

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

MÉRCIA APARECIDA DE PAULA

**Procedimentos e boas práticas para o manejo da Hipertensão Arterial na
Atenção Primária à Saúde envolvendo medidas de distanciamento social**

Maringá
2021

MÉRCIA APARECIDA DE PAULA

**Procedimentos e boas práticas para o manejo da Hipertensão Arterial na
Atenção Primária à Saúde envolvendo medidas de distanciamento social**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas. Área de concentração: Elaboração de Políticas Públicas

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Lilian Denise Mai

Maringá
2021

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

P324p

Paula, Mércia Aparecida de

Procedimentos e boas práticas para o manejo da hipertensão arterial na atenção primária à saúde envolvendo medidas de distanciamento social / Mércia Aparecida de Paula. -- Maringá, PR, 2021.

141 f.: il. color., figs., tabs.

Orientadora: Profa. Dra. Lilian Denise Mai.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional, 2021.

1. Atenção primária à saúde. 2. Gestão em saúde. 3. Hipertensão arterial. 4. Pandemias. 5. Covid-19 - Protocolo. I. Mai, Lilian Denise, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Ciências

CDD 23.ed. 614.5

Márcia Regina Paiva de Brito - CRB-9/1267

MÉRCIA APARECIDA DE PAULA

**Procedimentos e boas práticas para o manejo da Hipertensão Arterial na
Atenção Primária à Saúde envolvendo medidas de distanciamento social**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Lilian Denise Mai
Presidente/Orientadora
Universidade Estadual de Maringá – UEM



Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Salci
Universidade Estadual de Maringá – UEM



Prof.^a Dr.^a Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Aprovada em 29 de novembro de 2021

Banca realizada por videoconferência conforme Resolução nº 008/2020 - PPP

Dedicatória

*Ao meu filho, Bruno Henrique
herança do Senhor, elo de amor
sempre, meu parceiro, meu
amigo meu filho amado.*

*A minha mãe
Sebastiana, pelo cuidado de
sempre que com zelo cuida de
todos nós, gratidão.*

*Ao meu pai Manoel pelo
exemplo de trabalho determinação e
amor pela família (in memoriam).*

*A minha irmã Meire pelo suporte e ajuda
durante período de estudos e todos os momentos da
minha vida, sempre será minha amiga.*

*A minha orientadora professora Lilian Mai,
pela confiança, por seu desprendimento, humildade,
empatia, sabedoria e sorriso largo, sempre dando
animo a cada etapa desta caminhada.*

AGRADECIMENTOS

Chegando ao final dos estudos do mestrado profissional, chegou o momento de manifestar meus agradecimentos a pessoas que apoiaram nesta conclusão de trabalho.

Aos professores do programa de pós-graduação em Políticas Públicas, equipe da secretária pela competência, conhecimento e carinho demonstrado com o grupo.

Aos profissionais técnicos e gestores da Secretária de Saúde da SESA que incentivaram e auxiliaram no processo que foi o fator determinante a minha tomada de decisão para ingresso no mestrado profissional.

Aos demais concluintes desta turma de mestrado profissional, com quem dividimos sala de aula das diversas disciplinas que cursamos, e sala virtual para finalização, muitas saudades ficaram, ainda mais no cenário Pandêmico do Coronavírus, muitas dúvidas e medos, mas conseguimos vencer.

“Não podemos impedir que os pássaros voem sobre as nossas cabeças, mas podemos impedir que eles façam ninhos sobre elas”

Martinho Lutero

PAULA, M. A. de. **Procedimentos e boas práticas para o manejo da Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde envolvendo medidas de distanciamento social.** 2021. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2021.

RESUMO

Introdução: A pandemia do Novo Coronavírus, causador da Covid-19, agravou as condições de saúde/doença das pessoas portadoras de doenças crônicas, incluindo a Hipertensão Arterial (HA). E, a necessidade de distanciamento social fragilizou o trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS) nos cuidados a essa população e gerou lacunas significativas, frente ao que se questiona como seria um instrumento orientativo que pudesse contribuir para rearranjos nos processos de trabalho em sintonia com as normativas vigentes, o contexto locorregional e as necessidades de saúde das pessoas.

Objetivo: Construir um instrumento diretivo sobre procedimentos e boas práticas para o manejo da HA na APS incluindo a condição de distanciamento social. **Metodologia:** Estudo metodológico, ancorado no modelo conceitual de Avaliação da Qualidade em Saúde e suas três dimensões: estrutura, processos e resultados. A construção teórica do instrumento baseou-se em literatura e linhas guias utilizados no Brasil e estado do Paraná, com 35 subitens, sendo 11 de estrutura, 12 de processo e 12 de resultados. Após, o instrumento foi submetido à apreciação de 21 profissionais dos 17 municípios da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, no período de outubro de 2020 a abril de 2021. Os critérios de inclusão dos participantes foram ser Secretário Municipal de Saúde, Coordenador da APS e Coordenador enfermeiro da equipe de ESF. Inicialmente, participaram três profissionais de Mauá da Serra, incluindo-se a realização de duas reuniões remotas; após, foram 18 profissionais dos demais municípios, sem a realização das reuniões. A análise seguiu com a tabulação dos dados objetivos em programa Microsoft Excel® 2010 e, pelo programa Statistical Package for the Social Sciences® versão 20.0, analisados por meio da estatística descritiva, acompanhado pela transcrição das reuniões gravadas. A validade do conteúdo do instrumento para todos os itens e a análise do julgamento dos itens se deu pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, com parecer de número 4.319.952, de 05 de outubro de 2020. **Resultados:** Não houve alterações no instrumento diretivo após submissão aos participantes, pois os resultados mantiveram-se acima de 60% de concordância total/parcial. Ao final da análise, quanto aos subitens que receberam marcação diferente de ‘concordo totalmente’, destacaram-se 40 em Mauá de Serra e 78 no conjunto dos demais municípios investigados; no tocante ao IVC, o instrumento diretivo foi considerado apto em sua proposição quanto ao formato e apresentação, variando de 0,66 a 1,0 sem alterações em sua estrutura. As sugestões subjetivas não foram relacionadas ao instrumento em si, mas apontaram a tendência de já avaliação dos próprios serviços de saúde de lotação dos participantes, explicitando fragilidades importantes da APS na atenção às pessoas com HA, acirradas pelo contexto da pandemia da Covid-19. Os enfoques principais foram sobre cadastro e estratificação de risco, trabalho e práticas colaborativas entre profissionais das equipes, elaboração e monitoramento do plano de cuidado, orientações e educação em saúde e incorporação e uso de tecnologias de informação e comunicação. **Conclusão:** Conclui-se que o cenário da pandemia agravou as condições de saúde/doença das pessoas com HA e as respostas necessárias e possíveis do sistema de saúde como um todo, comprometendo o alcance do

autocuidado apoiado, a estabilização da doença e a diminuição das taxas de morbimortalidade relacionados à HA. E, que o instrumento diretivo proposto, enquanto inovação tecnológica encontra-se adequado para o aprimoramento dos processos de trabalho e de gestão da APS no tratamento e manejo das pessoas com HA envolvendo medidas de distanciamento social.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Gestão em saúde; Hipertensão Arterial; Pandemia; Protocolo.

PAULA, M. A. de. **Procedures and good practices for the management of Hypertension in Primary Health Care involving measures of social distancing.** 2021. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2021.

ABSTRACT

Introduction: The New Coronavirus pandemic, which causes Covid-19, aggravated the health/disease conditions of people with chronic diseases, including Arterial Hypertension (AH). And the need for social distancing weakened the work of Primary Health Care (PHC) in caring for this population and generated significant gaps, compared to what is questioned as a guiding instrument that could contribute to rearrangements in work processes in line with current regulations, the locoregional context and people's health needs. Objective: To build a directive instrument on procedures and good practices for the management of AH in PHC, including the condition of social distance. **Methodology:** Methodological study, anchored in the conceptual model of Quality Assessment in Health and its three dimensions: structure, processes and results. The theoretical construction of the instrument was based on literature and guidelines used in Brazil and the state of Paraná, with 35 sub-items, 11 of which were structured, 12 were process and 12 were results. Afterwards, the instrument was submitted to the appreciation of 21 professionals from the 17 municipalities of the 16th Health Regional of Apucarana, from October 2020 to April 2021. The inclusion criteria of the participants were to be Municipal Health Secretary, PHC Coordinator and Nurse coordinator of the FHS team. Initially, three professionals from Mauá da Serra participated, including the holding of two remote meetings; afterwards, 18 professionals from the other municipalities attended, without the meetings. The analysis followed with the tabulation of objective data in Microsoft Excel® 2010 program and, using the Statistical Package for Social Sciences® version 20.0, analyzed using descriptive statistics, accompanied by transcription of the recorded meetings. The validity of the instrument's content for all items and the analysis of the items' judgment was given by the Content Validity Index (CVI). The project was approved by the Standing Committee on Ethics in Research with Human Beings, under opinion number 4,319,952, of October 5, 2020. **Results:** There were no changes in the directive instrument after submission to the participants, as the results remained above 60% of total/partial agreement. At the end of the analysis, as for the sub-items that were marked other than 'totally agree', 40 stood out in Mauá de Serra and 78 in the set of other investigated municipalities; regarding the IVC, the directive instrument was considered suitable in its proposition regarding format and presentation, ranging from 0.66 to 1.0 without changes in its structure. Subjective suggestions were not related to the instrument itself, but pointed to the tendency of already evaluating the participants' own health services, explaining important weaknesses of the PHC in the care of people with hypertension, incited by the context of the Covid-19 pandemic. The main focuses were on registration and risk stratification, work and collaborative practices between professionals in the teams, elaboration and monitoring of the care plan, guidelines and health education, and incorporation and use of information and communication technologies. **Conclusion:** It is concluded that the pandemic scenario worsened the health/disease conditions of people with AH and the necessary and possible responses of the health system as a whole, compromising the reach of supported self-care, the stabilization of the disease and the reduction of AH-related morbidity and mortality rates. And, that the proposed directive instrument, as a technological innovation, is suitable for the improvement of work

processes and PHC management in the treatment and management of people with AH, involving measures of social distancing.

Keywords: Primary Health Care; Health Management; Arteriusus Hypertension; Pandemics; Protocol.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Painel indicador sistema E-gestor programa Previne Brasil percentual de pessoas com HA, com sua pressão aferida em cada semestre, ano de 2021	31
Figura 2 - Painel conselho nacional de secretarias municipais de saúde (CONASEMS, 2021) de apoio a gestão resultados Previne Brasil, no ano de 2021.....	35
Quadro 1: Instrumento diretivo sobre procedimentos e boas práticas para o manejo da hipertensão arterial na atenção primária à saúde incluindo medidas de distanciamento social, Apucarana, 2021.....	47
Quadro 2: Atribuições dos profissionais na atenção primária à saúde conforme a linha guia de hipertensão arterial do Estado do Paraná.....	53
Quadro 3: Distribuição da população estimada por município que compõe a 16º Regional de Saúde do estado do Paraná, segundo IBGE, 2020.....	64
Quadro 4: Atividades realizadas e respostas na primeira rodada da coleta de dados.....	66
Quadro 5: Atividades realizadas e respostas na segunda rodada da coleta de dados.	67
Quadro 6: Caracterização dos participantes de acordo com sexo e faixa etária, escolaridade e área de especialidade, oito municípios da 16ª RS, Paraná, 2021.....	70
Quadro 7: Distribuição das respostas e respectivos valores do índice de validação do conteúdo (IVC), de acordo com os itens e subitens dos parâmetros de estrutura, processo e resultados, Paraná, 2021.	72
Quadro 8: Distribuição das respostas subjetivas às questões abertas do instrumento diretivo, de acordo com os itens e subitens dos parâmetros de estrutura, processo e resultado, Paraná, 2021.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Série de tendência temporal do percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica, nas capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal, de 2010 a 2019.	244
Tabela 2: Distribuição do número de óbitos por HA e DM no Brasil, entre os anos de 2014 e 2018.	25
Tabela 3: Estimativa de pessoas com HA por região brasileira, 2019.	255
Tabela 4: Distribuição do número de consultas para pessoas com HA e DM na atenção primária à saúde por região brasileira, 2019.	26
Tabela 5: Número de internações por HA nas regiões do Brasil, ano de 2019.	26
Tabela 6: Distribuição dos custos referentes às internações por HA no Brasil, 2015 a 2019. .	26
Tabela 7: Distribuição do percentual de casos de HA e DM cadastrados na Aps por região brasileira, 2020.	277
Tabela 8: Distribuição do percentual de casos de HA e DM cadastrados na Aps por estado da região sul, primeiro semestre de 2020.	277
Tabela 9: Tabela do relatório dos municípios da 16ª Regional de Saúde, referente quantitativo de cadastro por quadrimestre, anos de 2018 a 2021.	30
Tabela 10: Tabela de relatório dos municípios da 16ª Regional de Saúde referente percentual de pessoas com HA com a pressão arterial aferida cada semestre, segundo quadrimestre ano de 2021.	32
Tabela 11: Cobertura estimada da população coberta pela equipe saúde da família e atenção básica nos municípios que compõe a 16ª Regional de Saúde, ano de 2020.	34

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada
ABS - Atenção Básica à Saúde
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AME - Ambulatório Médico de Especialidades
AMMES - Ambulatórios Multiprofissionais Especializados
AMPA - Automedida da pressão arterial
APS - Atenção Primária à Saúde
CNES - Cadastro Nacional estabelecimentos de Saúde
COPEP - Comitê Permanente de Ética em Pesquisa
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
DCNT - Doença crônica não transmissível
DCV - Doença cardiovascular
DF - Distrito Federal
DM – Diabetes Mellitus
ESF - Equipes de saúde da família
HA - Hipertensão Arterial
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
IFDM - Índice de Desenvolvimento Municipal
IVC - Índice de Validade de Conteúdo
MAC – Média e Alta complexidade
MACC - modelo de Atenção as Condições Crônicas
MPR - Modelo da Pirâmide de Riscos
OMS - Organização Mundial da Saúde
PA - Pressão arterial
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
POP - Procedimento Operacional Padrão
PRI - Planejamento Regional Integrado
QUALICIS - Qualificação dos consórcios Intermunicipais de Saúde
RAS - Rede de atenção à Saúde
RS - Regional de Saúde
SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SESA - Secretaria de Saúde do Paraná
SISAB - Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UEM - Universidade Estadual de Maringá
VIGITEL - Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
INTRODUÇÃO	21
1.1 ASPECTOS CONTEXTUAIS RELEVANTES AO ESTUDO	23
1.1.1 Altos índices de prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis	23
1.1.2 Baixo percentual de população cadastrada e acompanhada pela atenção primária da saúde	28
1.2 O PROBLEMA	35
1.3 JUSTIFICATIVA	38
2 OBJETIVOS	40
2.1 OBJETIVO GERAL	40
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	40
3 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL BASEADA EM AÇÕES TERRITORIAIS E COLABORATIVAS.....	41
3.1 USO DE PROTOCOLOS E INSTRUMENTOS DE GESTÃO COMO TECNOLOGIAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL	41
3.1.1 O instrumento diretivo sobre procedimentos e boas práticas para o manejo da Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde envolvendo medidas de distanciamento social.....	46
3.2 O SISTEMA DE SAÚDE ORGANIZADO A PARTIR DE TERRITÓRIOS SANITÁRIOS.....	57
3.3 O TRABALHO COLABORATIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	60
4 METODOLOGIA.....	63
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	63
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E MUNICÍPIOS ENVOLVIDOS.....	63
4.3 PROTOCOLO DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES	65
4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	68
5 RESULTADOS.....	70
6 DISCUSSÃO.....	82
6.1 CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DIRETIVO.....	83

6.2 APLICABILIDADE DO INSTRUMENTO DIRETIVO.....	85
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.	97
APÊNDICES.....	108
ANEXOS.....	136

APRESENTAÇÃO

O desafio posto pela pandemia e a necessidade de inovar, me levou ao desenvolvimento dessa dissertação, que versou sobre o acompanhamento das pessoas com Hipertensão Arterial (HA), nos municípios que compõe a 16ª Regional de Saúde, no anseio por instigar o tema que está diretamente atrelado a minha trajetória profissional.

