 2008.
- GIROTTI, E. et al.. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1763-1772, 2013.
- GÓMEZ-ARIAS, R. et al.. Diseño y análisis comparativo de un inventario de indicadores de mortalidad evitable adaptado a las condiciones sanitarias de Colombia. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.26, p.385-97, 2009.
- GUEDES, MVC. et al.. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília; v.64, n6, p.1038-42, nov/dez, 2011.
- GUSMÃO, JL de; MION JUNIOR, D. **Adesão ao tratamento – conceitos**. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.1, p.23-25, 2006.
- HART, JT. Rules of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. **The British Journal of General Practice**, v. 42, n. 356, 1992.
- HARTZ, ZMA. Vigilância epidemiológica da mortalidade infantil. Contribuição a planificação dos programas de saúde da criança. **Pediatria Atual**, v.8, p.31-4, 1995.
- HARTZ, ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.341-353, 1999.
- HARTZ, ZMA; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, Supl. 2, p.331-336, 2004.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Canais. Cidades. **Cambé**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/4103701>>. Acessado em 14 de dezembro de 2016.
- JOINT COMMISSION. **Sentinel Event Policy and Procedures**, jun, 2013. Acessado

em:<http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Policy_and_Procedures/>. Visualizado em 09 de outubro de 2013.

JORGE, MHPM; LAURENTI, R; DI NUBILA, HBV. O óbito e sua investigação. Reflexões sobre alguns aspectos relevantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, n.4, p.561-576, 2010.

KOIFFMAN, MD; BONADIO, IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.5, Supl.1, p.23-32, 2005.

LAKHANI, M; BAUER, M; FIELD, S. **The future of general practice: a roadmap**. London: Royal College of General Practitioners; 2007

LEITE, AJM. et al.. Mortes perinatais no município de Fortaleza, Ceará: o quanto é possível evitar? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.73, p.367-82, 1997.

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

LIMA, CPNC; COSTA, MML; SOARES, MJGO. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidentes vasculares cerebrais. **Journal of Nursing UFPE on line** [Internet]. Oct/Dec [cited 2013 Feb 13]; v.3, n.4, p.857-63, 2009. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/94/pdf_949

LUCCHESI, PTR. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n.14, p. 75-156, dez, 1996.

MACHADO, K. Orçamento da Saúde 2007: R\$ 5,7 milhões a menos. **RADIS: Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 55, p.1-4, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis>>

MACHADO, CR. **Prevalência, reconhecimento, tratamento medicamentoso e controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no município de Cambé – PR**. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina – PR, 2014.

MACKENBACH, JP.; BOUVIER-COLLE, MH.; JOUGLA, E. Avoidable mortality and health services: a review of aggregate data studies. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.44, p.106-111, 1989.

MACKENBACH, JP. How important have medical advances been? In: **Sussex J. Improving population health in industrialized countries**. London: Office of Health Economics, 2000, p.53-69.

MALFATTI, CRM.; ASSUNÇÃO, AN. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, Suppl.1, p.1383-8, 2011.

MALTA, DC.; DUARTE, EC. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.3, p.765-776, 2007.

MALTA, DC. et. al.. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.16, n.4, p.233-244, out-dez, 2007.

MALTA, DM.; MORAIS NETO, OL de; SILVA JUNIOR, JB da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.20, n.4, p.425-438, out-dez, 2011.

MALTA, DM.; SILVA JUNIOR, JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.22, n.1, p.151-164, jan-mar, 2013.

MARMOL, JG.; SCRIGGINS, AL.; VOLLMAN, RF. History of the maternal mortality study committees in the United States. **Obstetrics and Gynecology**, v. 34, n.1, jul, 1969.

MEDINA, MG. et al.. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. IN: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V da. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.41-63, 2005.

MENDES, EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

MENEZES, TN de et al.. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Volume 34, Issue 2, May–August, Pages 117–124, 2016.

MERHY, EE. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, agosto, p.147-9, 2001.

MILLER, CA. Child health. IN: **Epidemiology and Health Policy** (Edited by Levine Sol and Lilienfeld Abraham). 36p. Tavistock, London, 1987.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.898-906, mai-jun, 2005.

MOROSINI, MV. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro (RJ): EPSJV; 2010.

MURNAGHAN, JH. Health indicators and information systems for the year 2000. **Annual Review of Public Health**, v.2, p.299-361, 1981.

NEMES, MIB. Prática Programática em Saúde. IN: SCHRAIBER, LB. (Org). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2º ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

NOGUEIRA, D. et al.. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró- Saúde, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 27, n. 2, 2010.

OLIVEIRA JUNIOR, M. O financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. IN: GOULART, FAA. (Org). **Os médicos e a saúde no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p.115-154.

