

PROGRAMA DE HIPERTENSÃO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO

HYPERTENSION PROGRAM AT A BASIC HEALTH UNIT: STRUCTURE, PROCESS AND RESULT ASSESSMENT

Artigo Original*

Lia Maristela da Silva Jacob¹

Jennara Cândido do Nascimento²

Joselany Áfio Caetano³

Tâmara Gomes de Oliveira Bastos⁴

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos⁵

Ticyanne Soares Barros⁶

Maura Cristiane e Silva Figueira⁷

RESUMO

Objetivou-se avaliar o atendimento em nível primário aos pacientes hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde no Município de Fortaleza/CE, utilizando para tal a caracterização da estrutura, processo e resultado. O estudo foi composto por triangulação, onde foram adotadas diferentes estratégias metodológicas para avaliar o atendimento em nível primário aos pacientes hipertensos de uma UBS, a partir da análise da estrutura, do processo e do resultado, considerando os três pilares básicos da avaliação tradicional. O atendimento dispensado pela unidade, de uma forma geral, ainda apresenta algumas deficiências que prejudicam o alcance da excelência em serviço. Em sua maioria, estão relacionadas ao tempo de espera para marcação e realização das consultas e ao quanti-

tativo de profissionais insuficiente para o atendimento. Conclui-se que é importante ter um referencial teórico para avaliação de serviço de acompanhamento a pacientes portadores de doenças crônicas, tal como a hipertensão.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Hipertensão.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the primary care of hypertensive patients at a Basic Health Unit in the city of Fortaleza, Brazil, using the structure, process and outcome characterization. The study was composed by

* Trabalho realizado pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial (NUESPFA).

¹ Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Campinas.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: joselany@ufc.br

⁴ Enfermeira. Mestranda em Tecnologia e Inovação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

⁵ Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Docente do curso de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional – Tecnologia e Inovação em Enfermagem da UNIFOR.

⁶ Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

⁷ Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Campinas.

triangulation, where different methodological strategies were adopted to evaluate the primary care of hypertensive patients of a UBS, based on the structure, process and outcome analysis, considering the three basic pillars of the traditional evaluation. The service provided by the unit, in general, still presents some deficiencies that undermine the scope of excellence in service. Most of them are related to the waiting time for marking and conducting the consultations and the insufficient number of professionals to attend. It is concluded that it is important to have a theoretical framework for evaluation of follow-up service to patients with chronic diseases, such as hypertension.

Keywords: Primary Health Care; Health Evaluation; Hypertension.

INTRODUÇÃO

A atenção básica (AB) atua entre os sujeitos e o *Sistema Único de Saúde (SUS)*. Ela tem suas ações pautadas na prevenção e tratamento de doenças, e na redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer a saúde, guiando-se pelos princípios e diretrizes propostas nos *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*⁽¹⁾.

Dentre as suas propostas, merece destaque a criação das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), que facilitaram o atendimento da população, oferecendo uma gama de serviços voltados às suas necessidades de saúde vigentes ou potenciais. A prática assistencial é desvinculada do modelo meramente curativo e hospitalocêntrico, centrando-se em ações de promoção da saúde (PS), prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes nas coletividades⁽²⁾.

Nesse contexto, o atendimento ao portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) destaca-se nos serviços de saúde, uma vez que muitos dos seus fatores de risco são passíveis de modificação, tornando esse agravo evitável ou, quando já instalado, controlável.

A HAS apresenta alta prevalência, baixo controle e é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública⁽³⁾. Cabe ressaltar que a adesão ao tratamento pode ser influenciada, ou mesmo afetada, por diversos fatores relacionados ao usuário, ao tratamento, à doença, aos profissionais de saúde e aos serviços, assim como também ao meio social e cultural do usuário e família⁽⁴⁾.

Desse modo, a atenção básica é fundamental ao manejo satisfatório da hipertensão, objetivando minimizar possíveis complicações e reduzir os índices de mortalidade ocasionados por regime terapêutico inadequado.