Trabalho desde muito tempo na área da saúde com foco na Saúde Pública, que vive um momento crucial de perceber o aumento dos agravos crônicos principalmente neste cenário de pandemia, e apresenta a HA como um dos agravos de maior prevalência no sistema de saúde. Considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um grave problema de saúde em nível mundial, a HA pode acarretar muitas sequelas físicas e psicológicas. Por isso, a pesquisa será uma abordagem nesta temática, considerando os cuidados a serem construídos no acompanhamento da pessoa com HA.

Desenvolvi meu Trabalho nas diversas áreas da Saúde: Hospitalar, Unidades Básicas de Saúde, Gestão Municipal Autarquia de Saúde, Operadora de Saúde e gestão estadual, nesta trajetória desenvolvendo as mais diversas funções como: auxiliar de enfermagem, recepcionista, arquivista, farmácia e almoxarifado percebi como a maioria dos cuidados eram pertinentes nas pessoas com agravos crônicos e suas complicações, e foi devido a esta observação, bem como a experiência profissional, em 2006 conclui minha graduação em Enfermagem na Faculdade de Apucarana (FAP), para aprimorar os saberes para o cuidado centrado na pessoa.

Atualmente como profissional integrante da equipe multiprofissional da seção da Atenção Primária à Saúde (APS) da 16ª RS de Apucarana, atuo na coordenação regional das equipes profissionais da APS dos 17 municípios que compõe a 16ª RS, percebo as indagações sobre o tema que me motivaram a pesquisar de forma a compreender a importância do cuidado no território. Assim, o impulso inicial para o desenvolvimento da pesquisa surgiu desses questionamentos sobre as fragilidades e potencialidades de acompanhamento das pessoas com HA no território. Como este indivíduo, com autonomia e autogoverno consegue ser percebido pelos profissionais da APS? Pensando nos instrumentos de gestão capazes de aprimorar a relação profissional em consonância com esta autonomia da pessoa com HA, através de inovações tecnológicas em saúde, educação em saúde, trabalho interdisciplinar e intersetorial alcançando efetivamente o fortalecimento do autocuidado apoiado, através dos saberes das especialidades que desenvolvem trabalho nas equipes da APS.

Fato relevante na minha trajetória profissional aconteceu com o ingresso no mestrado profissional na Universidade Estadual de Maringá (UEM), no ano de 2019, o que possibilitou transformar minhas indagações relacionadas ao acompanhamento das pessoas com comorbidades, mais especificamente, com HA. Por isso, considero necessária, importante e atual a discussão sobre esse tema, uma vez que traz em si o potencial de contribuir com as políticas públicas na elaboração de programas, bem como de fortalecer campanhas de prevenção de combate a agravos que possam acontecer devido uma doença não controlada. Principalmente, neste cenário de pandemia e que tanto se difunde como importante fator de proteção o distanciamento social e a partir não só deste momento, mas também no pós Pandemia da COVID 19. Neste contexto, as equipes de profissionais das Unidades de Saúde já percebem as sequelas tanto para casos graves como leves, que estão sendo apresentadas ao serviço de saúde, não esquecendo outra situação que se desenha paralelamente que é a saúde mental. Portanto firmei no propósito de escrever sobre esse agravo crônico das pessoas com HA.

A dissertação foi estruturada em sete capítulos. O primeiro capítulo, a introdução, faz a problematização e fundamentação do tema. No segundo capítulo são apresentados os objetivos que nortearam o estudo. O terceiro capítulo a apresentação dos aspectos conceituais. No quarto, a apresentação dos aspectos metodológicos com a definição do local e população de estudo, bem como os procedimentos para a coleta e análise dos dados. O quinto capítulo traz à sistematização dos resultados e o sexto capítulo a discussão. Por fim, o sétimo capítulo apresenta as considerações finais, que contextualizam os principais achados e as contribuições observadas pelo estudo, assim como será os encaminhamentos e aplicabilidade com fim de atender essa demanda de Política Pública.

1 INTRODUÇÃO

O presente projeto de pesquisa foi motivado pelo atual cenário pandêmico do coronavírus, denominado SARS-CoV-2 e causador da Covid-19, diante do qual a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta o distanciamento e isolamento social como uma das medidas fundamentais de enfrentamento e controle da infecção (OMS, 2020).

O coronavírus foi detectado em 31 de dezembro de 2019, em Wuhan, na China, e compõe uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos, e, raramente eles infectam animais que podem infectar pessoas, como exemplos, o MERS-CoV e SARS-CoV. Em 9 de janeiro de 2020, a OMS confirmou a circulação do novo coronavírus entre os seres humanos. No dia seguinte, a primeira sequência genética do SARS-CoV-2 foi publicada por pesquisadores chineses. Não tardou para que o vírus circulasse em outros países, já em 16 de janeiro, sendo notificada a primeira importação em território japonês e, em 21 de janeiro, nos Estados Unidos. Em 30 de janeiro, a OMS declarou a epidemia uma emergência internacional (LANA et al., 2020). O Paraná apresentou seu primeiro caso confirmado de Covid-19 em 12 de março de 2020, e o primeiro óbito foi registrado no dia 25 do mesmo mês (SESA, 2021).

Depois de um ano e meio do início da pandemia por Covid-19, cuja rapidez inicial de disseminação foi extraordinária, constata-se a necessidade de continuidade da adoção de medidas de contenção e vigilância dessa circulação em todos os países, mesmo que a vacinação em massa avance, sendo o distanciamento social uma dessas medidas. Contudo, essa medida, em particular, tem gerado impactos negativos no acompanhamento e monitoramento dos indivíduos que sofrem com algum tipo de Doença Crônica não Transmissível (DCNT), especialmente, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doravante denominada de Hipertensão Arterial (HA).

Pessoas com DCNT experimentam um duplo risco quando o acompanhamento adequado de sua condição é interrompido, em caso de infecção pela Covid-19, podendo desenvolver formas graves da infecção pelo coronavírus ou complicações características de sua doença crônica. A Covid-19 apresenta um espectro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros graves. Segundo a OMS, a maioria, cerca de 80% dos pacientes, pode ser assintomática ou oligossintomática, com poucos sintomas; mas, aproximadamente 20% dos casos, requer atendimento hospitalar por apresentar dificuldade respiratória; e, destes, aproximadamente 5% pode necessitar de suporte ventilatório (BRASIL, 2020c).

Quanto às DCNT, estas constituem um dos problemas de saúde de maior magnitude no Brasil e correspondem a 72% das causas de mortes. Elas atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Em 2000, a taxa nacional de mortalidade por DCNT foi de 499,9 por 100 mil habitantes; em 2006, 425,8/100.000; em 2007, 540/100.000; em 2013, de 359,5/100.000 (BRASIL, 2011b).

Apesar de elevada, vinha-se observando redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente, em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas, frente a um aumento das taxas de mortalidade por diabetes e câncer. A redução das DCNT pode ser atribuída, em parte, à expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), com a melhoria da assistência, e a redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8%, em 1989, para 15,1%, em 2010 (BRASIL, 2011b, p.160).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), a HA é uma condição clínica caracterizada pelos níveis elevados da pressão arterial (PA). É considerada uma DCNT, que pode ser agravada pela presença de outros fatores de risco como: diabetes, obesidade e dislipidemias, que aumentam o risco de morte por doença cardiovascular conforme os fatores de risco (idade, sexo, etnia, ingestão de sal e álcool, sedentarismo, genética, estresse e fatores socioeconômicos) (BRASIL, 2020a). Todos esses fatores, conjuntamente, configuram determinadas condições de saúde, que podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas, fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011, 549p).

Os números mais recentes, a magnitude da HA e suas causas de morbimortalidade na população brasileira continuam preocupantes e representam verdadeiros desafios ao sistema de saúde. Em 2019, a estimativa de casos de HA alcançou números em torno de 34 milhões de pessoas no Brasil. Para os serviços de saúde, isso implicou em mais de 28 milhões de consultas e 52 mil internações por HA, com custos de mais de 16 milhões de reais (BRASIL, 2020g) No primeiro semestre de 2020, foram 8,7 milhões de pessoas com HA cadastradas na APS, correspondendo a 25,8% do total de cadastros nesse nível de atenção. Segundo indicadores levantados pelo Ministério da Saúde (MS), o país tem apresentado aumento crescente de óbitos devido a HA. Em 2018, foram 32% de mortalidade precoce por HA, o que representou 6,3% dos óbitos por condições sensíveis à APS (Brasil, 2020g). Com a pandemia, o custo com internações decorrentes de complicações da HA teve uma queda significativa, provavelmente devido ao enfoque dado

aos casos de Covid-19, sendo o número maior de diagnóstico da doença apresentado pelo gênero feminino (BRASIL, 2020g).

Considerando-se tais dados, confirma-se a necessidade da articulação do sistema de saúde com as complexidades dos cenários de vida e das condições de saúde das pessoas, a qual deve ser contínua e integral, ocorrendo sempre mediada pelo trabalho em saúde. Anterior à pandemia, todo o trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) no acompanhamento das pessoas com HA ocorria eminentemente de forma presencial, seja no serviço de saúde ou no próprio domicílio. Essa situação se alterou significativamente, direcionada pela necessidade de distanciamento social decorrente da Covid-19 (MENDES, 2011).

Além disso, essa nova condição sanitária soma-se e agrava ainda mais o cenário anterior à pandemia, quando já se observava um crescimento significativo no número das DCNT na população brasileira e a HA já representava um problema grave de saúde pública e um fator de risco importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Em 2018, a HA foi responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25 % das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o Diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (Paraná, 2018).

É imprescindível, portanto, o acompanhamento dessa população com uma regularidade adequada, objetivando sua estabilidade clínica, o que também pode reduzir as chances de desfechos desfavoráveis durante o período de pandemia (BRASIL, 2020e). Essa necessidade é expressa em documentos oficiais, como a Nota Orientativa nº 32/2020 (SESA), que sistematiza cuidados às pessoas com HA e Diabetes Mellitus frente à pandemia da Covid-19, orientando aos serviços de saúde que programem medidas para monitorar e evitar a agudização de doenças crônicas, incluindo-se a HA (PARANÁ, 2020a).

A seguir, são apresentados alguns dados nacionais e locorregionais que permitem melhor compreensão do problema, bem como a justificativa para o presente estudo.

1.1 Aspectos contextuais relevantes ao estudo

1.1.1 Altos índices de prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis

Apresenta-se, a seguir, dados extraídos do DATASUS, Sistema da Atenção Básica (SISAB), bem como do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), este último implantado em 2006, e que tem se mostrado igualmente um sistema de vigilância em saúde e gestão consolidado no país (BRASIL, 2018b), cuja a população alvo é composta por adultos com 18 anos ou mais de idade, residentes em domicílios com telefone fixo, nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal (DF) . Suas informações são utilizadas para o planejamento de políticas públicas, diretrizes e ações específicas de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças (BERNAL et al, 2017).

A Tabela 1 mostra a tendência brasileira quanto ao percentual de adultos que referiram diagnóstico de HA, entre os anos de 2010 e 2019.

Tabela 1: Série de tendência temporal do percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica, nas capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal, 2010 a 2019.

CAPITAL	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	PERCENTUAL DE INCREMENTO	TENDÊNCIA
Aracaju	22,0	23,3	26,6	24,7	22,9	22,9	28,3	26,1	23,6	25,1	2,2	Estacionária
Belém	17,5	19,9	17,9	20,4	19,1	21,2	20,9	20,7	20,9	19,3	3,1*	Crescente
Belo Horizonte	25,5	22,4	25,9	24,5	24,0	27,9	26,6	25,5	26,5	25,8	2,7*	Crescente
Boa Vista	18,8	17,0	16,6	18,0	17,7	17,4	20,3	21,0	18,6	20,4	4,2*	Crescente
Campo Grande	23,5	24,0	25,9	21,5	25,4	25,2	25,7	23,9	26,0	24,9	1,8	Estacionária
Cuiabá	22,0	21,4	25,2	26,3	25,3	21,8	24,9	24,0	23,7	22,8	0,7	Estacionária
Curitiba	23,0	22,0	24,2	22,3	22,7	22,8	22,3	23,1	21,6	21,1	-1,4*	Decrescente
Florianópolis	20,8	18,7	21,7	20,5	23,1	21,3	22,7	21,5	20,8	21,6	1,9	Estacionária
Fortaleza	21,1	17,3	20,8	21,3	24,0	22,1	19,9	19,3	22,0	21,2	1,5	Estacionária
Goiânia	21,5	21,1	22,9	21,6	23,8	22,1	22,5	23,0	22,2	24,3	1,8*	Crescente
João Pessoa	25,4	21,0	25,7	24,4	25,5	25,4	27,8	24,4	26,6	25,6	3,3*	Crescente
Macapá	19,4	19,0	19,3	19,9	20,4	19,1	27,1	21,4	22,1	23,3	6,1*	Crescente
Maceió	24,3	22,2	26,7	25,0	27,7	29,4	24,0	26,6	27,1	26,8	3,2	Estacionária
Manaus	18,1	18,6	19,0	19,3	19,3	21,4	17,1	20,9	23,3	18,4	3,4*	Crescente
Natal	22,1	24,9	24,8	25,5	25,7	24,7	24,2	25,9	23,2	24,5	0,5	Estacionária
Palmas	13,8	12,9	17,2	15,2	15,2	15,7	16,6	16,1	18,6	17,6	6,9*	Crescente
Porto Alegre	25,5	25,7	26,2	25,6	29,2	28,0	26,9	25,6	25,1	28,2	1,2	Estacionária
Porto Velho	18,3	16,8	18,9	19,0	21,0	19,7	21,0	20,9	18,0	19,6	2,5	Estacionária
Recife	24,9	26,1	26,9	27,9	28,4	27,4	24,0	26,3	26,5	28,4	1,5	Estacionária
Rio Branco	23,0	21,0	22,4	22,3	23,2	23,6	26,2	19,5	22,4	18,5	-2,0	Estacionária
Rio de Janeiro	29,2	29,8	29,7	28,7	28,1	30,6	29,5	30,7	31,2	28,0	0,6	Estacionária
Salvador	21,2	21,2	25,7	23,1	25,5	25,7	26,6	26,0	24,5	25,2	4,4*	Crescente
São Luís	18,8	17,7	18,2	19,6	16,6	17,9	19,7	16,6	15,9	16,9	-2,9	Estacionária
São Paulo	22,9	22,5	23,5	24,8	25,4	24,7	23,4	24,5	24,9	24,4	1,8	Estacionária
Teresina	21,0	20,7	20,9	21,1	22,8	21,6	19,8	20,8	22,9	22,4	1,5	Estacionária
Vitória	24,5	25,0	24,7	24,8	27,0	24,9	22,2	26,2	25,2	24,3	-0,2	Estacionária
Distrito Federal	23,1	20,2	23,9	22,3	24,2	20,4	18,8	18,2	21,7	28,5	1,7	Estacionária

*Estatisticamente significativo (valor de $p < 0,05$)

Do quadro acima: 09 capitais apresentaram tendência crescente de adultos com hipertensão arterial. Curitiba foi a única capital que apresentou uma tendência decrescente, com diminuição anual de 1,4%. As demais apresentaram tendências estacionárias.