OLIVEIRA JÚNIOR, JG. **Agentes comunitários de saúde: fatores restritivos e facilitadores do seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª Revisão**. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças; 1995 (Vols. 1 e 2).

OPAS. Ministerio de Salud de la Gran Bretana. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920**. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicación científica nº 93]

OSHIRO, ML. et al.. Cancer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.60, n.1, p.15-23, 2014.

PAIM, JS. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, 356p.

PENNA, MLF. **Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde**. Texto elaborado para a Bibliografia Básica do Projeto GERUS. 1992.

PEREIRA, M. et al.. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **Journal of Hypertension**, v.27, p.963-75, 2009.

PINTO, CDBS. et al.. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v.44, n.4, p.611-619, 2010.

PINTO, HA, SOUSA, A; FLORÊNCIO, AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e

processo de implantação. **RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 6, n. 2, supl., 2012.

POIKOLAINEN, K; ESKOLA, J. The effect of health services on mortality: decline in death rates from amenable and non-amenable causes in Finland, 1969-1981. **Lancet**, v.1, n.8474, p.199-202, 1986.

PORTO, C. **Introdução ao planejamento estratégico corporativo**. Brasília: Macroplan Prospectiva e Estratégia, 1998.

QUEIRÓS, A. A. L.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 257-281, 2012.

RADIGONDA, B. **Avaliação da atenção às pessoas com hipertensão e ou diabetes no município de Cambé – PR**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Londrina. 2014. 190p.

RADIGONDA, B.; SOUZA, RKT de; JUNIOR, LC. Avaliação da cobertura de Atenção Básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.105, p.423-431, 2015.

RADIGONDA, B. et al.. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.25, n.1, p.115-126, jan-mar, 2016.

REMONDI, FA.; CABRERA, MAS.; SOUZA, RKT de. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.126-136, jan, 2014.

RODRIGUES, ESR. et al.. Fatores de risco cardiovascular em pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista Amazônia**, v.1, n.2, p.21-28, 2013.

ROSA FILHO, LA. **Determinantes e efeitos da continuidade na atenção à saúde: estudo de base populacional em Pelotas, RS, 2006**. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Estadual de Pelotas, Pelotas, 2006.

ROSSI, PH.; FREEMAN, HE.; LIPSEY, MW. **Evaluation: a systematic approach**. Thousand Oaks: SAGE Publication, 1999.

ROWAN, MS. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. **Canadian Journal of Program Evaluation**, v.15, n.2, p.81-92, 2000.

RUTSTEIN, DD. The principle of the sentinel health event and its application to the occupational diseases. **Archives of Environmental Health - An International Journal**, v.39, n.3, p.158, 1984.

RUTSTEIN, DD. et. al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **The New England Journal of Medicine**, v.294, n.11, p.582–588, 1976.

SAKELLARIDES, C. De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.2, p.101-108, 2001.

SANTA-HELENA, ET de; NEMES, MIB.; ELUF NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p.2389-2398, dez, 2010.

SANTOS, JC dos, MOREIRA, TMM. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v.46, n.5, p.1125-1132, 2012.

SANTOS, MVR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.11, p.55-61, 2013.

SCHMIDT, MI. et al.. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet: Saúde no Brasil**, p.61-74, 2011. Disponível em: <http://media.dropdo.com.s3.amazonaws.com/5oH/brazilpor4_DCNT.pdf>

SCHRAIBER, LB.; MENDES-GONÇALVES, RB. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. IN: SCHRAIBER, LB. (Org). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2° ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

SILVA, JA da; DALMASO, ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.10, p.75-96, fev, 2002.

SIVIERO, PCL. **Análise da mortalidade: modelo de causa básica e modelo de causas múltiplas** / Pamila Siviero, Roberto Nascimento Rodrigues, Carla Jorge Machado. – Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2013. 21 p.: il. - (Texto para discussão; 468).

SOARES, MM. et al.. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v.17, n.1, p.144-50, jan/mar, 2012.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, fev, p.1–48, 2006.

____. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 107, n. 3, p. 1-83, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária à Saúde: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STOTZ, EN. **Necessidade de Saúde: mediações de um conceito**. Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

TAVARES, NUL. et al.. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n6, p.1092-101, 2013.

TEIXEIRA, CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, Supl., p.153-162, 2002.

TOMAZ, JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.10, p.75-94, fev, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, Supl.2, p.190-198, 2004.

Wilber JA.; Barrow JG. Hypertension - a community problem. **American Journal of Medicine**, v.52, p.653-663, 1972.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

WHO. World Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: WHO; 1986.

_____. World Health Organization, **World health statistics 2016**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2016. 121p.