As informações provenientes desse atendimento são importantes para tecer inferências acerca da qualidade do cui-

dado dispensado, sendo, portanto, imprescindíveis para o alcance da excelência em serviço. Infelizmente, em nosso país, estudos que visem avaliar a qualidade desses serviços são escassos, em sua maioria limitam-se a descrever características da atenção médica, tais como cobertura, número de consultas realizadas ao mês e distribuição de medicamentos. Enfim, analisam somente o quantitativo de procedimentos executados, sem considerar a qualidade da assistência prestada.

No entanto, uma metodologia de avaliação que possibilite apreender elementos do processo de trabalho que envolve o atendimento dos indivíduos de risco, aqui representados pelos portadores de HAS, é pertinente. Assim, o referencial teórico de Donabedian⁽⁵⁾, que tem recomendado a análise da estrutura, do processo e do resultado para avaliar a qualidade dos serviços, foi escolhido para guiar este estudo. De acordo com esse referencial, por estrutura se entende não apenas a infraestrutura, mas também a organização do serviço como um todo; já a dimensão do processo abrange todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde com os usuários; e o resultado é o reflexo de todas essas ações.

Autores⁽⁶⁻⁷⁾ têm utilizado esse referencial para nortear o desenvolvimento de seus estudos, uma vez que há uma crescente preocupação em avaliar melhor os serviços ofertados à nossa população, almejando a sua melhoria em todas as dimensões.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar o atendimento em nível primário aos pacientes hipertensos de uma UBS no Município de Fortaleza, utilizando para tal a caracterização da estrutura, processo e resultado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo composto por triangulação, onde foram adotadas diferentes estratégias metodológicas para avaliar o atendimento em nível primário aos pacientes hipertensos de uma UBS, a partir da análise da estrutura, do processo e do resultado, considerando os três pilares básicos da avaliação tradicional⁽⁵⁾. Como aspectos organizacionais, foram privilegiados: a estrutura dos serviços, o processo de trabalho, a equipe técnica multiprofissional, os dados produzidos, o processo de atendimento, a relação com a rede de serviços assistenciais (referência e contrarreferência) e a relação dos profissionais com os usuários.

Os dados foram coletados por meio de informações relativas ao atendimento dos hipertensos naquele serviço. Para tanto, elaborou-se um roteiro de observação de campo e dois roteiros de entrevista semiestruturada. Nas observações de campo, foram investigados itens como: planta física (acabamento e instalações sanitárias); recursos materiais (avaliação dos consultórios, instrumentos e equipamentos disponíveis);

registros nos prontuários e observação do atendimento do profissional ao paciente hipertenso.

Para avaliação da estrutura, utilizaram-se a entrevista com o coordenador da UBS e observação participante. Foram investigados aspectos relativos à planta física (acabamento e instalações sanitárias); recursos humanos (lotação, capacitação e política de pessoal); recursos materiais (avaliação dos consultórios, instrumentos e equipamentos disponíveis); normas, atividades e procedimentos (condições organizacionais da assistência ao portador de HAS e atividades de educação em saúde). A coleta de dados referente à estrutura foi realizada durante o mês de agosto de 2008.

A dimensão do processo foi avaliada em dois momentos: durante o atendimento do profissional ao paciente hipertenso e, posteriormente, através da observação dos registros nos prontuários, utilizando-se instrumento padronizado, especialmente elaborado para a extração das informações.

Dessa maneira, oito consultas foram observadas e os itens investigados dizem respeito ao posicionamento do profissional em relação ao paciente. Aspectos como a forma de atendimento, flexibilidade para ouvir queixas e responder dúvidas, qualidade das orientações dispensadas, dentre outras, são de suma importância para a compreensão da dimensão do processo.