Considerando-se o número de óbitos decorrente da HA, acrescidos da DM, evidencia-se um aumento crescente entre os anos de 2014 a 2018, conforme pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição do número de óbitos por HA e DM no Brasil, entre os anos de 2014 e 2018.

Ano	HA	DM
2014	22 mil	57 mil
2015	24 mil	59 mil
2016	25 mil	61 mil
2017	25 mil	63 mil
2018	25 mil	65 mil

Fonte: BRASIL, 2020g.

Apenas em 2018, 6,3% dos óbitos por condições sensíveis à APS foram por HA e 15,8% do mesmo ano foram por DM, disponível na Portaria GM/MS nº 221 de 17 de abril (BRASIL, 2020g). Por região brasileira, naquele ano, a distribuição do percentual de óbitos entre as causas sensíveis à APS foram de: norte 5,4%; nordeste 7,1%; centro-oeste 5,5%; sudeste 6,3% e região sul 5,5%. Considerando complicações e doenças secundárias à HA e DM, esses valores podem ser maiores que os apresentados. É importante destacar que, em 2018, considerou-se como mortalidade precoce 32% dos óbitos por HA e 41% por DM. O percentual de mortalidade precoce foi calculado por meio da divisão do número de óbitos prematuros, na faixa de 30 a 69 anos, por HA e DM, dividido pelo número total de óbitos pelas comorbidades referidas (BRASIL, 2020g).

Em 2019, a estimativa de casos de HA alcançou números em torno de 34 milhões de pessoas com HA no Brasil. A Tabela 3 apresenta a distribuição dessa estimativa por região do país.

Tabela 3: Estimativa de pessoas com HA por região brasileira, ano de 2019.

Região	Quant.
Norte	1,9 milhão
Nordeste	9,8 milhões
Centro-Oeste	2,6 milhões
Sudeste	14,0 milhões
Sul	5,5 milhões

Fonte: BRASIL, 2020g.

A Tabela 4 apresenta dados que refletem o quanto a HA e a DM repercutem no sistema de saúde, por exemplo, quanto ao número de consultas realizadas na APS, tendo produzido em torno de 28 milhões de consultas para pessoas com HA e 11 milhões para

DM, no ano de 2019, sendo:

Tabela 4: Distribuição do número de consultas para pessoas com HA e DM na atenção primária à saúde por região brasileira, 2019.

Região	HA	DM
Norte	1,7 milhão	710 mil
Nordeste	10,8 milhões	4 milhões
Centro-Oeste	1,4 milhões	588 mil
Sudeste	11,7 milhões	4,9 milhões
Sul	2,5 milhões	1,1 milhão

Fonte: BRASIL, 2020g.

Já quanto ao número de internações, em 2019, registraram-se 52 mil internações por HA (Tabela 5), com 21.630 do sexo masculino e 30.571 do sexo feminino, somadas a 136 mil internações por DM, sendo 68.317 do sexo masculino e 67.792 do sexo feminino. Ao considerar as internações por agravos dessas condições, é importante observar que o número real deve ter sido consideravelmente maior do que os aqui mencionados.

Tabela 5: Número de internações por HA nas regiões do Brasil em 2019.

Região	Quantidade
Norte	6,2 mil
Nordeste	19,9 mil
Centro-Oeste	3,6 mil
Sudeste	16,5 mil
Sul	5,8 mil

Fonte: BRASIL, 2020g.

Os custos gerados somente pelas internações por HA, no período de 2015 a 2019, consta na Tabela 6.

Tabela 6: Distribuição dos custos referentes às internações por HA no Brasil, 2015 a 2019.

Ano	Milhões
2015	21 Milhões
2016	21 Milhões
2017	19 Milhões
2018	18 Milhões
2019	16 Milhões

Fonte: BRASIL, 2020g.

Importante lembrar que no mesmo estudo o valor de internações por DM, variou de

92 milhões (2015) e 102 milhões (2018), sendo que os valores apresentados na Tabela 6 representam apenas internações de HA. Ao considerar as internações por complicações e doenças secundárias a essas, os valores serão consideravelmente maiores que os apresentados.

Para o primeiro semestre de 2020, registraram-se no Brasil 8,7 milhões de pessoas com HA cadastradas na APS e 3,4 milhões de pessoas com DM, o que correspondeu a 25,8% e 34,9% do total de cadastros na APS, respectivamente.

A Tabela 7 apresenta o percentual de casos cadastros na APS, com as comorbidades (HA e DM), para ano de 2020.

Tabela 7: Distribuição do percentual de casos de HA e DM cadastrados na APS por região brasileira, 2020.

Região	HA	DM
Norte	26,5%	35,8%
Nordeste	32,1%	43,9%
Centro-Oeste	20,1%	25,0%
Sudeste	24,5%	32,8%
Sul	20,6%	29,7%

Fonte: BRASIL, 2020g.

Especificamente para a região sul, a Tabela 8 apresenta a distribuição do percentual dessas duas condições crônicas por estado, conforme pode ser observado.

Tabela 8: Distribuição do percentual de casos de HA e DM cadastrados na APS por estado da região sul, primeiro semestre de 2020.

Região	HA	DM
Paraná	20,2 %	30,1 %
Santa Catarina	25,2 %	38,3 %
Rio Grande do Sul	17,9 %	24,2 %

Fonte: BRASIL, 2020g.

Todos esses dados são preocupantes, mesmo que o Brasil venha organizando, nos últimos anos, ações no sentido de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as DCNT, de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde (BRASIL, 2011b). Tais ações requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida e em um processo de cuidado contínuo que não leva à cura, mas o controle do agravo e a prevenção de complicações, o que torna a abordagem extremamente complexa (BRASIL, 2013a).

Acima de tudo, o território se torna a referência a partir da qual se organiza a política pública em saúde. Considerar que a pandemia foi uma oportunidade proporcionada ao mundo para ver que todos os cidadãos estão no “mesmo barco” e são afetados da mesma forma, é de uma maldade travestida de ingenuidade sem proporções aceitáveis (PEREIRA e BORGES 2020). Por isso, a importância de ter uma visão abrangente das necessidades dos diferentes territórios frente à pandemia, bem como, das possibilidades de atuação e gestão frente a elas. Para Mendes (2020), por tudo isso, o período de pós-pandemia pode ser considerado como um tempo caracterizado por um “novo normal”, ainda que não se tenha definido com precisão o que isso possa significar, nem como vai se proceder.

1.1.2 Baixo percentual de população cadastrada e acompanhada pela Atenção Primária à Saúde

Os arranjos dos serviços de saúde do estado e municípios acontecem de acordo com o Planejamento Regional Integrado (PRI). O PRI tem como objetivo identificar e conhecer fragilidades e potencialidades dos territórios, dependendo do gestor municipal em reconhecer o que é melhor para seus munícipes. Os gestores pactuam as metas junto aos consórcios e orientam a pactuação, sendo após encaminhado ao estado o termo de adesão e cumprimento das metas estabelecidas para repasse de recursos. Assim, o processo do PRI é instituído pelo estado em articulação direta com os municípios. Mas, ele ainda está em fase de reorganização e atualização de prioridades, tendo em vista o evento da pandemia por Covid-19. O PRI expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados, conforme está na Resolução nº 37 (BRASIL, 2018a).

Partindo para a atenção regionalizada, a conjuntura pode ser melhor compreendida de acordo com algumas informações da Portaria GM/MS nº 2.979/2019 (Brasil, 2019a, p 1-2):

O Programa Previne Brasil, estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito

do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com essa portaria algumas mudanças de acompanhamento dos usuários. No Art. 9º O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por: I - capitação ponderada; II - pagamento por desempenho; e III - incentivo para ações estratégicas. No artigo III da nova Política Nacional Atenção Básica dispõe; o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Apresenta no artigo V, do Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, prover atenção integral, contínua e organizada à população adstrita.

A Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil (Brasil, 2019b). No seu Art. 6º, apresenta o conjunto de indicadores para Pagamento por Desempenho a serem observados na atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (EAP), para o ano de 2020, que abrange as ações estratégicas de Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus). Um dos indicadores para 2020 é o acompanhamento das pessoas com HA (BRASIL, 2020f, p 1-2):

I - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; II - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; III - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; IV - Cobertura de exame citopatológico; V - Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de Pentavalente; VI - Percentual de pessoas com Hipertensão Arterial com pressão arterial aferida em cada semestre; e VII - Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

O documento orientador vislumbra o que a equipe de saúde da família pode melhorar conforme os indicadores de desempenho. No caso, o indicador destaque para pesquisa na portaria é o percentual de pessoas com HA com sua PA aferida em cada

semestre (Brasil, 2019b). A Tabela 9 mostra o quantitativo de cadastros que interfere de forma direta no desempenho do indicador de HA nos municípios da 16ª RS.

Tabela 9: Tabela do relatório dos municípios da 16ª Regional de Saúde, referente quantitativo de cadastro por quadrimestre, 3º quadrimestre de 2018 ao 1º quadrimestre de 2021.

Relatório de cadastro Dados sujeitos à alteração

Unidade Geográfica: Municípios 16RSA

Município	2018 Q3	2019 Q1	2019 Q2	2019 Q3	2020 Q1	2020 Q2	2020 Q3	2021 Q1	Parâmetro
APUCARANA	88.429	92.742	95.498	95.951	98.662	100.646	104.390	107.978	136.224
ARAPONGAS	91.441	94.085	97.258	98.528	98.537	99.578	100.901	106.562	120.000
BOM SUCESSO	4.843	5.077	5.376	6.122	7.032	7.022	7.054	7.207	7.068
BORRAZÓPOLIS	8.053	8.338	8.629	8.850	8.901	8.866	8.957	9.397	6.438
CALIFÓRNIA	6.880	6.940	7.035	7.269	7.342	7.625	7.872	8.704	8.250
CAMBIRA	4.768	5.266	5.542	5.790	5.900	6.190	6.222	6.824	7.917
FAXINAL	10.420	10.409	11.435	11.931	13.161	13.470	13.363	14.176	17.315
GRANDES RIOS	5.064	5.158	5.258	5.319	5.592	5.542	5.507	5.930	5.496
JANDAIA DO SUL	15.869	16.626	17.217	18.540	20.295	20.973	21.377	22.723	21.228
KALORÉ	4.441	4.499	4.534	4.530	4.711	4.869	4.813	5.021	4.046
MARILÂNDIA DO SUL	5.792	6.599	7.145	7.436	7.765	8.068	8.346	8.467	8.812
MARUMBI	3.420	3.511	3.729	3.928	4.082	4.162	4.258	4.621	4.676
MAUÁ DA SERRA	8.946	9.417	9.746	9.794	9.984	10.228	10.315	10.801	8.250
NOVO ITACOLOMI	2.593	2.590	2.579	2.567	2.871	2.900	2.956	3.195	2.750
RIO BOM	3.178	3.362	3.474	3.593	3.529	3.557	3.592	3.943	3.182
SABÁUDIA	4.806	5.054	6.308	6.397	6.940	7.292	7.526	8.319	5.500
SÃO PEDRO DO IVAÍ	7.543	7.513	7.531	7.571	7.857	7.706	8.025	8.809	8.250

*Q= Quadrimestre

Fonte: BRASIL, 2021a.

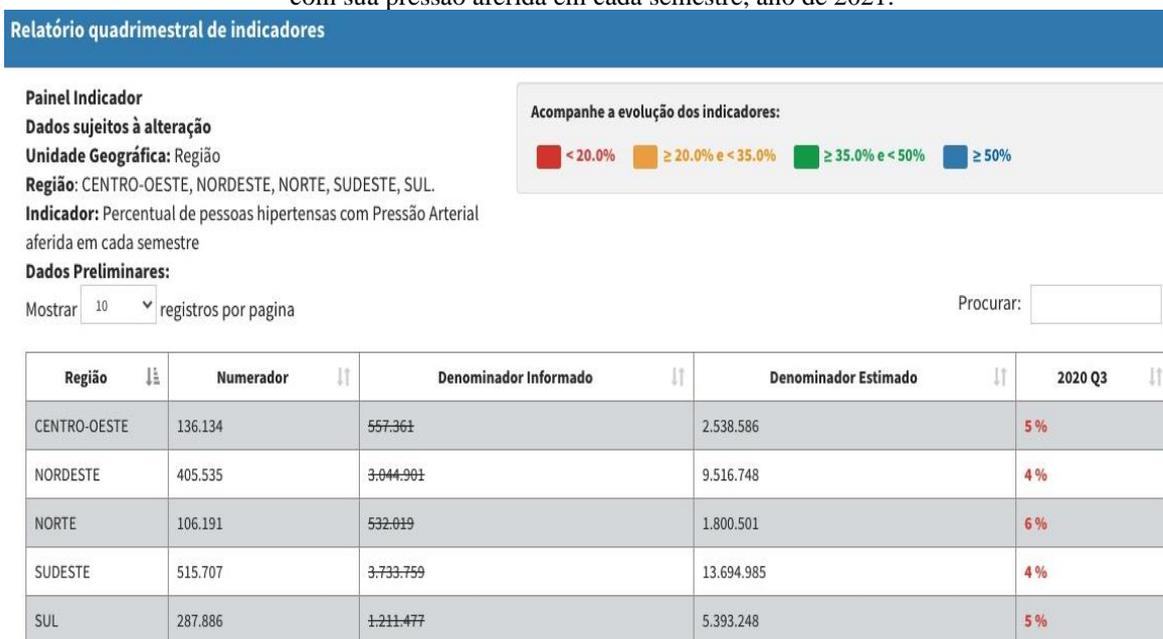
A Portaria /MS, nº 2994, de outubro de 2020, institui em caráter excepcional e temporário um incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, DM ou HA no âmbito da APS, no SUS, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), decorrente da pandemia do novo coronavírus (BRASIL, 2020d, pg. 1-2):

Art. 2º O incentivo financeiro federal instituído por esta Portaria tem como objetivo fortalecer a atenção precoce às pessoas com obesidade, diabetes mellitus, ou Hipertensão Arterial sistêmica na APS, por meio da organização da assistência baseada em protocolos e em linhas de cuidado, buscando a redução de complicações associadas à Covid-19, incluindo ações de promoção da saúde e de prevenção. Com destaque no Art. 3º Constituem ações para utilização do incentivo financeiro federal, estruturadas pela gestão municipal e do Distrito Federal: I - a identificação, o cadastro e a estratificação de risco das pessoas com: a) obesidade por meio das ações de vigilância alimentar e nutricional da população adstrita; e b) diabetes mellitus ou Hipertensão Arterial sistêmica por meio das ações de vigilância e diagnóstico oportuno da população adstrita. Nesta portaria, o monitoramento se dará pelo parâmetro. Indicador: Aumento do número de atendimentos individuais para as condições avaliadas obesidade, DM e HAS registrado no SISAB. Etapas: 1ª etapa – média da produção do

segundo trimestre de 2020 em relação à média da produção do primeiro trimestre de 2021; 2ª etapa – comparação da média de produção do ano de 2020 com 2021. Para o registro e monitoramento é necessário que os profissionais de saúde preencham, na ficha de atendimento individual do E-sus AB, a condição avaliada DM, HAS e/ou obesidade, quando do atendimento de usuários com qualquer um desses agravos. Portarias Ministeriais apontam para acompanhamento dos hipertensos, evitando assim agudização.