ANEXOS

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES E DIABETES	
I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO A PARTIR DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO	DO nº
1.Nome:	
2.Sexo (1) Feminino (2) Masculino	
3. Endereço residencial: nº	
Bairro: Complemento:	
4. UBS da área de residência:	
5. Data do nascimento: 6.Data do óbito: 7.Idade:	
8. Raça/Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	
9.A. Mulher em idade fértil (12 a 49 anos) (1) Sim (2) Não	
9.B. Gestante (1) Sim (2) Não (999)NA	
10. Local do óbito: (1) Hospital (2) Outros estab. de saúde (3) domicílio (4) Via pública (5) Outros _____	
11. Causas do óbito registradas na declaração de óbito	CID-10
11.a)	
11.b)	
11.c)	
11.d)	
11.e)Parte II:	
Causa básica digitada:	
12. Causas do óbito após investigação do LABVIGICARDIO	
12.a)	
12.b)	
12.c)	
12.d)	
12.e)Parte II:	

III-DADOS DA UBS		
64. UBS:	Equipe _____ Área:	UBS2
65. Nº Prontuário:	(1) Sim, localizado (2) Sim, não localizado (3) Não tem prontuário	PRONTU
66. Residia em micro área coberta pelo ACS: (1) Sim (2) Não	→Se não residia na área coberta pule para questão 74	AREAPSF
67. ACS: Nome: _____		ACS
68. Ficha A: (1)Sim (2)Não	→Se não pule para questão 71	FICHAA
69. Há registro da condição referida na ficha A? (1)Sim (2)Não (999)NA		RFICHAA
70. Qual (is) condição(ões) está (ão) registrada (s): ()HA ()DM ()GES () Outras _____		CONDIÇÃO
71. Há registros de visitas realizadas nos últimos 12 meses? (1)Sim (2)Não	→Se não pule para questão 74	VISITAS
72. Instrumento utilizado para o registro () Ficha B - HA () Ficha B - DIA () Caderno da ACS () Outro instrumento _____		INSTRU
73. Quantas visitas foram realizadas em cada mês? 0= nenhuma; 1= uma visita; 2= duas visitas ()Jan ()Fev ()Mar ()Abr ()Maio ()Jun ()Jul ()Ago ()Set ()Out ()Nov ()Dez 73.1. Total de visitas: _____		VISITAMES
74. Possui Ficha de Aprazamento para Hipertenso? *Somente para hipertenso (1)Sim (com registro de aprazamento) (2)Sim (sem registro de aprazamento) (3)Não possui ficha (999)NA		FICHAHA
75. Quantos registros foram anotados nos últimos 24 meses? Total de registros:		RFICHAHA
76. Atividades registradas na Ficha de Aprazamento para Hipertenso: () Entrega de medicamentos () PA () Outros _____		AFICHAHA
77. Possui Ficha de Aprazamento para Diabético? **Somente para diabético (1)Sim (com registro de aprazamento) (2)Sim (sem registro de aprazamento) (3)Não possui ficha (999)NA		FICHADM
78. Quantos registros foram anotados nos últimos 24 meses? Total de registros:		RFICHADM
79. Atividades registradas na Ficha de Aprazamento para Diabético:		AFICHADM

() Entrega de medicamentos () PA () Glicemia - HGT () Outros _____		
80. Há registro do diagnóstico no prontuário de? DM, HA		
80.A. HA (1)Sim ___/___/___ (2) Não		DIAGHA
80.B. DM (1)Sim ___/___/___ (2) Não		DIAGDM
80.C. Outros, qual(s)? (especificar data e o diagnóstico) Não há		DIAGCARD
Resultado do último exame laboratorial registrado		
88. Urina I ()s/registro ()Sim Data:___/___/___ Valor: _____ 89. Potássio ()s/registro ()Sim Data:___/___/___ Valor: _____ 90. Creatinina ()s/registro ()Sim Data:___/___/___ Valor: _____ 91. Glicemia em jejum ()s/registro ()Sim Data:___/___/___ Valor: _____ 92. ECG ()s/registro ()Sim Data:___/___/___ 93. Colesterol total ()s/ registro ()Sim Data:___/___/___ Valor: _____	94. HDL ()s/registro ()Sim Data:___/___/___ Valor: _____ 95. LDL ()s/registro ()Sim Data:___/___/___ Valor: _____ 96. Triglicérides ()s/registro ()Sim Data:___/___/___ Valor: _____ 97. Hemoglobina glicada ()s/registro ()Sim Data:___/___/___ Valor: _____ 98. Ácido úrico ()s/registro ()Sim Data:___/___/___ Valor: _____	
Consultas Médicas		
81. Há registro de consulta médica nos 24 meses anteriores ao óbito? (1)Sim (2)Não →Se não, pule para a questão 90		CONSMED

82. Procedimentos realizados e registrados nas consultas médicas dos últimos 24 meses: **(Se não registrado = NR) (Local: UBS ou DOM)**