Cada prontuário gera um conjunto de dados caracterizado por itens, constituindo áreas específicas de análise. O levantamento de dados objetiva verificar a identificação presente em todos os impressos utilizados, registros de exame físico e entrevista, com levantamento de problemas e identificação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV). O acompanhamento da equipe multiprofissional visa a verificação das anotações realizadas por toda a equipe de saúde, as ações cuidativas e possíveis intercorrências. Procedimentos e exames realizados objetiva a verificação de peso, Pressão Arterial (PA), exames realizados e registros de procedimentos executados. Prescrição executada refere-se à verificação das prescrições de medicamentos, e demais cuidados prescritos.

A amostra foi composta por 42 indivíduos inscritos no Programa de Hipertensão e com pelo menos duas consultas médicas no seguimento programático. Esses pacientes foram acompanhados nas consultas pré-agendadas com a equipe de enfermagem e submetidos à entrevista. O roteiro empregado para tal fim contemplou a percepção do usuário sobre o serviço, tendo por base seus princípios organizacionais; as relações com os profissionais e a rede de serviços de saúde; a efetividade do atendimento; a satisfação com a prática do aconselhamento e a importância da existência do serviço. Ressalta-se que, durante a visita domiciliar, foram encontradas algumas limitações que dificultaram a execução das atividades, tais como mudança de endereço e a difícil localização das residências.

Por fim, os dados foram organizados e analisados de maneira descritiva, de acordo com as fases do processo de avaliação de Donabedian⁽⁵⁾ e, também, com base na literatura pertinente ao tema.

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP⁽⁶⁾. A coleta de dados foi realizada após a emissão do parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, sob o nº 017/2005.

RESULTADOS

Avaliação da estrutura

A unidade estava em funcionamento havia 11 anos, em dois turnos, e possuindo vínculo com o SUS referente a um convênio firmado entre a Prefeitura Municipal e uma instituição privada. Possui fácil acesso, localizada em uma área urbana cobrindo uma população de 14.800 habitantes, existindo uma área de abrangência definida para o atendimento.

A dinâmica de atendimento iniciava-se com a chegada do usuário e a busca do seu cadastro na unidade. Uma vez localizado, ele era encaminhado para a triagem e depois para o setor competente. Após a consulta, seu retorno já era agendado e, no caso dos hipertensos, esse tempo variava de 7 a 30 dias. Para assistir a toda demanda de atendimento ao hipertenso, o serviço contava com uma equipe composta por seis médicos e quatro enfermeiros, distribuídos da seguinte forma: dois médicos e uma enfermeira permaneciam na unidade para os atendimentos semanais, perfazendo uma carga horária de 20hs; os demais estavam inseridos na ESF, perfazendo 40hs semanais.

Em se tratando da disponibilidade de medicamentos e suprimentos mínimos necessários ao atendimento e ao tratamento da hipertensão, constatamos que o esquema básico para terapia combinada era ofertado pela farmácia da instituição conveniada à UBS. Já as atividades de educação em saúde eram executadas por uma equipe multiprofissional, representada pelos alunos dos cursos de enfermagem, medicina, nutrição, odontologia e psicologia.

Dentre as deficiências no atendimento ao hipertenso, foi observado que a UBS contava apenas com quatro balanças e quatro kits contendo um estetoscópio e um esfigmomanômetro do tipo aneróide, além de não haver blocos de receituários padronizados. Esses aparelhos tinham manutenção a cada 20 dias, quando uma empresa terceirizada realizava os reparos necessários. Outro aspecto relevante diz respeito à ausência de instrumento para a avaliação do serviço pelo usuário, impossibilitando que a clientela emitisse opinião acerca da estrutura da instituição e do atendimento dispensado pelos profissionais, dificultando o alcance da excelência em serviço.

Diante de tal realidade reforça-se a necessidade de estudos de cunho avaliativo, como forma de diagnosticar as reais condições de funcionamento das UBS, não só no que diz respeito à sua dimensão física, como na atenção dispensada aos usuários. Ressalta-se que a deficiência em qualquer uma dessas dimensões compromete o manejo adequado da HAS.