Abaixo, a Figura 1 evidencia o atendimento às pessoas com HA nas regiões do Brasil, após implantação pelo site Previne Brasil.

Figura 1: Painel indicador sistema E-gestor programa Previne Brasil percentual de pessoas com HA, com sua pressão aferida em cada semestre, ano de 2021.



Fonte: BRASIL, 2021b.

Este indicador baseia-se no maior número que se apresentar no denominador, quando há o informado pela APS e o estimado pelo MS, que se mostra com uma diferença significativa, sendo o desafio das equipes da APS tentar aumentar o indicador apresentado na Tabela 10. Essa tabela apresenta o relatório quadrimestral mostrando como está o acompanhamento do percentual de pessoas cadastradas com PA aferida por semestre, nos municípios que compõem a 16ª RS, para o segundo quadrimestre de 2021, sendo:

Tabela 10: Tabela de relatório dos municípios da 16ª Regional de Saúde referente percentual de pessoas com HA com a pressão arterial aferida cada semestre, segundo quadrimestre de 2021.

Relatório quadrimestral de indicadores / Estado: PR.

Indicador: Percentual de pessoas com Hipertensão Arterial com sua Pressão Arterial aferida em cada semestre

Dados Preliminares: segundo quadrimestre do ano de 2021

Evolução dos indicadores: < 20.0% ≥ 20.0% e < 35.0% ≥ 35.0% e < 50% ≥ 50%

Município	Numerador	Denominador Informado	Denominador Estimado	Ano de 2021 Quadrimestre 2
APUCARANA	1.362	2.924	29.152	5 %
ARAPONGAS	3.025	6.296	25.680	12 %
BOM SUCESSO	31	190	1.513	2 %
BORRAZÓPOLIS	94	194	1.378	7 %
CALIFÓRNIA	141	398	1.766	8 %
CAMBIRA	26	82	1.694	2 %
FAXINAL	82	348	3.705	2 %
GRANDES RIOS	94	194	1.176	8 %
JANDAIA DO SUL	1.063	2.014	4.543	23 %
KALORÉ	11	30	866	1 %
MARILÂNDIA DO SUL	103	422	1.886	5 %
MARUMBI	30	516	1.001	3 %
MAUÁ DA SERRA	214	332	1.766	12 %
NOVO ITACOLOMI	70	128	589	12 %
RIO BOM	253	496	681	37 %
SABÁUDIA	131	510	1.177	11 %
SÃO PEDRO DO IVAÍ	385	694	1.766	22 %

Fonte: BRASIL, 2021a.

Este indicador está num dos parâmetros do Previne Brasil na Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS, que descreve como é observado o desempenho deste indicador pelo município (Brasil, 2020f, p 1-2):

Numerador: Número de cadastrados identificados e vinculados corretamente nesta equipe com atendimento onde o problema condição avaliada foi a hipertensão (podendo ser marcação de campo rápido ou seleção do CID/CIAP correspondente) e teve a

realização do procedimento de Pressão Arterial (pelo SIGTAP correspondente) uma vez a cada 6 meses dentro de 1 ano. Denominador: Será considerado a mensuração que obter o maior resultado: 1- Estimado. A porcentagem de hipertensos diagnosticados do estado na PNS de 2013 (apresentado no TABNET) vezes o parâmetro de cadastro (apresentado no Painel de cadastro, número obtido com base na tipologia do município, levando em consideração a população IBGE), ou 2- Informado. Quantidade de hipertensos cadastrados, identificados e vinculados corretamente na equipe no período. OBSERVAÇÕES Quando o número de hipertensos cadastrados pela equipe/município supera a quantidade estimada de hipertensos por meio da PNS é utilizado o número de hipertensos cadastrados. Importante lembrar que para que isso aconteça o cadastro da Atenção Primária

Analisando os dados, observa-se que esse indicador ainda está abaixo do minimamente preconizado e que, para efetivo acompanhamento das pessoas com HA, faz-se necessário aos municípios da área da 16ª RS Apucarana, reverem seus processos de trabalho, e quais ações devem estar voltadas também para a prevenção de complicações nas condições de saúde desses indivíduos. Esse dado revela a capacidade de cobertura dessa população, adstrita ao território de cada UBS, que é onde tal acompanhamento deve se efetivar de fato.

O documento orientador vislumbra o que a equipe da APS pode melhorar quanto aos indicadores de desempenho. No caso, o indicador referente ao percentual de pessoas com HA, com PA aferida em cada semestre (Brasil, 2020h, p 1 -2), destaca:

a. Por que esse indicador? A hipertensão é um dos problemas crônicos de saúde mais prevalentes na população brasileira. Além disso, é um elemento importante de aumento do risco cardiovascular, principalmente se não estiver devidamente acompanhada e compensada. Além de aumentar a mortalidade, sobretudo em pessoas idosas, é fator importante de hospitalização e custos do sistema de saúde **b.** O que mostra? Evidencia o contato entre a pessoa hipertensa e o serviço de saúde com a efetiva verificação de pressão arterial duas vezes ao ano (uma por semestre). Destaca-se, contudo, que, para um cuidado efetivo da pessoa hipertensa, mesmo que compensada, é necessário que a quantidade de aferições seja, no geral, maior que essa. Ainda, verifica se a equipe consegue minimizar como a equipe de saúde da família pode melhorar os indicadores de desempenho o subdiagnóstico da doença, evitando que pessoas com Hipertensão Arterial não sejam diagnosticadas devido à natureza pouco sintomática da doença **c.** Como melhorar? -Manter acompanhamento nominal das pessoas com HA adstritas à equipe, verificando frequência de acompanhamento; -Criar um fluxo para propiciar o constante monitoramento de pressão arterial (PA) dos

usuários na USF com a finalidade de que pessoas com Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) tenham o hábito de monitorar a sua PA; - O agendamento das consultas de acompanhamento deve ser feito não só para o médico, mas também para o enfermeiro da equipe. Ambos podem acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de atuação e observações de protocolos de atendimento); -Orientar o cidadão com hipertensão sobre a importância das consultas de acompanhamento e a verificação da PA no serviço, mesmo que esta não esteja descompensada-Flexibilizar agenda sem realizar reserva de período para esse público, possibilitando a consulta no melhor horário para o cidadão sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença.

A Tabela 11 apresenta a cobertura populacional estimada de Equipes de Saúde da Família (ESF) e de cobertura na Atenção Básica utilizada para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS. Tais dados são oriundos do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021).

Tabela 11: Cobertura estimada da população coberta pela equipe saúde da família e atenção básica nos municípios que compõe a 16ª Regional de Saúde, ano de 2020.

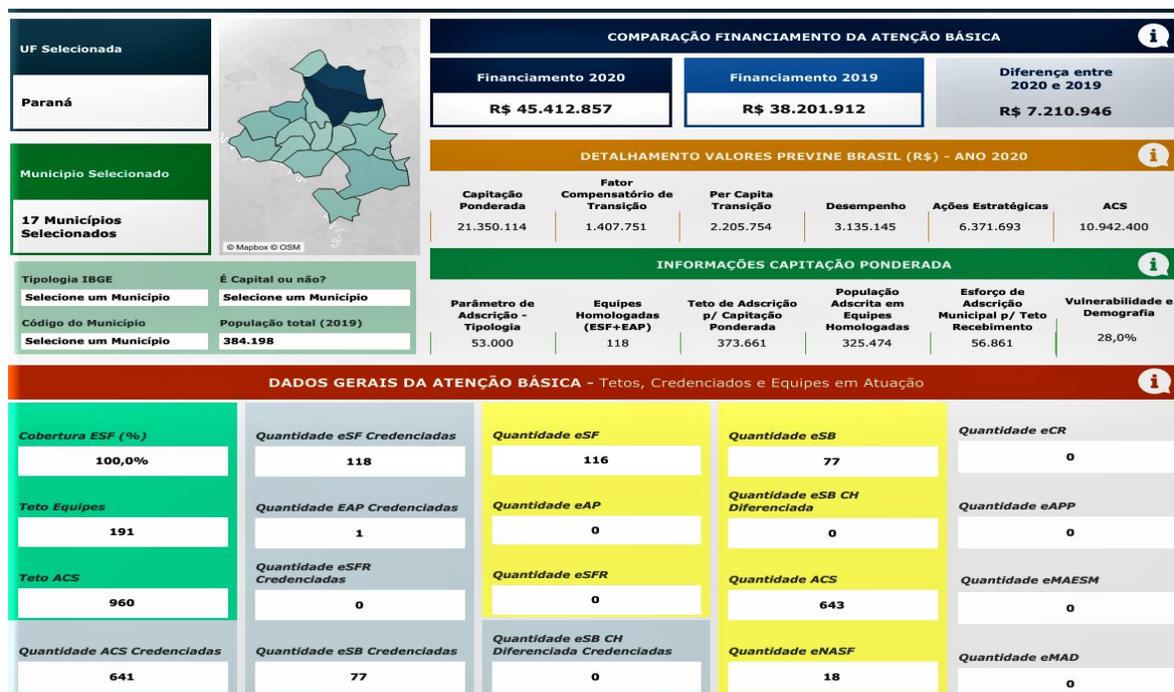
Ministério da Saúde							
Cobertura da Atenção Básica Período: dezembro /ano 2020							
Município	População Estimada	Nº ESF Cob.	Nº ESF equivalente	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
APUCARANA	134.996	42	3	134.996	100%	134.996	100%
ARAPONGAS	123.027	30	2	103.500	84,13%	110.880	90,13%
BOM SUCESSO	7.032	1	0	3.450	49,06%	3.450	49,06%
BORRAZÓPOLIS	6.592	3	0	6.592	100%	6.592	100%
CALIFÓRNIA	8.570	3	2	8.570	100%	8.570	100%
CAMBIRA	7.865	3	2	7.865	100%	7.865	100%
FAXINAL	17.251	5	1	17.250	99,99%	17.251	100%
GRANDES RIOS	5.618	3	0	5.618	100%	5.618	100%
JANDAIA DO SUL	21.176	6	3	20.700	97,75%	21.176	100%
KALORÉ	4.100	2	0	4.100	100%	4.100	100%
MARILÂNDIA do SUL	8.836	4	3	8.836	100%	8.836	100%
MARUMBI	4.679	2	0	4.679	100%	4.679	100%
MAUÁ DA SERRA	10.601	1	5	3.450	32,54%	10.601	100%
NOVO ITACOLOMI	2.844	1	1	2.844	100%	2.844	100%
RIO BOM	3.203	2	0	3.203	100%	3.203	100%
SABÁUDIA	6.827	2	0	6.827	100%	6.827	100%
SÃO PEDRO do IVAÍ	10.981	3	2	10.350	94,25%	10.981	100%

Fonte: BRASIL: 2021b.

Nesse contexto de efetivo acompanhamento da população, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS, 2021a) disponibilizou para gestores um Painel de Apoio à Gestão, visando contribuir para o aprimoramento do programa do governo federal Previne Brasil. O painel disponibiliza informações categorizadas pelos seguintes temas: “Gestão MAC“, “Financiamento“, “Emendas“, “Leitos e Equipamentos” e “Estabelecimentos“. Os dados e as diversas informações disponibilizadas podem ser

acessadas buscando pelo nome da região de saúde, pelo município ou pelo estado. A Figura 2 apresenta o painel da 16ª RS.

Figura 2: Painel Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde de apoio a gestão resultados Previne Brasil, 2021.



Fonte: CONASEMS, 2021.

A 16ª RS de Apucarana, conforme demonstra o painel, necessita, ainda, um esforço de cadastro de 56.861 pessoas, o que pode ser alcançado, visto que apresenta na maioria dos municípios uma cobertura de 100% da população em nível da APS.

1.2 O problema

Seguramente, em um cenário pandêmico que tem se agravado ao longo dos últimos 18 meses, de sobrecarga dos serviços de saúde, leia-se, de seus trabalhadores e gestores, a ação de planejar e implementar novas estratégias de abordagem e de cuidado exige tempo e esforços coletivos, muitas vezes, não disponíveis em tempo real. Não que inovações e adaptações não estejam acontecendo, mas, geralmente, ocorrem em um caráter reativo e de urgência frente aos novos problemas associados à pandemia. Mas, essa mesma gravidade e o atual cenário de crise sanitária compele gestores e trabalhadores à construção e implementação de novos protocolos de cuidado ou instrumentos de gestão, capazes de

considerar as condições de saúde, a capacidade de suporte dos serviços e a qualificação profissional.

A situação da pandemia é, de fato, alarmante no Brasil. Dados apontam tanto para a necessidade de reforçar as ações de prevenção à transmissão do novo coronavírus para este público, quanto para a importância de fortalecer o cuidado aos indivíduos infectados com o intuito de estabilizar essas condições crônicas, evitando o seu agravamento e por consequência aumento do risco de complicações relacionadas à infecção por SARS CoV-2. (Brasil, 2020b).

Outrossim, o próprio manejo clínico do indivíduo e a estabilização da HA ficaram comprometidos com o distanciamento social. Algumas das preocupações iminentes dizem respeito a: como assegurar a não agudização das pessoas com condições crônicas? Como deve ser a organização das equipes para o seu acompanhamento? As equipes trabalham completas? O trabalho das equipes multiprofissionais é realmente ampliado para o cuidado às pessoas com HA? As condições de estrutura física, ferramentas tecnológicas, equipamentos, insumos e medicamentos são suficientes e resolutivos para o cuidado? Quais as tecnologias de informação incorporadas ao trabalho da ESF? Como estão sendo utilizados os indicadores da APS, dados do sistema E-SUS e dados de notificação? Como estão os fluxos assistenciais para o atendimento às pessoas com HA e como os fatores de risco para doenças cardiovasculares estão sendo abordados? O controle pressórico no domicílio e quais outros elementos de participação ativa dos indivíduos e família podem acontecer no domicílio em interação direta e constante com as equipes da APS?