___/___/___ ()PA___x___()Peso___()Altura___()CA___()IMC___()Local___()Dieta()Ativ Física()Tabaco()Álcool()Cuidado pés ()Ori.
 Gerais

Diagnóstico/Conduta(Medicamento/Exame/Encaminhamento): _____

___/___/___ ()PA___x___()Peso___()Altura___()CA___()IMC___()Local___()Dieta()Ativ Física()Tabaco()Álcool()Cuidado pés ()Ori.
 Gerais

Diagnóstico/Conduta(Medicamento/Exame/Encaminhamento): _____

___/___/___ ()PA___x___()Peso___()Altura___()CA___()IMC___()Local___()Dieta()Ativ Física()Tabaco()Álcool()Cuidado pés ()Ori.
 Gerais

Diagnóstico/Conduta(Medicamento/Exame/Encaminhamento): _____

___/___/___ ()PA___x___()Peso___()Altura___()CA___()IMC___()Local___()Dieta()Ativ Física()Tabaco()Álcool()Cuidado pés ()Ori.
 Gerais

Diagnóstico/Conduta(Medicamento/Exame/Encaminhamento): _____

___/___/___ ()PA___x___()Peso___()Altura___()CA___()IMC___()Local___()Dieta()Ativ Física()Tabaco()Álcool()Cuidado pés ()Ori.
 Gerais

Diagnóstico/Conduta(Medicamento/Exame/Encaminhamento): _____

___/___/___ ()PA___x___()Peso___()Altura___()CA___()IMC___()Local___()Dieta()Ativ Física()Tabaco()Álcool()Cuidado pés ()Ori.
 Gerais

Diagnóstico/Conduta(Medicamento/Exame/Encaminhamento): _____

<p>___/___/___ ()PA___x___()Peso___()Altura___()CA___()IMC___()Local___()Dieta()Ativ Física()Tabaco()Álcool()Cuidado pés ()Ori. Gerais</p> <p>Diagnóstico/Conduta(Medicamento/Exame/Encaminhamento): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>___/___/___ ()PA___x___()Peso___()Altura___()CA___()IMC___()Local___()Dieta()Ativ Física()Tabaco()Álcool()Cuidado pés ()Ori. Gerais</p> <p>Diagnóstico/Conduta(Medicamento/Exame/Encaminhamento): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>83. Número da(s) consulta(s) médica(s) nos últimos 24 meses anterior(es) ao óbito? Total: ___ consultas</p>		<p>NUMCONS</p>
<p>Atendimento de Enfermagem</p>		
<p>84. Há registro de atendimento de enfermagem nos 24 meses anterior (es) ao óbito? (1)Sim (2)Não →Se não, pule para a questão 99</p>		<p>CONSENF</p>
<p>85. Procedimentos realizados e registrados nos atendimentos de enfermagem dos últimos 24 meses: (Se não registrado = NR) (Local: UBS ou DOM)</p>		
<p>___/___/___ ()PA___x___()Peso___()Altura___()CA___()IMC___()Local___()Dieta()Ativ Física()Tabaco()Álcool()Cuidado pés ()Ori. Gerais</p> <p>Profissional/Diagnóstico/Conduta(Exame/Encaminhamento): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>___/___/___ ()PA___x___()Peso___()Altura___()CA___()IMC___()Local___()Dieta()Ativ Física()Tabaco()Álcool()Cuidado pés ()Ori. Gerais</p> <p>Profissional/Diagnóstico/Conduta(Exame/Encaminhamento): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>___/___/___ ()PA___x___()Peso___()Altura___()CA___()IMC___()Local___()Dieta()Ativ Física()Tabaco()Álcool()Cuidado pés ()Ori. Gerais</p> <p>Profissional/Diagnóstico/Conduta(Exame/Encaminhamento): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>___/___/___ ()PA___x___()Peso___()Altura___()CA___()IMC___()Local___()Dieta()Ativ Física()Tabaco()Álcool()Cuidado pés ()Ori. Gerais</p>		

_____ _____ _____/____/____ ()PA____x____()Peso____()Altura____()CA____()IMC____()Local____()Dieta()Ativ Física()Tabaco()Álcool()Cuidado pés ()Ori. Gerais Profissional/Diagnóstico/Conduta(Exame/Encaminhamento): _____ _____ _____			
_____/____/____ ()PA____x____()Peso____()Altura____()CA____()IMC____()Local____()Dieta()Ativ Física()Tabaco()Álcool()Cuidado pés ()Ori. Gerais Profissional/Diagnóstico/Conduta(Exame/Encaminhamento): _____ _____ _____			
86. N° de atendimentos de enfermagem realizadas nos últimos 24 meses? Total _____ consultas			
Consultas dos profissionais do NASF			
87. Há registro de atendimento de outros profissionais de saúde? (Profissionais do NASF) (1) Sim (2) Não Se sim, preencha o quadro abaixo.			CONSNASF
87.1. Data	87.2. Profissional	87.3. Motivo do atendimento	87.4. Orientações