Avaliação do processo

Levando em consideração os altos índices estatísticos de prevalência da HAS em nosso país, foi investigado o manejo dos profissionais em relação a essa patologia, tanto do ponto de vista farmacológico como não farmacológico, com o intuito de orientar a difusão de conhecimentos e reduzir os altos índices de morbidade e mortalidade que a doença acarreta.

Dentre os profissionais acompanhados no atendimento ambulatorial, apenas seis registravam nos prontuários dados relacionados à idade, sexo, peso, tabagismo, presença de outras doenças crônicas, os resultados dos exames laboratoriais relevantes para diagnosticar e controlar a HAS (creatinina, uréia e hemograma completo) e a conduta realizada.

Reconhecendo a importância da aferição e do registro do IMC, da circunferência abdominal e da PA para a avaliação do paciente hipertenso, procuramos identificar durante as consultas se os profissionais realizavam tais condutas. Em relação aos dois primeiros indicadores, apenas um profissional realizava tal registro. Já a PA foi aferida e registrada em quatro consultas, e estes dados eram relativos à PA ortostática, em apenas uma consulta houve o registro e a aferição da PA na posição sentada.

Antes de o paciente ser encaminhado ao consultório ele tinha os sinais vitais aferidos e registrados por técnicos de enfermagem. Usualmente a medida da PA, na unidade, era feita utilizando-se esfigmomanômetro aneróide, obtida com o paciente sentado, após 2 a 5 minutos de repouso, e registrada para comparação subsequente. Durante a consulta só quatro profissionais verificam novamente esses valores a fim de observar alterações ou incoerência de aferição, porém, percebemos que apenas um profissional seguiu a técnica corretamente. Os parâmetros menos considerados durante a execução da técnica foram: explicar o procedimento ao paciente, orientando para que não falasse e ficasse relaxado, pelo menos, 5 minutos; indagar se o mesmo estava com a bexiga cheia, se tomou café, fumou, ou ingeriu bebida alcoólica havia menos de 30 minutos; e observar se o paciente estava com as pernas cruzadas.

A medida da PA, quando realizada de forma adequada, trás grandes benefícios ao paciente. Nas últimas décadas houve grandes avanços no diagnóstico, no tratamento, no conhecimento da epidemiologia, resultando em maiores benefícios para o paciente. No entanto, é imprescindível que as medidas

sejam precisas, utilizando-se técnicas acuradas, para o alcance de bons resultados⁽⁹⁾.

Quanto ao exame físico, analisamos ainda se o profissional investigava a respeito das eliminações intestinais e da acuidade visual dos clientes, considerando tais informações necessárias ao rastreamento de outras patologias. Apenas dois profissionais realizaram essa investigação, comprometendo a prevenção de complicações agudas e crônicas mediadas pela HAS.

Em se tratando da interação profissional/paciente, percebemos uma boa relação entre as partes. Ao iniciarem a consulta, os profissionais se identificavam, chamavam o paciente pelo nome e questionavam se havia alguma queixa no momento, fazendo perguntas gerais e específicas, ficando bem acessíveis para esclarecerem as dúvidas do usuário.

O plano terapêutico aplicado a cada paciente foi elaborado de acordo com a sua condição de saúde (sintomatologia e evolução da doença). Todavia, todos os profissionais prescreveram dieta alimentar, exercício físico pelo menos três vezes por semana e medicação específica para o grau de hipertensão do paciente. No prontuário ficou o registro do fármaco em uso e o seu aprazamento.