Tais questionamentos e preocupações motivam a elaboração, incorporação ou aprimoramento de determinadas tecnologias de cuidado de modo organizado e sistematizado, com ênfase ao trabalho na APS no manejo da HA considerando-se o contexto da pandemia. Nessa direção, três pontos merecem destaque:

1º ponto: Autocuidado. A Linha Guia de Atenção à Hipertensão Arterial, do estado do Paraná, salienta a importância do autocuidado oriundo, entre outras ações, da educação em saúde e de inovação de estratégias de abordagem e de cuidado (PARANÁ, 2018). Contudo, o autocuidado prescinde de estratégias participativas, valorização de saberes populares e atuação da equipe multiprofissional junto com os indivíduos e grupos, que tendem a impactar positivamente e tornar a educação em saúde um instrumento eficaz para as DCNT (PARANÁ, 2018). Deve-se evitar, por exemplo, como exclusividade de atividade educativa o recurso da palestra ou reunião, muitas vezes, aproveitado o momento do encontro entre os profissionais e os indivíduos atendidos para que estes recebam os

medicamentos anti-hipertensivos. Nos sistemas públicos de saúde, essa tendência pressupõe a introdução de estratégias de gestão da clínica e de novos modelos de atenção à saúde baseados em evidências, especialmente, os modelos inovadores de atenção às condições crônicas (MENDES, 2011).

Compreende-se que esse incentivo à participação ativa das pessoas atendidas torne-se o alicerce das práticas de controle e monitoramento da HA durante e após a pandemia. Inclusive, porque há muitas ações que devem e podem ser realizadas no domicílio, com ou sem a presença do profissional de saúde. No caderno nº 37, do MS, encontra-se citação referente à abordagem fora do consultório, que norteia a importância desse cuidado (Brasil, 2013b). A automedida da PA (AMPA) é um exemplo, realizada por pacientes ou familiares, não profissionais de saúde, fora do consultório, geralmente, no domicílio, representando uma importante fonte de informação adicional. A principal vantagem da Ampa é a possibilidade de obter uma estimativa mais real dessa variável, tendo em vista que os valores são obtidos no ambiente em que as pessoas passam a maior parte do dia (RODRIGUES *et al*, 2010).

2º ponto: Comunicação logística remota. A nova condição imposta pelo distanciamento social fez emergir a necessidade de novas formas de comunicação entre gestores, trabalhadores e pessoas atendidas dos serviços de saúde, principalmente, as formas remotas. A utilização de tecnologias digitais surge como um aporte importante para a continuidade do trabalho da APS e deve estar incluído nos processos de trabalho, aprimorando o acompanhamento das pessoas com HA. Contudo, embora as tecnologias digitais tenham muito a contribuir para os processos de ensino e aprendizagem, é necessário entendê-las como meio e, não, como um fim em si mesmas, pressuposto também válido para as práticas de cuidado em saúde (TORRES E LIU, 2020).

3º ponto: Responsabilidade da gestão: Tal temática e proposição emerge concomitante às responsabilidades de gestão da APS na esfera estadual para com os municípios da área de abrangência, tendo em vista atuar como gestora pública no município sede de uma das 22 Regionais de Saúde (RS), da Secretaria de Saúde do Paraná (SESA), e que compõe uma das cinco Regionais da Macrorregião Norte do estado. O SUS é definido constitucionalmente como o resultado da integração das ações e serviços públicos de saúde, em rede regionalizada e hierarquizada. É dessa integração que nasce o atual modelo de atenção vigente no Brasil, sendo competência comum de todos os entes federativos o cuidado com a saúde (SANTOS, 2017).

As RS são descentralizações técnico-administrativas da SESA em sua área de atuação, com o objetivo de estimular e apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento de ações de vigilância das principais doenças e agravos não transmissíveis, seus principais fatores de risco; e, de ações de promoção em saúde, a fim de subsidiar a formulação de políticas públicas de enfrentamento destes agravos, considerando-se os princípios da descentralização (Paraná, 2016). Uma das características desse apoio técnico envolve a capilaridade das RS e sua proximidade em relação aos municípios de sua área de abrangência, bem como, às equipes de ESF. Essas equipes compõem-se de profissionais; enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e médico, incluindo-se odontólogo e o auxiliar ou técnico de saúde bucal, podendo haver uma equipe ampliada, cuja composição depende de cada município, com nutricionista, assistente social entre outros profissionais, bem como o próprio gestor municipal.

Ocupar um espaço gestor significa considerar a complexidade das relações sociais e de trabalho exemplificadas pelas preocupações já pontuadas anteriormente, em um contexto diferenciado do trabalho em saúde. Especialmente, constatando a ausência ou fragilidade de protocolos ou instrumentos de cuidado que envolvam o distanciamento social ante a iminência de aumento dos riscos cardiovasculares das pessoas com HA quando não devidamente acompanhados. Tais preocupações motivam a busca de resposta à seguinte questão de investigação: como seria um instrumento orientativo que atendesse tal lacuna, construído a partir da Linha Guia que serve de subsídio para o trabalho da APS e da atenção secundária junto às pessoas com HA, em sintonia com o contexto locorregional.

1.3 Justificativa

A construção e proposição de um instrumento diretivo sobre procedimentos e boas práticas para o manejo da HA na APS incluindo medidas de distanciamento social, com padronização de ações por parte das ESF e de avaliação por parte dos gestores, justifica-se diante do cenário epidemiológico e da problemática apresentada. Mais ainda, ante a possibilidade de sua institucionalização em âmbito regional após apreciação e contribuições das equipes de ESF e dos gestores municipais, cuja participação buscou-se de forma ativa nesse processo de construção. A RS cumpre seu papel de gestão estadual ao debruçar-se sobre tal temática, interagindo diretamente com as equipes que atuam em âmbito municipal de sua abrangência e contribuindo para o aprimoramento dos processos de trabalho. A forma como tal institucionalização possa ocorrer dependerá de pactuação

posterior, seguindo-se os instrumentos normativos atualmente em vigor na esfera estadual, seja como Norma Operacional, Instrução Normativa ou outra.

Pretende-se, igualmente, otimizar o uso das tecnologias remotas de informação para o aprimoramento da APS na ocorrência de uma emergência sanitária, a exemplo da que vivemos atualmente com a pandemia da Covid-19. Inclusive, tal incorporação e uso pode e deve ser estendido para além da pandemia no cotidiano dos serviços, de modo a aperfeiçoar a identificação precoce e o monitoramento das pessoas com HA por meio de uma comunicação qualificada entre comunidade e profissionais de saúde. Planejamento de ações, proposição de inovações tecnológicas de cuidado e avaliação são etapas fundamentais para uma melhor cobertura da APS frente às DCNT, especialmente a HA.

Propor uma ação participativa entre gestão estadual e municipal pode ser, capaz de fortalecer os vínculos e ampliar os resultados esperados de uma determinada política pública. O trabalho das equipes de ESF, sob a lógica de integração entre acompanhamento presencial e remoto das pessoas com HA no território sanitário, permitirá compreender as possibilidades e fragilidades desse processo e contribuirá para o desenvolvimento de estratégias inovadoras entre gestores, trabalhadores e pessoas atendidas nos serviços de saúde. Além disso, a temática proposta priorizará um olhar diferenciado e cuidadoso para com as pessoas com HA no contexto da pandemia, com potencial para aumentar o percentual de cadastros e diminuir os índices de complicações oriundas das DCNT.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Construir um instrumento diretivo sobre procedimentos e boas práticas para o manejo da HA na APS incluindo a condição de distanciamento social.

2.2 Objetivos específicos

- 1- Estruturar o instrumento diretivo com base em literatura e nas linhas guias e documentos ministeriais utilizados no estado do Paraná.
- 2- Submeter o instrumento diretivo à apreciação e contribuições das equipes da APS nos municípios pertencentes à Regional de Saúde investigada.

3 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL BASEADA EM AÇÕES TERRITORIAIS E COLABORATIVAS

Ter como objeto de intervenção, elaboração e proposição um instrumento diretivo, enquanto um instrumento de gestão, capaz de incluir e sistematizar procedimentos e boas práticas na atenção à pessoa com HA envolvendo medidas de distanciamento social, implica em considerar referências de literatura, normativas e orientações legais vigentes sobre o tema, particularmente, no estado do Paraná, relacionadas ao uso de protocolos e instrumentos de cuidado ou de orientações na APS. E, concomitante, debruçar-se sobre alguns conceitos basilares e aspectos do SUS no atual cenário brasileiro capazes de ancorar a sua construção e implementação no cotidiano dos serviços de saúde nesse nível de atenção. Assim, destacam-se e fazem-se necessárias ações territoriais e ações colaborativas no trabalho em saúde, enquanto possibilidade concreta de o sistema de saúde impactar positivamente sobre as doenças crônicas, no caso, sobre a HA.

O texto, a seguir, além de apresentar o instrumento ora proposto embasado teoricamente e compondo o conjunto de diferentes tecnologias em saúde na APS, enfatiza a interface entre esses conceitos e aspectos no sentido, especialmente, de alcançar e valorizar o autocuidado apoiado na continuidade do tratamento e manejo da HA.

3.1 Uso de protocolos e instrumentos de gestão como tecnologias de saúde na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial

Para garantir a estabilização da HA, todo o trabalho desenvolvido na APS passa a ser mediado, em maior ou menor intensidade, pelo uso de tecnologias em saúde. As tecnologias podem ser classificadas em tecnologias leves, leve-duras e duras. As leves referem-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão como uma forma de governar processos de trabalho. As leve-duras dizem respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. As duras referem-se ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. Todas essas tipologias tecnológicas se entrecruzam na atenção às pessoas com HA, cada qual sendo necessária em maior ou menor grau dependendo das condições clínicas, estado geral e condições de vida da pessoa, além das condições de estrutura e qualificação do trabalho profissional (MERHY, 1997).

Tais processos de trabalho relacionam-se à padronização e programação do cuidado pautada na estratificação de risco, como forma de conhecer o território e compartilhar o cuidado juntamente com definições estabelecidas na contratualização com serviço secundário. A programação da APS é uma estratégia de base populacional, o que implica ser feita a partir da população efetivamente cadastrada em cada equipe de cuidados primários. Essa programação utiliza-se de parâmetros de necessidades que são baseados em evidências científicas e que são parte integrante das diretrizes clínicas e que se expressam em planilhas de programação. Além disso, os parâmetros, para se adequarem ao MACC, são definidos por estratos de riscos (MENDES *et al.*, 2019a).

O estado do Paraná, por meio da SESA, organizou a Linha Guia de Hipertensão Arterial, um material que enfatiza a necessidade do manejo da pessoa com HA mediante da sua estratificação de risco, orienta os encaminhamentos à Atenção Especializada e oferece apoio importante à APS. A ênfase do papel da equipe multiprofissional no tratamento da pessoa com HA fortalece a percepção de que o controle da PA passa por mudanças no estilo de vida da pessoa, trazendo à luz outra visão do binômio saúde/doença (PARANÁ, 2018). Durante o cenário pandêmico, mediante a Nota Orientativa nº 32, a SESA orienta realizar a continuidade do cuidado com o acompanhamento longitudinal dos usuários que apresentam condições crônicas, de acordo com a estratificação de risco, estabilidade clínica, capacidade de autocuidado e considerando o contexto de vulnerabilidade e suporte familiar (PARANÁ, 2020a).

Nessa direção, importante reiterar que a SESA vem adotando o modelo de atenção MACC, a fim de melhorar a resolutividade do atendimento às pessoas atendidas pela APS (Paraná, 2020b). Nele, destaca-se o Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR), em que a população é estratificada em diferentes níveis, e, em cada nível, uma intervenção de saúde é preconizada. No MACC existem cinco níveis de estratificação e as intervenções vão desde promoção da saúde até gestão das condições crônicas muito complexas. Portanto a estratificação se torna ferramenta essencial para organização de um protocolo. O MS recomendou a estratificação de risco cardiovascular na consulta da equipe de saúde utilizando a ferramenta score de Framingham, que possui o objetivo de estimar o risco de cada indivíduo sofrer doença coronariana nos próximos dez anos, baseado na presença de múltiplos fatores de risco como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDL e LDL (BRASIL, 2014). Consequentemente, as condições crônicas simples, que constituem 70% a 80% dos casos, podem ser atendidas e estabilizadas com concentração

relativa de autocuidado apoiado; enquanto as condições crônicas altamente complexas, até 5% dos casos, tendem a ter uma concentração maior de atenção profissional (MENDES, 2012). Mendes reforça ainda a importância do MPR, o qual apresenta três níveis de atenção: o nível 1 apresenta os casos mais simples e de fácil controle; o nível 2, em que as condições crônicas precisam de um cuidado da APS com apoio de especialista; e, o nível 3, com uma atenção que requer cuidados mais complexos, inclusive com uma atenção em serviços emergenciais. Ou seja, não há bom senso em programar intervenções únicas para as pessoas com HA, antes, para cada estrato separado, de acordo com o seu risco estratificado, sendo este inclusive um processo muito dinâmico na continuidade e controle da doença.

Em meio ao cenário da pandemia, o cuidado precisou ser reinventado, tanto pela gestão quanto pelos trabalhadores. Mendes escreve sobre a terceira onda da covid 19, quando as ações-chave necessárias foram: estabelecer canais de comunicação entre os responsáveis pelos serviços essenciais e prestadores de serviços; criar ou adaptar mecanismos e protocolos para a prestação de serviços essenciais não Covid-19; estabelecer mecanismos de monitoramento desses serviços; e, garantir os recursos necessários para a retomada dos serviços essenciais não Covid-19. Para o autor, sistemas organizados em RAS devem ter seus fluxos assistenciais reordenados para garantir o acesso oportuno aos serviços essenciais. Contudo, em todas essas adaptações realizadas durante a pandemia, deve-se obedecer ao princípio fundamental de integração da APS (MENDES, 2020).

Especificamente quanto aos protocolos clínicos, estes são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo de uma condição de saúde e em um ponto de atenção à saúde determinado. Assim, os protocolos clínicos são documentos específicos, mais voltados às ações de promoção, prevenção, cura/cuidado, reabilitação ou palição, em que os processos são definidos com maior precisão e menor variabilidade. Utilizando uma metáfora, pode-se dizer que as linhas-guia são o filme e os protocolos clínicos os fotogramas (MENDES, 2011).