OBSERVAÇÕES

II-DADOS DA ENTREVISTA COM FAMILIARES					
Dados do entrevistado (deixar claro se ele residia com o falecido)					
13. Nome:	NENT				
14. Qual o seu grau de parentesco com o Sr (a) _____ ?	PARENT				
15. Qual a sua idade?	IDIDENT				
16. Qual a última série de estudo que você completou? _____	ESTUENT				
Dados do falecido					
17. O Sr ou Sr(a) _____ sabia ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) Não sei	LER				
18. Qual a última série de estudo que o sr ou sr(a) _____ completou? _____ (99) Não sei	ESTUIND				
19. Em relação à ocupação, o Sr ou Sr(a) _____: (1) Estava na ativa, com trabalho remunerado. O que ele(a) fazia? _____ (2) Era do lar (3) Estava desempregado. Há quanto tempo? _____ (4) Era aposentado (a), sem trabalho remunerado. Há quanto tempo? _____ O que ele(a) fazia no trabalho antes da aposentadoria? _____ (5) Era aposentado (a), mas com trabalho remunerado. Há quanto tempo estava aposentado? _____ O que ele(a) fazia no trabalho antes da aposentadoria? _____ O que ele(a) fazia no trabalho após a aposentadoria? _____ (6) Outra situação. Especificar _____	TRAB				
20. A residência era (1) Própria (2) Alugada (3) Cedida (4) Assentamento (5) Outros (99) Não sei	RESID				
21. Quantas pessoas moravam na residência do sr ou sr(a) _____ na ocasião do óbito? _____ (99) Não sei	PESSO				
22. Quantos cômodos havia na residência? (excluir áreas abertas e banheiros externos) _____ (99) Não sei	COMOD				
23. Possuía água tratada e encanada? (1) Sim (2) Não (99) Não sei Se não, especificar a procedência: _____	AGUA				
24. Qual era o destino dos dejetos? (1) Rede de esgoto (2) Fossa séptica (3) Fossa negra (4) Céu aberto (99) Não sei	DEJET				
Classe econômica - ABEP:					
	Número de itens				
Quais desses itens a família possui?	0	1	2	3	4+
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	1	2	3	4
Automóvel	0	1	2	3	4
Empregada mensalista	0	1	2	3	4
Máquina de lavar	0	1	2	3	4
Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4
Geladeira	0	1	2	3	4
Freezer (separado)	0	1	2	3	4
Qual o grau de instrução do chefe da família? (Considerar o momento antes do óbito)					
Analfabeto/ primário incompleto / até a 3º série do fundamental					0
Primário completo / ginásial incompleto / até a 4º série do fundamental					1
Ginásial completo / colegial incompleto / fundamental completo					2
Colegial completo / superior incompleto / ensino médio completo					4
Superior completo					8
25. Pontuação total []					
					ABEP
26. Qual era a renda familiar total? R\$ _____	REND				
Utilização dos serviços e adesão					
27. O Sr ou Sr(a) _____ possuía plano de saúde? (1) Sim (2) Não	PLANO				
28. Em sua opinião, qual foi a causa da morte do Sr ou Sr(a) _____ ? _____	CAUSAOB				