Avaliação do resultado

A organização dos cuidados dirigidos aos portadores de hipertensão envolve o acompanhamento pela equipe da ESF e atendimento em grupo de cunho educativo e vivencial. Na consulta inicial, eram abordados assuntos relativos à hipertensão e fatores de risco para doença cardiovascular. Em seguida, o usuário era inserido em uma rotina de acompanhamento por enfermeiros, onde eram solicitados exames complementares anuais, além de uma avaliação completa com o objetivo de detectar possíveis complicações.

Entre os entrevistados, 33 (78,6%) eram do sexo feminino e 9 (21,4%) do masculino; com idades variando entre 30 e 59 anos. Em relação ao nível de escolaridade, 22 (52,3%) entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto, 3 (7,1%) o ensino médio completo e 14 (33,3%) eram analfabetos, semelhante ao encontrado por Giroto⁽¹⁰⁾. A renda familiar predominante em 23 pacientes (54,7%) foi de até um salário mínimo, o que, de acordo com os mesmos, dificultava a adoção de uma dieta balanceada. A maioria, 28 pacientes (66,6%), era natural de Fortaleza. Em relação ao estado civil e com quem cohabitavam, 25 (59,5%) eram casados e 22 (52,3%) moravam com o cônjuge e os filhos.

Diversos serviços estavam à disposição na UBS e frequentemente eram utilizados pelos hipertensos, tais como: rastreamento e controle do diabetes, exames de prevenção ginecológica, prevenção de câncer de próstata, consultas de clínica

geral, vacinação, verificação da P.A, consultas odontológicas e administração de medicamentos.

Sabemos que a frequência de verificação da PA é muito importante para a monitoração eficaz dos valores pressóricos do hipertenso. Sendo assim, foi investigada a frequência com que essas verificações eram realizadas e constatou-se que 23 (54,7%) pacientes realizavam tal conduta apenas durante as consultas.

Em relação à marcação das consultas, 22 (52,3%) responderam não sentirem dificuldades, pois estas eram agendadas pelos profissionais ainda no momento da consulta; 10 (23,8%) consideraram o número de profissionais insuficiente; e 33 (78,6%) afirmaram que os profissionais da UBS eram atenciosos.

Quando investigados sobre o uso dos medicamentos, a maioria informou os medicamentos prescritos e os horários. Porém, na avaliação dos níveis pressóricos dos 42 entrevistados, 19 (45,2%) estavam com os níveis tencionais oscilando entre 140-159 mmHg na pressão sistólica e 90-99 mmHg para a pressão diastólica. Considerando as recomendações do Ministério da Saúde⁽³⁾ para diagnóstico e classificação da HA, a maioria dos usuários apresentavam HA estágio I. A adesão ao tratamento supracitado, em nossa população, ainda não é ideal. Condutas como o uso moderado de sal e a restrição de gordura vegetal não eram praticados por 20 usuários (47,6%). Já a ingestão de café foi relatada por 41 (97,6%) como sendo superior a três vezes ao dia; o uso de adoçantes não era realizado por 32 pacientes (76,1%); e 22 (52,3%) não consumiam carnes brancas. Em relação à atividade física, apenas 11 (26,1%) realizavam caminhadas diárias.

DISCUSSÕES

A qualidade da estrutura disponibilizada para o atendimento na rede básica de saúde influencia diretamente o desenvolvimento das atividades que visam à saúde das coletividades. Quando falamos em estrutura, nos referimos não apenas aos recursos físicos, mas também aos recursos humanos, materiais e financeiros⁽⁵⁾. Desse modo, a deficiência quantitativa ou qualitativa em qualquer dos itens supracitados comprometeria o alcance da excelência em serviço.

A estrutura física deve ser planejada de modo a permitir o atendimento rápido da população, bem como a evitar a disseminação de infecções e ser confortável e suficiente, para o período de espera e da consulta propriamente dita⁽¹¹⁾. Além desse aspecto, os insumos devem ser suficientes para o atendimento da demanda, e neles se incluem desde impressos, até equipamentos e medicações. Em nossa avaliação, constatamos a ausência de instrumentos padronizados para a prescrição, o que comprometeu o atendimento dispensado aos usuários do

serviço, uma vez que os profissionais interrompiam a consulta para buscar papel simples, improvisando um receituário.