Protocolo, portanto, é um instrumento potente para a implementação de boas práticas e deve funcionar efetivamente como material de consulta no dia a dia dos profissionais de saúde. Deve, também, ser constantemente avaliado segundo sua realidade de aplicação, com acompanhamento gerencial sistemático e mediante revisões periódicas, permitindo espaço para criação e renovação dentro do processo de trabalho (BRASIL, 2016). Os Protocolos da Atenção Básica, têm enfoque clínico e de gestão do cuidado,

servindo como subsídios para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado na Atenção Básica (BRASIL, 2016). A obediência às normas definidas em linhas-guia e em protocolos clínicos acaba por constituir inclusive uma proteção jurídica para os profissionais e para as organizações de saúde (MENDES, 2011).

Protocolos clínicos baseados em evidências são muito úteis ao recomendar o que fazer em cada situação, a exemplo dos Cadernos de Atenção Básica (Brasil, 2014). Com o fortalecimento específico relacionado a protocolos das pessoas com HA, destacam-se, ainda, produções do Ministério da Saúde, a publicação dos cadernos da APS, as diretrizes publicadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e Linhas guias do estado do Paraná. Todos esses, incluindo aqueles ligados às entidades de categorias profissionais, como o Conselho de Enfermagem do Paraná, enfatizam o fato de que tais protocolos devem ser realizados de acordo com perfil e necessidade de cada município, em atendimento direto à população.

Verifica-se que, ampliando o leque de tipos de tecnologias de cuidado/gestão e seguindo alguns conceitos e possibilidades de instrumentos da área da Administração, no campo da saúde, também é o planejamento que deve ser destaque para a efetividade de manuais, procedimentos padrão e normas orientativas. Para Silva (2008), foi-se o tempo em que os manuais organizacionais eram sinônimos de obsolescência, inflexibilidade, controle e padronização de processos, atividades e tarefas. Atualmente, as organizações percebem que eles podem ser importantes instrumentos de gestão e competitividade, tanto interna quanto externa.

Silva (2008) destaca, ainda, que tal instrumento deve espelhar sempre as políticas, diretrizes, normas e procedimentos mais convenientes para a empresa ou instituição e não o inverso, ou seja, o manual não deve se constituir numa camisa de força. Caso isso ocorra, a instituição não terá possibilidade de acompanhar as evoluções e alterações do ambiente externo altamente competitivo e volátil e cuidar da melhoria contínua e da racionalização dos métodos de trabalho. Assim, um manual ou instrumento orientativo nunca poderá ser considerado completo e terminado. Ele cresce e se desenvolve junto com a instituição por intermédio de múltiplos fatores que contribuem para que esta se torne cada vez mais complexa. Por esses motivos, o manual não deve ser encarado como um instrumento estático, e sim, ser algo dinâmico e flexível. Deve ser considerado como um guia sujeito a sofrer alterações e adaptações sempre que as circunstâncias ambientais exigirem. Ele só atinge seus objetivos satisfatoriamente se for feita, constantemente, a análise crítica pela

área responsável na sua elaboração e pelos seus usuários. Se não for realizada essa análise crítica, os recursos aplicados na sua confecção e desenvolvimento não proporcionarão o retorno desejado e o manual se tornará, após algum tempo, um instrumento de gestão inútil e obsoleto (SILVA, 2008).

As escolas de administração das organizações valorizam, diferentemente, esses mecanismos de coordenação. A escola dos princípios da administração, o modelo fayolista, assenta-se na autoridade formal expressa nos mecanismos de supervisão direta. A escola da administração científica de Taylor e as burocracias weberianas tendem a enfatizar os mecanismos de padronização do trabalho (Mendes, 2015). Para Artmann (1993), um primeiro conceito a ser destacado é a própria noção de planejamento como um cálculo que precede e preside a ação. Este alargamento do planejamento para além do cálculo representa um avanço, na medida em que incorpora aspectos de gerência, aspectos organizacionais e a ênfase no momento tático-operacional, ou seja, no planejamento da conjuntura e na avaliação e atualização constante do plano. O planejamento passa a estar intrinsecamente vinculado à ação e aos resultados/impactos e não somente ao cálculo que antecede a ação.

O trabalho pode ser também coordenado sem ajustamento mútuo ou supervisão direta. Para isso, é necessário estabelecer padronizações que são realizadas antes do trabalho se concretizar (MENDES, 2015). Para o autor, Mendes (2015), os processos de trabalho são padronizados quando o conteúdo do trabalho for especificado ou programado; os produtos são padronizados quando os resultados do trabalho, como as dimensões do produto ou o desempenho, forem especificados. Às vezes, não há como padronizar nem o processo de trabalho, nem o produto, mas, ainda assim, a coordenação pela padronização pode estar presente. Nesse caso, há como padronizar as atribuições dos trabalhadores.

Para Mendes (2015), as habilidades e o conhecimento são padronizados quando o tipo de treinamento exigido no desempenho do trabalho for especificado. A padronização das habilidades atinge indiretamente o que a padronização dos processos ou dos produtos faz diretamente: controlar e coordenar o trabalho. Percebe-se a utilização do planejamento como uma forma de contribuição para a melhoria da qualidade da assistência em todas as atividades desenvolvidas, por meio da diminuição de atendimentos curativos e maior adesão da população às atividades de promoção e prevenção a saúde (ANASTACIO, 2010).

Os instrumentos de suporte para as decisões das pessoas atendidas nos serviços de saúde, portanto, são efetivos e incentivam uma aproximação da equipe de saúde e das

peças, incrementam o conhecimento, determinam maior adesão aos tratamentos prescritos, maior percepção dos riscos envolvidos e maior respeito às escolhas e aos valores das pessoas (MENDES, 2012). Importante salientar que a organização da APS no manejo da HA envolvendo medidas de distanciamento social precisou se reinventar utilizando mecanismos, padronização, normas e instrumentos que direcionem as equipes de saúde no cuidado às condições crônicas.

Assim, o instrumento diretivo ora proposto procura atender a tais pressupostos e características, englobando e valorizando diretrizes e protocolos clínicos já desenvolvidos e ativos na temática, bem como, atitudes, habilidades e valores imbricados em sua prática, de modo a orientar e aprimorar os processos de trabalho desenvolvidos. Apresenta-se, a seguir, o formato do instrumento, assim como alguns aspectos considerados relevantes para a sua implementação e efetividade.

3.1.1 O instrumento diretivo sobre procedimentos e boas práticas para o manejo da Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde envolvendo medidas de distanciamento social

A construção teórica do instrumento diretivo sobre procedimentos e boas práticas para o manejo da HA na APS incluindo medidas de distanciamento social baseia-se nos seguintes documentos e normativas vigentes: na Linha Guia da Hipertensão da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA); no instrumento e planilha de estratificação de risco da pessoa com HA; na Nota Orientativa nº 32/2020 da SESA, que sistematiza cuidados às pessoas com HA e DM frente à pandemia da Covid-19 (Paraná, 2020a); em documentos do MS, como a Portaria nº 2.979/MS, de 12/11/2019 (Brasil, 2019a), e a Portaria nº 3.222/MS, de 10/12/2019, esta que define indicadores e metas, incluindo o percentual de pessoas com HA com sua PA aferida em um semestre (Brasil, 2019b).

Quanto ao seu formato, segue os parâmetros de estrutura, processos e resultados (Donabedian, 1992; Duarte, 2019), buscando-se atender às normativas vigentes e destacar a experiência dos profissionais das equipes de ESF no manejo das pessoas com HA de modo a incorporar o monitoramento virtual e/ou remoto, intercalado com os atendimentos presenciais necessários. Nesse sentido, a estrutura diz respeito aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; o processo relaciona-se ao trabalho em saúde desenvolvido pelos profissionais em interação com as pessoas com HA, com base em padrões de qualidade da atenção previamente definidos; e, os resultados, consistem no

“produto final” de todo o trabalho, considerando-se as condições de saúde alcançadas ante a HA e os padrões de segurança e metas pactuadas.

Assim, o instrumento compõe-se por três parâmetros e 35 subitens, a saber: estrutura (11 subitens), processo (12 subitens) e resultado (12 subitens), conforme o Quadro 1.

Quadro 1: Instrumento diretivo sobre procedimentos e boas práticas para o manejo da hipertensão arterial na atenção primária à saúde incluindo medidas de distanciamento social, Apucarana, 2021.

ESTRUTURA
1. Ato de implantação e avaliação do referido instrumento diretivo.
2. Linha Guia da Hipertensão Arterial e das fichas de estratificação disponíveis
3. Instrumento de consulta e monitoramento das pessoas com HA na APS
4. Unidades dotadas de manual de normas e rotinas e/ou Procedimento Operacional Padrão (POP) para as principais atividades relacionadas ao atendimento ao usuário hipertenso.
5. Composição dos profissionais das ESF, de acordo com, Cadastro Nacional estabelecimentos de Saúde (CNES).
6. Possui insumos e equipamentos necessários para a aferição de pressão arterial com segurança?
<ul style="list-style-type: none"> a) Esfigmomanômetro; b) Estetoscópio; c) Insumos para desinfecção: algodão e solução de álcool 70% (líquida e gel); d) EPI: luvas de procedimento, máscara cirúrgica, avental e propé (para visita domiciliar quando necessário); e) Oxímetro; f) Glicosímetro; g) Registro documental: formulário e caneta (informatizado ou em papel)
7. Possui ferramentas tecnológicas mínimas necessárias ao atendimento das pessoas com HA?
<ul style="list-style-type: none"> a) Computador com acesso à internet; b) Telefone fixo; c) Telefone celular; d) Copiadora e scanner; e) Celular com acesso à internet e aplicativo WhatsApp.
8. Ambiente destinado ao acolhimento dos usuários
9. Possui apoio diagnóstico no município, quando necessário, para a realização de:
<ul style="list-style-type: none"> a) Exames laboratoriais; b) Eletrocardiograma; c) USG de abdome total; d) Ecocardiograma; e) Outros
10. Unidade com acessibilidade
11. Equipe dotada de programa de educação permanente em saúde com, pelo menos, uma ação educativa mensal e registro das ações.
PROCESSO
1. Realizar ampla divulgação na comunidade quanto à importância da identificação precoce, cadastro e monitoramento das pessoas com HA.

2. Identificar e cadastrar 100% das pessoas com HA da área de abrangência adstrita.
3. Estratificar o risco de 100% das pessoas com HA da área de abrangência adstrita.
4. Elaborar um plano individual de cuidados interagindo atividades presenciais e remotas para 100% das pessoas com HA da área adstrita.
5. Atividades educativas remotas com 100% das pessoas com HA da área adstrita.
6. Orientar como serão disponibilizados os medicamentos anti-hipertensivos durante o período de distanciamento social.
7. Desenvolver, via remota, ações de educação permanente pela equipe multiprofissional aos usuários, referentes à alimentação, atividade física, acolhimento psicológico e cuidados com saúde bucal.
8. Disponibilizar meios de comunicação ampliados de modo a divulgar orientações à população hipertensa e seus familiares.
9. Orientar e monitorar usuário e familiares quanto a aferição de pressão arterial com esfigmomanômetro e estetoscópio no próprio domicílio.
10. Providenciar um meio de calibrar equipamento do usuário para aferição da pressão arterial na residência.
11. Estabelecer, em equipe, um processo de matriciamento dos casos graves, com as ações de intervenção.
12. Manter um canal de acesso permanente junto ao paciente e familiares, esclarecendo dúvidas quanto ao seu auto cuidado.
RESULTADOS
1. Realização de busca ativa das pessoas com HA da área de abrangência adstrita.
2. Equipe odontológica e equipe multiprofissional capacitadas em relação a utilização do protocolo.
3. Realização de visita domiciliar ou teleatendimento de 100% das pessoas com HA estratificadas da área adstrita de médio e alto risco.
4. Promoção do acompanhamento de 100% das pessoas com HA da área de abrangência da área adstrita.
5. Busca em prontuários se dispensação de medicamentos anti-hipertensivos aconteceu conforme necessário, bem como o seu aprazamento.
6. Análise da interação profissional/usuário alcançado durante o período de distanciamento social.
7. Diminuição do número de casos de internação por complicações da HA.
8. Atenção e, se necessário, alteração do plano terapêutico aplicado a cada usuário hipertenso, conforme a sua condição de saúde.
9. Todos os profissionais de saúde prescrevem dieta alimentar, exercício físico e medicação específica para o grau de hipertensão do paciente e há o retorno à equipe de informações quanto ao seu atendimento.
10. Registro em prontuário do fármaco em uso, intercorrências e orientações prescritas pela equipe multiprofissional da APS.
11. O vínculo está fortalecido no processo de referência e contrarreferência deste usuário na rede de atenção à condição crônica.
12. Reunião remota entre equipe da APS está pactuada de forma regular e registrada em ata ou lista de presença.

Fonte: A autora.

Cada subitem é desmembrado ou explicado por uma definição conceitual que se propõe a definir o conceito com significado conotativo (compreensivo, teórico), estabelecido por meio da revisão da literatura e experiência profissional; e, por uma

definição operacional, que se propõe a definir como o conceito pode ser identificado e avaliado, refletindo a expressão do fenômeno na realidade em que ocorre (Apêndice 1).

Concomitante a esse detalhamento pormenorizado por item e subitem, alguns elementos constitutivos gerais merecem destaque no processo de trabalho abarcado por esse instrumento, e que dizem respeito ao planejamento e organização da APS no monitoramento e atendimento aos indivíduos com HA, destacando-se o MACC e o trabalho em equipe multiprofissional.

As condições crônicas se apresentam de forma mais ou menos persistente e exigem respostas sociais proativas, contínuas e integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Essas condições convocam necessariamente um modelo de atenção muito singular, assentado num tripé: estabilização, estratificação de riscos e autocuidado apoiado (MENDES, 2020).

A programação por estratos de riscos tem um papel fundamental no aumento da eficiência das RAS e na racionalização da agenda dos profissionais de saúde. A programação local deve ser feita para um período de um ano, pela própria equipe que a irá executar. As ações programadas para outros pontos de atenção e sistemas de apoio deverão ser discutidas e pactuadas com esses serviços (Mendes et al., 2019).

Quanto à organização da atenção secundária, no Paraná, o MACC contemplava o plano Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná (COMSUS), implantado em 2012, o qual nasceu com o objetivo de qualificar a atenção ambulatorial secundária do estado para atender as necessidades de saúde da população. Em 2020, em substituição ao COMSUS, a Resolução nº 1418/2020 institui as diretrizes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (QualiCIS), destinado aos Consórcios que gerenciam o Ambulatório Médico de Especialidades (AME), no estado (Paraná, 2020b). Conforme dispõe o Artigo 2º, o objetivo geral do Programa QualiCIS é a implementação do AME, em todas as regiões de saúde do estado, consolidando-se como um Ponto de Atenção Secundário Ambulatorial da RAS nas Linhas de Cuidado e especialidades prioritárias para o estado do Paraná.

Segundo a mesma Resolução, a integração da APS com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), por meio do compartilhamento do cuidado e da atuação integrada das duas equipes, tornam os dois níveis de atenção, progressivamente, um único microsistema clínico, garantindo uma atenção contínua e integrada. As Linhas de Cuidado e especialidades prioritárias para a SESA no Programa QualiCIS são: Gestante, Criança,

HA, DM, Pessoa Idosa e Saúde Mental e as especialidades, consultas e exames especializados, definidas em cada Região de Saúde (Paraná, 2020b).