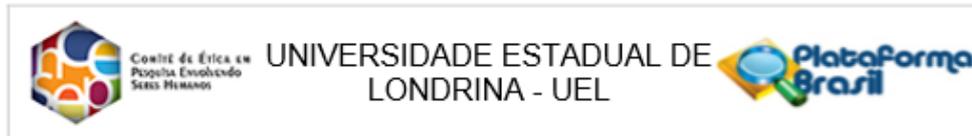
29. Qual o tempo decorrido entre o início ou/piora da doença/problema até o óbito?			TEMPOOB
30. Conte o que aconteceu desde que o Sr ou Sr(a) _____ adoeceu ou piorou até o momento da morte. (Ouvir o relato do entrevistado e questionar o que não foi dito, local: em casa, internação, serviços de saúde procurados; diagnósticos e terapêuticas realizados, duração, etc.).			HISTOB
31. Serviços de saúde utilizados para resolver o problema /doença que levou ao óbito	32. Qual a sua opinião sobre o atendimento recebido	33. Teve problemas neste serviço (especificar)	
			SERVOB OPIATEND PROBSERV
34.O Sr ou Sr(a) _____ tinha alguns dos seguintes problemas de saúde?			HA DM IAM OUTRCOR AVE COLEST CIRCUL TIREOIDE CANCER OBESID ARTIC OUTROS
34.1. HA (1) Sim (2) Não (99) Não sei	1.() Informado pelo médico ou profissional de saúde	2.() Autoretrato	
34.2. DM (1) Sim (2) Não (99) Não sei	1.() Informado pelo médico ou profissional de saúde	2.() Autoretrato	
34.3. Infarto anterior (1) Sim (2) Não (99) Não sei	1.() Informado pelo médico ou profissional de saúde	2.() Autoretrato	
Outros problemas do coração. (1) Sim (2) Não (99) Não sei Qual? _____	1.() Informado pelo médico ou profissional de saúde	2.() Autoretrato	
34.4. Sequela de derrame (acidente vascular encefálico) (1) Sim (2) Não (99) Não sei	1.() Informado pelo médico ou profissional de saúde	2.() Autoretrato	
34.5. Colesterol Ruim alto e ou Colesterol bom baixo (1) Sim (2) Não (99) Não sei	1.() Informado pelo médico ou profissional de saúde	2.() Autoretrato	
34.6. Problema de circulação (1) Sim (2) Não (99) Não sei	1.() Informado pelo médico ou profissional de saúde	2.() Autoretrato	
34.7. Problema de tireóide (1) Sim (2) Não (99) Não sei	1.() Informado pelo médico ou profissional de saúde	2.() Autoretrato	
34.8. Câncer (1) Sim (2) Não (99) Não sei Local _____	1.() Informado pelo médico ou profissional de saúde	2.() Autoretrato	

34.9. Obesidade (1) Sim (2) Não (99) Não sei	1.() Informado pelo médico ou profissional de saúde	2.() Autoretrato	
34.10. Problemas nas articulações e/ou dores musculares (1) Sim (2) Não (99) Não sei	1.() Informado pelo médico ou profissional de saúde	2.() Autoretrato	
34.11. Outros problemas (1) Sim (2) Não (99) Não sei Quais? _____	1.() Informado pelo médico ou profissional de saúde	2.() Autoretrato	
35. Com qual frequência o Sr(a) tinha o hábito de medir a pressão? _____			FPA
36. Que serviço(s) de saúde o Sr ou Sr(a) _____ utilizava para tratar os problemas de saúde? (admite mais de uma resposta) () Posto de saúde (UBS) () Médico do convênio - especificar especialidades _____ () Médico especialista ou outro profissional do SUS (fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista...) – especificar especialidades: _____ () Internação domiciliar () Outro especificar: _____ () Não utilizava serviços de saúde			UTISERV
37. Com que frequência o Sr ou Sr(a) _____ costumava ir ao posto de saúde (UBS): _____ (99) Não sei			FUBS
38. Com que frequência o Sr ou Sr(a) _____ costumava ir ao médico ou outro profissional: _____ (99) Não sei			FMEDICO
Este quadro deve ser preenchido com o(s) especialista(s)/profissional(is) registrado (s) na questão 36			
38.1. Especialista ou outro profissional	38.2. Frequência nos últimos 12 meses que antecederam o óbito	38.3. Observações (se algo for relatado de forma espontânea pelo entrevistado, por ex. conduta profissional)	ESPEC FESPEC OBSERV
39. O Sr ou Sr(a) _____ recebia visita do PSF: (1) Sim (2) Não (99) Não sei 39.1) Se sim, de qual (is) profissional (is)? _____ 39.2) Qual a frequência? _____			PSF PROFPSF FPSF
40. O Sr ou Sr(a) _____ tomava medicamentos de uso contínuo? (1) Sim (2) Não (99) Não sei Se sim, quais: _____ _____ _____ _____			MED
41. Ao longo de um dia, quantas vezes o (a) Sr (a) _____ precisava tomar medicamentos? _____ (99) Não sei			FMED
42. Com relação ao uso de medicamentos, o (a) Sr (a) _____: (1) Tomava sozinho (a) sem maiores dificuldades (2) Necessitava de supervisão (3) Recebia os medicamentos de outras pessoas → (pule para questão 45) (4) Não sei			CFMED
43. O (a) Sr (a) _____ se esquecia de tomar os medicamentos ou tinha dificuldades quanto aos horários de tomá-los? (1) Sim (2) Não (99) Não sei			ESQMED