Problemas no cumprimento de normas técnicas por parte dos profissionais, a não realização de trabalhos educativos, falta de equipamentos e outros insumos, deficiências na notificação de dados e dificuldades no processo de trabalho dos profissionais são pontos que persistem e que são, de forma evidente, impeditivos para uma adequada atenção à saúde⁽¹²⁾.

Já a dimensão processo refere-se às atividades que envolvem os profissionais e os usuários. Representa um aspecto importante, pois o processo de utilização dos serviços de saúde também é resultante da interação do indivíduo e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde⁽¹³⁾. Isto significa dizer que a adesão ao tratamento e a continuidade das consultas são diretamente influenciadas pelo grau de relacionamento firmado entre o profissional e o usuário. Uma boa relação entre os mesmos é uma ferramenta preciosa para o manejo satisfatório de pacientes hipertensos de difícil controle⁽¹⁴⁾. Ela deve permitir a participação ativa dos sujeitos no processo de construção das abordagens que viabilizem a sua saúde⁽¹⁵⁾.

Na instituição pesquisada, as ações de controle de DCV e, mais especificamente, aquelas relacionadas ao controle da HAS seguiam a padronização do Ministério da Saúde, que estabelece a adoção de estratégias de atenção integral, focadas na prevenção de complicações. A aferição da PA era realizada pelo menos duas vezes e em dias diferentes, para os indivíduos acima de 20 anos, assim como a investigação de hábitos, tais como a alimentação, seguindo o preconizado pelo MS⁽¹⁶⁾. A alimentação saudável deve estar fundamentada no consumo de alimentos de origem vegetal (frutas, legumes, verduras e cereais integrais), óleos vegetais – em substituição a manteiga e outras fontes de gordura, carnes brancas e consumo moderado de bebidas alcoólicas⁽¹⁷⁾. Vale ressaltar que esses cuidados devem ser associados a outros, tais como a abstenção do álcool e de tabaco, realização de exercícios físicos regulares, gerenciamento do estresse e comparecimento às consultas subsequentes, para a obtenção de resultados satisfatórios.

As ações de ES podem ser compreendidas como sendo uma alternativa para conduzir os indivíduos a adotarem posturas favoráveis à prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS⁽¹⁸⁾. É um processo dinâmico, que tem como objetivo a capacitação de pessoas em ações voltadas a indivíduos ou grupos, em busca da melhoria das condições de saúde da população⁽¹⁹⁾. Lembrando que, nesse processo, cada um tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo também adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde. Não basta apenas seguir normas recomendadas sobre como ter mais saúde e evitar doenças, e sim realizar a ES num processo que estimule o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada. Observa-se que a unidade avaliada realizava essas ações de maneira inadequada,

pois as orientações eram pontuais, ou seja, a cada consulta, não oferecendo uma continuidade dessas ações.

Os aspectos relacionados à satisfação dos usuários em relação ao serviço podem ser interpretados como resultado. A avaliação do serviço pelos usuários gerou várias sugestões. Dentre elas, as mais citadas estavam relacionadas ao horário das consultas, à dificuldade para marcação, quantidade de profissionais que realizavam o atendimento, longo período de espera e filas. Vale ressaltar que todos os pacientes relataram que, depois do convênio firmado entre a universidade e a prefeitura, a disponibilização dos medicamentos melhorou bastante. Eles relataram ainda sentir dificuldade para realizar a verificação da PA fora da unidade, por questões relacionadas a tempo (deslocamento até a UBS) e ao dinheiro (as farmácias cobravam para verificar a PA). Estudo⁽²⁰⁾ realizado aponta as dificuldades financeiras como barreira ao acesso dos usuários aos serviços para os quais são encaminhados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da estrutura, processo e resultado de uma UBS, na atenção aos portadores de hipertensão, evidenciou as seguintes deficiências na estrutura: falta de banheiro na maioria dos consultórios; falta de sala disponível para atividades de educação em saúde; e espaço inadequado para o acolhimento. Quanto aos recursos humanos, faltava um funcionário administrativo para auxiliar os profissionais de saúde, o que afetava a dinâmica do serviço. Nos recursos materiais, faltava instrumento de registro padronizado, o que dificultava o acompanhamento sistemático da evolução do paciente, por meio da coleta e da análise de dados obtidos em cada con-