Quanto às tecnologias em saúde, salienta-se novamente que entre as tecnologias leves estão o acolhimento, vínculo e busca de autonomia dos sujeitos, por meio de um diálogo aberto e uma escuta qualificada, o que pode ser percebido na realização de dinâmicas de grupo, atividades lúdicas e uso de linguagem adequada. Tecnologias leves compreendem conhecimentos técnico-científicos específicos e que servem de subsídio para o manejo grupal, além de auxiliar na confecção de recursos pedagógicos como álbuns seriados, vídeos educativos, panfletos e cartazes. As tecnologias duras são representadas por equipamentos, como glicosímetro, aparelho de pressão, balança ou formulários para registro de atividades utilizadas no processo de cuidado individual ou de práticas de grupo além de normas, rotinas, uso de protocolos e outros instrumentos, bem como determinadas condições estruturais para os atendimentos (FERNANDES, SILVA E SOARES, 2011).

Em manual específico que trata sobre como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS o contexto da pandemia, destacam-se aspectos importantes para a organização do atendimento à distância (Brasil, 2020e, p.16):

O uso de tecnologias oferece maior segurança para as pessoas e para os profissionais de saúde que atuam na linha de frente e apresentam fator de risco, já que existe a recomendação de readequação das atividades a fim de evitar a infecção desse grupo populacional. Além disso, possibilita a continuidade do cuidado de pessoas com condições crônicas e a identificação precoce de sinais e sintomas clínicos de agudização, além de evitar interrupções no tratamento. As consultas a distância podem ser feitas por telefone, aplicativos de mensagens e plataformas virtuais de webconsultas, levando em consideração a estrutura ofertada pela gestão local e os canais com que as pessoas têm maior afinidade. Além das consultas individuais, alguns relatos apontam também uso de atividades coletivas a distância. Vale lembrar que os telesserviços compreendem: a teleorientação, orientação e o encaminhamento de pessoas em distanciamento social ou isolamento; o telemonitoramento: supervisão e orientação a distância; a teleinterconsulta, que permite a troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, e o teleatendimento, efetuado diretamente entre profissional de saúde e pessoa. Os conselhos federais de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, medicina, nutrição e psicologia autorizam o exercício profissional na modalidade de telesserviços durante o enfrentamento da pandemia de coronavírus. Nesse contexto, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), em parceria com o Hospital Albert Einstein, disponibiliza o

Consultório Virtual de Saúde da Família, ferramenta on-line para que os profissionais de saúde da Atenção Primária realizem consulta a distância, tendo a garantia da assinatura digital com certificação ICP-Brasil para receitas e atestados, como dispõe a Portaria de telemedicina durante a Covid-19.

Observa-se que a teleconsulta passa a ser um meio importante de contato entre os profissionais e as pessoas com HÁ e que a utilização de protocolos, como instrumentos norteadores para diagnóstico ou consulta, permite um melhor direcionamento nas condutas adotadas pelos profissionais (DANTAS et. al, 2018). Para esse autor, a utilização de protocolos na assistência à pessoa com HA, tanto o indivíduo quanto o profissional de saúde, percebem com maior clareza os avanços no tratamento, pois estes permitem a detecção mais fácil de fatores que interferem no sucesso do tratamento, favorecendo o cumprimento à terapêutica prescrita.

Ainda, para Alves e Calixto, 2012 (apud Dantas et. Al, 2018), os protocolos estão sendo construídos e necessitam ser implantados para ganhar a adesão dos profissionais, pois uma consulta de qualidade promove a vinculação da pessoa atendida ao profissional, ao serviço e ao tratamento. Os mesmos destacam que as pessoas com HA apresentam dificuldades em aderir ao tratamento, e que esse desafio só será vencido se a pessoa tiver confiança nas informações e criar vínculo com a equipe de saúde. Por isso, o conceito de equipe torna-se fundamental nesse processo de cuidado. Para (MANTOVANI e colaboradores, 2015), acredita-se que os protocolos sejam ferramentas auxiliares no processo de educação em saúde, no gerenciamento de caso e no autogerenciamento das doenças crônicas, com possibilidade de diminuir o aparecimento de complicações e o número de hospitalizações ocasionadas por essas doenças. Para os autores, com o cuidado centrado na pessoa, atendendo às suas expectativas e necessidades mediante o estabelecimento de metas, pode-se postergar o aparecimento de complicações, as reinternações e diminuir o custo dos tratamentos melhorando a qualidade de vida do doente.

Assim, em um novo contexto de teleconsulta, inevitavelmente, ressalta-se a importância e maior necessidade das ações de autocuidado. Sobre o autocuidado, deve-se ter em mente que as pessoas com condições crônicas e seus familiares já convivem com seus problemas diariamente por longo tempo ou por toda a vida. No intervalo entre um atendimento e outro, que configura a maior parte do tempo, na realidade, essas pessoas tomam suas decisões sozinhas, por isso, é fundamental que estejam bem-informadas sobre

suas condições, motivadas a lidar com elas e adequadamente capacitadas para cumprirem com o seu plano terapêutico (Brasil, 2020e).

Os portadores de condições crônicas de menor risco têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na ESF. Os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da APS e da atenção especializada (MENDES, 2012).

O autocuidado apoiado é diferente de dizer às pessoas o que fazer. As pessoas com HA desempenham um papel central em determinar sua atenção à saúde, desenvolvendo um sentido de responsabilidade por sua própria saúde. Na prática esse enfoque implica uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e as pessoas para, conjuntamente, definir o problema, estabelecer as metas, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo de manejo da condição crônica (MENDES, 2012).

Para isso, a participação das pessoas com HA e DM em atividades de educação em saúde, tanto individuais como coletivas, é um fator motivador para o autocuidado, para instituição de mudanças no estilo de vida e para adesão ao tratamento (PARANÁ, 2018). A Linha Guia da SESA descreve que o plano de cuidado é ferramenta imprescindível para o manejo das condições crônicas por permitir o cuidado interdisciplinar e agregar o cuidado profissional ao autocuidado apoiado. O objetivo é mudar da assistência prescritiva para o cuidado participativo.

Autocuidado apoiado, intervenção educacional e de apoio realizada pela equipe são estratégias para motivar e incentivar a pessoa com HA a se autocuidar. São indicadas àqueles que apresentam necessidade e interesse em mudar hábitos de vida. Suas etapas fundamentais são os cinco A's: 1. Avaliação do conhecimento, 2. Aplicação da entrevista motivacional para avaliar a prontidão para a mudança, 3. Aconselhamento e orientação, 4. Elaboração do acordo do plano de ação com metas conforme estágio de motivação, 5. Assistência e acompanhamento periódico do processo de mudança. O plano de autocuidado apoiado deve ser elaborado assim que as fases de avaliação e aconselhamento forem concluídas. Deve ser pactuado com a pessoa e assinado pela mesma e pela equipe de saúde.

Manutenção do peso adequado, orientações nutricionais para uma alimentação saudável e atividade física com acompanhamento médico são o eixo central do tratamento na HA (PARANÁ, 2018). E, com a pandemia, assume um papel preponderante o protagonismo dos próprios indivíduos, ainda, com o automonitoramento, quando o

profissional de saúde deve prover a estes as orientações para que possam desempenhar as atividades de automonitoramento de maneira adequada. Além disso, as aferições de PA devem fazer parte do exame físico de rotina e serem registradas no prontuário clínico.

Ao lado do uso de recursos à distância, os atendimentos domiciliares são outra importante ferramenta nesse momento, especialmente, para as pessoas para as quais o distanciamento social é mais recomendado. Pessoas estratificadas como de alto risco devem ser avaliadas preferencialmente à distância e, havendo a necessidade de atendimento presencial, a visita domiciliar deve ser priorizada (Brasil, 2020c).

Quanto aos profissionais de saúde da APS, no uso de suas atribuições, são fundamentais nas ações individuais e coletivas voltadas para o controle da HA e DM, bem como na identificação dos grupos de risco, diagnóstico precoce, conduta terapêutica e educação em saúde (PARANÁ, 2018). A equipe multiprofissional e os profissionais de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela coordenação e condução de um caso individual, familiar ou comunitário, com o objetivo de ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo "responsabilidade pela coordenação e condução" refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica. Ainda que vários profissionais intervenham sobre um caso, é importante a definição clara de quem entre eles será o profissional de referência, o coordenador do caso (Cunha e Campos, 2011). E, mesmo que os membros de uma equipe multiprofissional tenham cada qual a sua especificidade de ação em função de sua formação básica, todos devem conhecer a ação individual de cada um dos outros membros (Kohlmann Jr. et al, 1999).

Nesse sentido, a Linha Guia de Hipertensão Arterial do estado do Paraná (Paraná, 2018) define atribuições para cada profissional, incluindo: Agente Comunitário de Saúde (ACS), auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, cirurgião dentista e, enquanto equipe ampliada, o fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, farmacêutico e psicólogo. O Quadro 2 apresenta tais atribuições.

Quadro 2: Atribuições dos profissionais na atenção primária à saúde conforme a linha guia de hipertensão arterial do estado do Paraná

Agente Comunitário de Saúde	Conhecer a população do seu território e encaminhar os usuários com fatores de risco para a UBS. Esclarecer a comunidade sobre promoção da saúde e prevenção da HA.
-----------------------------	--

(ACS)	<p>Realizar visita domiciliar.</p> <p>Realizar busca ativa dos usuários ausentes.</p> <p>Realizar e atualizar o cadastro dos usuários com HA.</p> <p>Estimular e reforçar as orientações do Plano de Cuidado dos usuários com HAS (mudanças do estilo de vida e uso regular dos medicamentos).</p> <p>Registrar todas as visitas, intercorrências, internamentos e outras informações.</p>
Auxiliar – Técnico de enfermag em	<p>Atender os usuários e dispensar medicamentos.</p> <p>Avaliar a situação vacinal.</p> <p>Estimular o autocuidado.</p> <p>Monitorar intercorrências.</p> <p>Verificar os dados vitais, peso, altura, circunferência abdominal.</p> <p>Monitorar o Plano de Cuidado em relação a mudanças no estilo de vida, tratamento farmacológico e demais pontos abordados.</p> <p>Encaminhar para as atividades de educação em saúde e práticas corporais.</p> <p>Registrar as informações no prontuário.</p>
Enfermei ro	<p>Realizar consulta de enfermagem.</p> <p>Elaborar, em conjunto com a equipe multiprofissional da Atenção Primária e com o usuário, o Plano de Cuidado dos pacientes de baixo e médio risco.</p> <p>Receber, monitorar e pactuar as metas do Plano de Cuidado dos usuários de alto risco acompanhados também pelo Centro de Especialidades do Paraná.</p> <p>Avaliar as informações obtidas no atendimento do auxiliar de enfermagem.</p> <p>Solicitar exames da avaliação inicial contidos nesta linha-guia.</p> <p>Registrar as informações no prontuário.</p> <p>Organizar juntamente com a equipe da UBS e do NASF as atividades desenvolvidas na UBS tais como atenção contínua, atenção compartilhada em grupo, grupo operativo e grupos de práticas corporais.</p> <p>Participar das atividades de educação permanente em conjunto com a equipe da Atenção Ambulatorial Especializada.</p>
Médico	<p>Realizar o diagnóstico de HA, avaliação clínica e seguimento.</p> <p>Estratificar o risco conforme esta Linha Guia e decidir a terapêutica.</p> <p>Identificar comorbidades e estimular mudanças no estilo de vida.</p> <p>Receber e monitorar o plano de cuidado do usuário de alto risco acompanhado também pelo Centro de Especialidades do Paraná.</p> <p>Elaborar o Plano de Cuidado em conjunto com a equipe multiprofissional da Atenção Primária e com o usuário.</p> <p>Solicitar exames complementares presentes nesta linha-guia.</p> <p>Acompanhar evolução do quadro, alcance de metas e readequar se necessário.</p> <p>Avaliar e encaminhar as emergências.</p> <p>Registrar as informações no prontuário.</p> <p>Organizar juntamente com a equipe da UBS e do NASF as atividades desenvolvidas na UBS</p>

	<p>tais como atenção contínua, atenção compartilhada em grupo, grupo operativo e grupos de práticas corporais.</p> <p>Participar das atividades de educação permanente em conjunto com a equipe da Atenção Ambulatorial Especializada.</p>
<p>Cirurgião - dentista</p>	<p>Avaliar e estratificar o risco em saúde bucal dos usuários com HAS.</p> <p>Orientar sobre a relação entre saúde bucal e HAS.</p> <p>Registrar as informações do atendimento no mesmo prontuário utilizado pela equipe da UBS.</p> <p>Promover atividades nas Academias da Saúde e apoiar os grupos de educação em saúde.</p> <p>Participar das atividades de educação permanente em conjunto com a equipe da Atenção Ambulatorial Especializada.</p>
Atenção Primária Equipe Multiprofissional e ou NASF-AB	
<p>Fisioterapeuta</p>	<p>Realizar o trabalho na perspectiva da atenção contínua, atenção compartilhada em grupo, grupo operativo e grupo de práticas corporais.</p> <p>Elaborar, em conjunto com a equipe multiprofissional da Atenção Primária e com o usuário, o Plano de Cuidado dos pacientes de baixo e médio risco.</p> <p>Receber e monitorar o plano de cuidado do usuário com alto risco acompanhado também pelo Centro de Especialidades do Paraná.</p> <p>Promover atividades nas Academias da Saúde e apoiar os grupos de práticas corporais.</p> <p>Participar das atividades de educação permanente em conjunto com a equipe da Atenção Ambulatorial Especializada.</p>
<p>Educador Físico</p>	<p>Realizar o trabalho na perspectiva da atenção contínua, atenção compartilhada em grupo, grupo operativo e grupo de práticas corporais.</p> <p>Elaborar, em conjunto com a equipe multiprofissional da Atenção Primária e com o usuário, o Plano de Cuidado dos pacientes de baixo e médio risco.</p> <p>Receber e monitorar o plano de cuidado do usuário de alto risco acompanhado também pelo Centro de Especialidades do Paraná.</p> <p>Promover atividades nas Academias da Saúde e apoiar os grupos de práticas corporais.</p> <p>Orientar sobre alongamento e reforço muscular.</p> <p>Orientar sobre exercícios aeróbicos, de alongamento e resistência.</p>
<p>Nutricionista</p>	<p>Orientar sobre alimentação saudável e escolhas alimentares indicadas aos usuários com HAS.</p> <p>Realizar o trabalho na perspectiva da atenção contínua, atenção compartilhada em grupo, grupo operativo e grupo de práticas corporais.</p> <p>Elaborar, em conjunto com a equipe multiprofissional da Atenção Primária e com o usuário, o Plano de Cuidado dos pacientes de baixo e médio risco.</p> <p>Receber e monitorar o plano de cuidado do usuário de alto risco acompanhado também pelo Centro de Especialidades do Paraná.</p> <p>Promover atividades nas Academias da Saúde e apoiar os grupos de educação em saúde / educação nutricional.</p> <p>Participar das atividades de educação permanente em conjunto com a equipe da Atenção Ambulatorial Especializada.</p>