44. O (a) Sr (a) _____ tinha o hábito de deixar de tomar o medicamento ou alterar a dose por sentir-se bem? (1) Sim (2) Não (99) Não sei						DMED
45. O (a) Sr (a) _____ reclamava de ter de tomar os medicamentos ou de algum efeito ruim que os medicamentos causavam? (1) Sim (2) Não (99) Não sei						RMED
46. Em qual(is) local(is) que o Sr ou Sr(a) _____ adquiria os medicamentos? (aceita mais de uma resposta) () Posto de Saúde () Farmácia Municipal () Farmácia popular () Farmácia (comprados) () Doações () Outros (99) Não sei → (pule para questão 49)						LMED
47. Era comum faltarem os medicamentos? (1) Sim (2) Não (99) Não sei Se sim, em qual local? _____						FALTAMED
48. Por problemas financeiros era comum faltarem os medicamentos? (1) Sim (2) Não (99) Não sei						PROBFINA
Comportamentos/ Hábitos relacionados à Saúde						
49. O Sr ou Sr(a) _____ fumava? (1) Sim, (todos os dias) (2) Sim, frequentemente (2 a 6x/sem) (3) Sim, ocasionalmente (menos que 2x/sem) (4) Não fumava (99) Não sei → Se não ou não sei, pule para a questão 53.						TABAG
50. Quantos cigarros o Sr ou Sr(a) _____ fumava por dia? _____ cigarros (99) Não sei						NCIGAR
51. Quantos anos da vida o Sr ou Sr(a) _____ fumou? _____ anos (99) Não sei						ANOTABAG
52. Se parou, há quanto tempo? _____ meses _____ anos (99) Não sei						ANOPAROU
53. O Sr ou Sr(a) _____ costumava consumir bebida alcoólica? (4 doses para mulher/5 doses para homem em uma ocasião em 30 dias - 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) (1) Sim, (todos os dias) (2) Sim, frequentemente (2 a 6x/sem) (3) Sim, ocasionalmente (menos que 2x/sem) (4) Não bebia (99) Não sei						ALC
Atividades físicas						
54. O Sr ou Sr(a) _____ estava acamado(a) nos últimos 6 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sei → Se sim, pule para a questão 61						ACAMADO
55. Ele (a) caminhava ou ia de bicicleta até o trabalho? (1) Sim (2) Não (99) Não sei (999) Não se aplica → (pule para questão 57)						BICICLETA
56. Quanto tempo ele (a) levava caminhando ou pedalando neste deslocamento (somar tempo de ida e volta): [] minutos.						TEMDESLOC
57. Em uma semana normal (típica) ele(a) fazia algum tipo de atividade física no seu tempo livre? (1) Sim (2) Não Especificar tipo de atividade: _____ → Se não ou não sei, pule para a questão 61.						AF
58. Quantas vezes por semana? (dias) (1) Uma (2) Duas (3) Três (2) Quatro ou mais (99) Não sei						FAF
59. Quanto tempo durava por dia? _____ (minutos) (99) Não sei						TEMAF
60. Ele(a) fazia essa atividade física REGULAR há mais de 6 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sei						AFREG
Hábitos alimentares						
61. Em quantos dias da semana ele(a) costumava comer/tomar :	(1) Nunca/raramente	(2) 1 a 2 dias	(3) 3 a 4 dias	(4) 5 a 6 dias	(5) Todos os dias	
61.A. Frutas?						FRUTAS
61.B. Verduras ou legumes (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame?						VERDURAS
61.C. Carne vermelha ?						CARNE
61.D. Frango?						FRANGO

61.E. Embutidos (salames, salsichas, presunto, mortadela, etc)?						EMBUTIDO
61.F. Doces (bolos, tortas, chocolates, entre outros)?						DOCE
61.G. Salgados fritos (coxinha, rissoles, pastéis, entre outros)?						SALGA
61.H. Bebidas industrializadas ou refrigerantes?						REFRI
61.I. Alimentos pré-preparados (congelados, pré-cozidos, etc.)?						PREPAR
61.M. Alimentos diet/light?						DIET
61.N. Leite integral?						LEITE
61.O. Adoçante?						ADOC
62. Quando ele(a) comia carne vermelha com gordura, ele(a): (1) Tirava sempre o excesso de gordura visível (2) Comia com a gordura (3) Não comia carne vermelha com muita gordura					(99) Não sabe	GORDURA
63. Quando ele(a) comia frango com pele costumava: (1) Tirar sempre a pele (2) Comer com a pele					(99) Não sabe	PELEFRANG

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Evitabilidade das mortes por doenças cardiovasculares e diabetes

Pesquisador: Wladithe Organ de Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59328416.3.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.730.264

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa e qualitativa, denominada série de casos. A população do estudo serão os óbitos de indivíduos residentes e ocorridos na cidade de Cambé em 2013, em que conste em qualquer parte da declaração de óbito alguma causa cardiovascular ou diabetes. Os dados serão obtidos o banco dos dados do Laboratório de Vigilância da Saúde Cardiovascular em Cambé-PR, que investiga os óbitos por meio de um formulário estruturado. Serão consultados também os resumos dos casos e, se necessário, as fichas de investigação dos óbitos. Serão analisadas variáveis demográficas e socioeconômicas, relacionadas ao óbito, de utilização dos serviços, hábitos de vida e problemas de saúde. A hipótese do estudo é que parte dos óbitos por doenças cardiovasculares e diabetes em menores de 74 anos são evitáveis por ação dos serviços de atenção básica.