sulta. Outro ponto importante foi a identificação de técnica inadequada para a aferição da pressão segundo os parâmetros preconizados pela Sociedade Brasileira de Hipertensão.

Na revisão dos prontuários dos pacientes, observamos substancial ausência de informações relacionadas aos procedimentos realizados durante a consulta. Tais como a falta de registro de fatores de risco, dos resultados dos exames, IMC e circunferência abdominal, PA e exame físico completo.

Acerca dos resultados, a população estudada aderiu inadequadamente à terapêutica não medicamentosa, além de não realizar com frequência a verificação da PA. Também se constatou a presença de fatores socioeconômicos desfavoráveis, aumentando a vulnerabilidade desses pacientes à ocorrência e agravamento de DCV.

Avaliando o atendimento dispensado pela unidade, de uma forma geral, alguns problemas ainda prejudicavam o alcance da excelência em serviço. Em sua maioria, estavam relacionados ao tempo de espera para marcação e realização das consultas e quantitativo de profissionais insuficiente para o atendimento.

Pode-se concluir que é importante ter um referencial teórico para avaliação de serviço de acompanhamento a pacientes portadores de doenças crônicas, tal como a hipertensão. O serviço estudado não se apresentava totalmente satisfatório nos parâmetros investigados, mas possuía todas as diretrizes para prosseguir, e com excelência, mediante maior disponibilidade dos profissionais de saúde e mais envolvimento de toda a comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria executiva. Departamento de apoio à descentralização. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4 ed. Brasília : Ministério da Saúde; 2006.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl. 1): 1-51.
4. Reiners AAO, Seabra FMF, Azevedo RCS, Sudré MRS, Duarte SJH. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. Cienc Cuid Saude. 2012 Jul-Set; 11(3): 581-587.
5. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: University Press; 2003.
6. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. [periódico na internet]. Cad. Saúde Pública 2001 [citado 2009 ago 13] 17(1):131-39. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4068.pdf>
7. Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação do processo. Cad Saúde Publica. 2006; 22(1):173-79.
8. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.

9. Geleilate TJM, Coelho EB, Nobre F. Medida casual da pressão arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2009; 16(2): 118-122.
10. Giroto E, Andrade S, Cabrera M, Ridão E. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família - *Acta Scientiarum. Health Science*. 2009; 31(1):77-82.
11. Bertussi DC, Oliveira MSM, Lima JVC. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoní Júnior L, organizadores. *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Ed. UEL; 2001. p. 133-43.
12. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005; 5(2): 229-40.
13. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad de saúde pública*. 2004; 20 suppl 2:190-98.
14. Geleilate TJM, Nobre F, Coelho EB. Abordagem inicial em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. *Rev Bras de hipertensão*. 2008; 15(1):10-16.
15. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
16. Ministério da Saúde (BR). *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
17. Ministério da Saúde (BR). *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
18. Santos ZMSA, Lima HP. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. *Rev. RENE*. 2008; 9(1):60-68
19. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2): 254-62.
20. Oliveira MM, Coimbra VCC, Kantorski LP, Jardim VMR, Heck RM, Ceolin T. Acesso dos usuários de uma unidade de saúde da família a serviços complementares. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(1):30-6.

Recebido em: 09.06.2016

Aprovado em: 20.06.2016