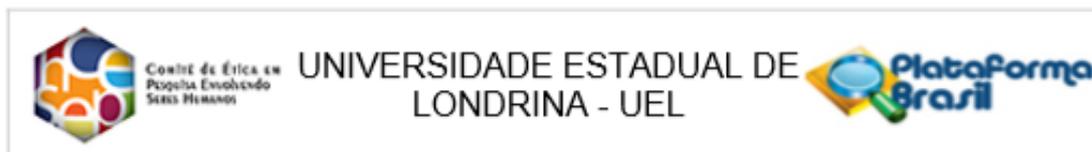
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a evitabilidade dos óbitos por doenças cardiovasculares ocorridos no ano de 2013 no município de Cambé, Paraná.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os óbitos quanto às variáveis demográficas, socioeconômicas, condições de saúde, risco cardiovascular e acesso aos serviços de saúde e segundo critérios de evitabilidade; Avaliar a

Endereço: LABESC - Sala 14	CEP: 86.057-970
Bairro: Campus Universitário	
UF: PR	Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.730.264

assistência prestada pela Atenção Básica às pessoas que faleceram por doenças cardiovasculares e diabetes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora os maiores riscos são inerentes ao acesso ao banco de dados e, se necessário, à ficha de investigação dos óbitos do Laboratório de Vigilância da Saúde Cardiovascular de Cambé-PR relacionados ao sigilo dos dados. Além disso, ao realizar a devolutiva da pesquisa tanto à equipe gestora da Secretaria de Saúde de Cambé quanto às UBS da rede de atenção básica do município será necessário a abordagem adequada para evitar constrangimentos às equipes gestora e de Saúde da Família.

O benefício direto é proporcionar uma avaliação dos serviços prestados à população pela rede de atenção básica (AB) do município à equipe gestora da Secretaria de Saúde de Cambé e colaborar no processo de educação permanente das equipes de saúde que prestam o serviço à população a partir das devolutivas da pesquisa. O benefício indireto é a melhoria das ações após a tomada de decisões da equipe gestora a partir dos resultados da avaliação e também das mudanças do processo de trabalho que a educação permanente proporciona.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou autorização da instituição coparticipante, cronograma adequado e declara que o estudo será realizado com financiamento próprio. Apresenta também declaração de responsabilidade em que se compromete a manter os dados por tempo indeterminado e com devido sigilo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

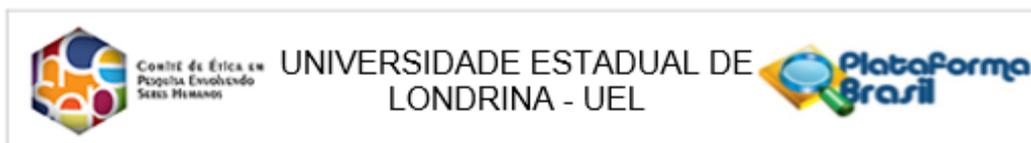
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.730.264

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_770879.pdf	29/08/2016 13:16:02		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_com_carimbo.pdf	29/08/2016 13:13:46	Wladithe Organ de Carvalho	Aceito
Outros	Declara_de_responsabilidade.pdf	23/08/2016 08:16:17	Wladithe Organ de Carvalho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Cambe.pdf	19/08/2016 16:21:28	Wladithe Organ de Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.docx	19/08/2016 16:19:52	Wladithe Organ de Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 16 de Setembro de 2016

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
 (Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

APÉNDICE



Ofício Nº 358/2016-GAB

Cambé, 17 de Agosto de 2016.

Senhora Coordenadora,

Declaramos que nós da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cambé, estamos de acordo com a utilização dos dados das fichas de investigação de óbitos por doenças cardiovasculares e diabetes, pertencentes ao Laboratório de Vigilância da Saúde Cardiovascular de Cambé-PR, referentes ao ano de 2013, pela pesquisa "Evitabilidade das mortes por doenças cardiovasculares e diabetes", tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Londrina.

Estamos cientes que a referida pesquisa tem como principal objetivo: analisar a evitabilidade dos óbitos por doenças cardiovasculares ocorridos no ano de 2013, no município de Cambé, Paraná.

Além disso, também estamos cientes que as informações coletadas serão utilizadas para fins exclusivamente científicos, e que os dados de identificação, quando utilizados, serão substituídos por códigos, com absoluta garantia do anonimato.

Atenciosamente:

Maria de Brito Lô Sarzi
Secretária Municipal de Saúde Pública

Ilma Sra
Professora Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do CEP/UEL