Farmacêutico	<p>Realizar o trabalho na perspectiva da atenção contínua, atenção compartilhada em grupo, grupo operativo e grupo de práticas corporais.</p> <p>Elaborar, em conjunto com a equipe multiprofissional da Atenção Primária e com o usuário, o Plano de Cuidado dos pacientes de baixo e médio risco.</p> <p>Receber e monitorar o plano de cuidado do usuário de alto risco acompanhado também pelo Centro de Especialidades do Paraná.</p> <p>Promover atividades nas Academias da Saúde e apoiar os grupos de educação em saúde.</p> <p>Orientar sobre tratamento farmacológico.</p> <p>Participar das atividades de educação permanente em conjunto com a equipe da Atenção Ambulatorial Especializada.</p>
Psicólogo	<p>Realizar o trabalho na perspectiva da atenção contínua, atenção compartilhada em grupo, grupo operativo e grupo de práticas corporais.</p> <p>Desenvolver as habilidades do usuário para o autocuidado.</p> <p>Motivar para adesão ao tratamento e às mudanças no estilo de vida.</p> <p>Elaborar, em conjunto com a equipe multiprofissional da Atenção Primária e com o usuário, o Plano de Cuidado dos pacientes de baixo e médio risco.</p> <p>Receber e monitorar o plano de cuidado do usuário de alto risco acompanhado também pelo Centro de Especialidades do Paraná.</p> <p>Promover atividades nas Academias da Saúde e apoiar os grupos de educação em saúde / educação nutricional.</p> <p>Participar das atividades de educação permanente em conjunto com a equipe da Atenção Ambulatorial Especializada.</p>

Fonte: SESA, 2018

Observa-se, por tais atribuições, que a atenção à saúde na ESF é fortemente centrada na atenção profissional e, dentro dela, no cuidado do médico e do enfermeiro (Mendes, 2012). Contudo, as equipes de ESF, por meio das suas ações e formas de organizar o processo de trabalho, devem realizar o acompanhamento das pessoas com HA com consultas mensais, também, por profissional médico ou enfermeiro. Nessas consultas devem acontecer a aferição do peso e PA, orientações e prescrição do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, promovendo o monitoramento e avaliação da evolução do tratamento instituído de uma forma integral e contínua (DANTAS; RONCALLI, 2019). E, considerando que a meta seja alcançar o máximo de autocuidado apoiado, é nesse momento que o trabalho em equipe deve ser valorizado e aprimorado, pois é na atuação individualizada dos profissionais planejada e conjunta, que as pessoas com HA serão capazes de aprender e desenvolver mecanismos e hábitos de vida apropriados para o controle da doença.

Quando confrontadas ao instrumento diretivo proposto, evidenciam-se as singularidades e interfaces das ações supra citadas frente aos elementos da estrutura, processo e resultados. Em linhas gerais, envolvem: cadastramento da população atendida, identificação das pessoas com HA e estratificação de risco; elaboração e monitoramento do plano de cuidados pela equipe, em articulação entre os diferentes níveis de atenção; cuidados gerais dispensação e uso de medicamentos; cuidados na atenção à saúde bucal, alimentar e de atividades físicas; orientações e educação em saúde nos aspectos relativos à doença e seu manejo, aliada ao desenvolvimento de habilidades para o autocuidado. E, obviamente, aprimorando e incorporando o uso de tecnologias de comunicação e ações remotas de cuidado, aumentando significativamente o protagonismo das pessoas com HA e seus familiares ou cuidadores.

Alcançar um desempenho profissional de excelência implica, igualmente, em conhecer referenciais teóricos da avaliação em saúde, ser capaz de desenvolver uma cultura de avaliação e monitoramento no cotidiano do trabalho, além de refletir sobre a interrelação do trabalho em saúde com as condições e hábitos de vida das pessoas, com ênfase na participação destas na avaliação do trabalho em saúde (MAI, 2014). Assim, a efetiva operacionalização desse instrumento diretivo depende de vários elementos do SUS, principalmente, a organização dos serviços a partir dos conceitos de território e o trabalho colaborativo no sistema de saúde.

A seguir, destaca-se a importância dessas ações territoriais e colaborativas, de modo a viabilizar o autocuidado apoiado na continuidade do tratamento e manejo da HA, pautado na integração entre os gestores, os trabalhadores e as pessoas atendidas nos serviços de saúde.

3.2 O sistema de saúde organizado a partir de territórios sanitários

A palavra território vem do latim *territorium*, que significa terra que pertence a alguém. Qualquer espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder se caracteriza como território.

Consta na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em seu Artigo 2º, que a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, conduzida com equipe multiprofissional e dirigida

à população em território definido, sobre a qual as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017). A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A territorialização e a adstrição permitem o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e que estão, portanto, adstritos a ele. Ressalta-se a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017).

Santos (2006) enfatiza que o mundo se globaliza e há quem fale num espaço global. Se essa última asserção suscita dúvidas, não há como deixar de reconhecer a emergência dos espaços da globalização. E, graças aos progressos conjuntos da ciência, da técnica e da informação, a noção de totalidade permite um tratamento objetivo. Para o autor, o território consiste em lugar com limites definidos onde as pessoas vivem trabalham, circulam e se divertem. Dele fazem parte ambientes construídos e ambientes naturais, sendo, sobretudo, um espaço de relações de poder, de informações e de trocas. Assim, a PNAB reconhece outras estratégias de organização nos territórios, que devem estar articulados aos princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, constituindo um processo progressivo e singular na área da saúde que considera e inclui as especificidades locais (Brasil, 2017).

Outro ponto a destacar é a importância dos movimentos sociais destinados ao fortalecimento do território, bem como articular as necessidades em comum. De acordo com (PRIORI E TONELLA 2014), a dialética existe entre sujeito e estrutura, o que permite a manifestação da ação humana distintiva da política. Com isso, também se evidencia o reconhecer-se como cidadão e pensar o que é melhor para o território. Para Lüchmann (2008), o território é um espaço em que são concebidos fóruns públicos de captação de demandas e pactuação de interesses específicos dos diversos grupos sociais e como uma forma de ampliar a participação dos segmentos com menos acesso ao aparelho de Estado. Esses fóruns estão voltados para a garantia de universalização dos direitos sociais e, entre eles, destacam-se os Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. Trata-se, em suma, do exercício da cidadania. Segundo (ARRETCHE, 2015), a partir do século XX havia sido concebida como o direito dos cidadãos a um mínimo de bem estar, econômico e segurança, que lhes permitisse viver

como seres civilizados conforme os padrões correntes na sociedade, de modo a expandirem suas liberdades reais.

Outrossim, no território, é importante produzir um olhar interessado não somente para buscar e reconhecer os problemas, mas também as potencialidades, os recursos, as redes sociais, a produção das relações. Há um investimento a ser feito no reconhecimento dos modos de viver, dos contextos, arranjos, saberes, crenças e valores com que os diferentes grupos populacionais e indivíduos produzem suas conexões e sua vida e, por extensão sua saúde, dispositivo para gerar ações de gestão do cuidado (FEUERWERKER, 2007).

E, de acordo com Mendes (2019b), é com base no território, que se constituem os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, as chamadas RAS. A idéia das RAS é recente, originada das experiências de sistemas integrados de saúde da primeira metade dos anos de 1990, nos Estados Unidos (MENDES, 2011). Para o autor, a organização das RAS, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção.

As RAS não representam apenas um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, de modo deliberado, em sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. Uma vez que as RAS se organizam sob a lógica de regiões sanitárias, dentro das quais o conceito de território torna-se crucial, a APS assume uma função essencial e ordenadora de todo esse sistema articulado, ampliando a capacidade de resolver problemas e atender as necessidades de saúde da população. Esse sistema envolve serviços de urgência, de atendimento hospitalar, de centros especializados, de ambulatórios, de desenvolvimento social entre outros, com os quais a APS deve manter uma ligação dinâmica e de apoio, de referência e contrarreferência (MENDES, 2011). Isto é, segundo orienta a PNAB, a Atenção Básica deverá ser o contato preferencial das pessoas atendidas e o centro de comunicação da RAS (Brasil, 2012b).

A área da saúde é dinâmica e as alterações dos programas acontecem de acordo com pactuações realizadas entre os entes municipais e estaduais, nem sempre seguindo a política de saúde estabelecida a nível federal, pois existe diferença entre em estado e outro.

Um exemplo recente foi a política voltada à rede materno infantil, não limitando-se apenas a uma diferença de nomenclatura, ocorrendo mudanças significativas entre a Rede Cegonha (Federal) e Rede Mãe Paranaense (Estadual). De modo geral, seguindo o que é estabelecido no associativismo territorial, trata-se de uma aliança com finalidade de atender um interesse comum. Para Abrúcio e Sanio (2013), é uma aliança com maior ou menor grau de formalidade, entre níveis de governo, tanto no plano horizontal como no vertical.

A APS tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do SUS (Brasil, 2012b). Segundo Starfield (2002), destacam-se, entre outras, quatro características da Atenção Básica em Saúde: a acessibilidade (daí a possibilidade de se constituir em importante porta de entrada do sistema); a continuidade ou longitudinalidade (característica que modula fortemente as possibilidades da prática clínica); a integralidade (responsabilidade por todos os problemas de saúde da população adstrita) e a coordenação (capacidade de responsabilizar-se pelo sujeito, mesmo quando compartilha o cuidado com outros serviços especializados do sistema). A concepção de Atenção Básica pauta-se na integralidade das ações de promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação à saúde, assumindo um importante papel na organização do sistema de saúde vigente (STARFIEL apud CAMPOS, 2008).

3.3 O trabalho colaborativo na Atenção Primária à Saúde

Apesar dos recentes avanços nas pesquisas sobre o tema da colaboração, ainda é necessário um melhor entendimento dos processos colaborativos e de ferramentas conceituais para ajudar os profissionais de saúde a desenvolverem a colaboração entre si (D.Amour et.al., 2008). As práticas colaborativas ocorrem quando profissionais de saúde de diferentes áreas atuam com usuários, famílias, cuidadores e comunidades, a fim de prestar um cuidado de alta qualidade, baseados na integralidade e em todos os níveis da rede (OMS, 2010).

Após um estudo sobre a colaboração interprofissional em um serviço de atenção primária à saúde, D.Amour et.al. (2008) desenvolveram um modelo que pode ser usado para analisar a colaboração em sistemas complexos e que apresentam formas heterogêneas de interação entre os diversos sujeitos. Esse modelo sugere que a colaboração pode ser analisada em quatro dimensões, que estão inter-relacionadas, e que se referem a:

1) Objetivos e visão compartilhados, que consistem na existência de objetivos comuns que se relacionam para a promoção de um cuidado centrado no paciente e sua apropriação pela equipe, o reconhecimento de motivos divergentes e parcerias, e a diversidade de definições e expectativas em relação à colaboração; e 2) Internalização, que está relacionada à conscientização dos profissionais sobre suas interdependências e à importância de gerenciá-las, e que se traduz em um sentimento de pertencimento, conhecimento dos valores e disciplina de cada um e confiança mútua. As outras duas dimensões envolvem o cenário organizacional, que influencia a ação coletiva, assim expressa: 3) Formalização, ou estruturação do atendimento, que se refere à existência e utilização de procedimentos documentados, o que contribui para esclarecer expectativas e responsabilidades. Refere-se ainda à existência e ao uso apropriado de uma infraestrutura que permita coleta e troca de informações entre os profissionais, reduzindo incertezas e favorecendo a ocorrência de retroalimentação dos envolvidos nos processos de trabalho coletivos; e 4) Governança, ou seja, as funções de liderança que dão suporte à colaboração. Ela orienta e apoia os profissionais na realização de inovações relacionadas às práticas colaborativas interprofissionais. Engloba o papel exercido por autoridades centrais e de um direcionamento claro, oferecido para o desenvolvimento de ações colaborativas, e as oportunidades de diálogo e participação que favoreçam a resolução de problemas e possibilitem ajustes na prática profissional (MAZZA, 2020, p. 25-26)

As duas primeiras dimensões envolvem relacionamentos entre indivíduos e, as demais, apontam para as condições estruturais e de governança dos processos de trabalho, todas apontando para a centralidade nas pessoas sob uma abordagem familiar. Dentre muitos, destacam-se aqui dois aspectos ligados a essas dimensões.

Primeiro, que para o desenvolvimento de um trabalho pautado na colaboração, é importante considerar que cada profissional apresenta singularidades, em função de sua história, de seus valores, de sua formação técnica, de suas experiências e do contexto em que está inserido. Assim, torna-se necessário a compreensão das práticas colaborativas de uma forma mais ampliada, considerando a perspectiva do trabalhador (MAZZA, 2020). Para Mendes, numa verdadeira equipe há uma clara compreensão de todos que, ainda que as funções sejam diferenciadas, não haverá agregação de valor para as pessoas atendidas pela ESF se todos não participarem de forma integrada e cooperativa. Isto é, a atenção multiprofissional não significa unicamente um grupo de diferentes pessoas com diferentes

profissões atuando juntas, na ESF, por um tempo determinado. Há que se criar um espírito de equipe, o que implica que os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada qual (MENDES, 2012).

Um segundo aspecto, mais abrangente das práticas colaborativas, e considerando a organização do trabalho em saúde para acolher e atender as pessoas com HA, diz respeito à organização da atenção secundária. Considerando a AAE no Programa QualiCIS, reveste-se de importância a necessidade de que a equipe multiprofissional nos diferentes níveis de atenção trabalhe pautada no conceito de Apoio Matricial que, segundo Cunha e Campos (2011), é uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas duros e hierarquizados, pautados exclusivamente em mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos ou centros de regulação. O Apoio Matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CUNHA E CAMPOS, 2011).

A APS, espaço do trabalho da ESF, é onde as condições e doenças crônicas que mais acometem a população devem ser atendidas, de modo a tratar sintomas e prevenir complicações, com ações resolutivas dos serviços. Isso inclui a HA que, conforme já apontado anteriormente, apresenta indicadores preocupantes de morbidade e mortalidade na população brasileira. Mesmo que com limitações, as condições estruturais estão concebidas e regulamentadas à disposição dos níveis locais de atenção, pautadas por saberes já consolidados. É crucial que as equipes multiprofissionais se apropriem dos seus territórios sanitários, conheçam a sua população adstrita, identifiquem os grupos de risco, acionem os recursos e tecnologias disponíveis e exerçam as suas práticas profissionais de forma colaborativa, resultando em maior autonomia e autogoverno das pessoas com HA.

Considerando que a APS é fundamental e é constantemente requerida no tratamento e manejo da HA e é capaz de impactar positivamente sobre o controle e diminuição da doença, o instrumento diretivo ora proposto corrobora para a importância das ações territoriais e colaborativas incorporando novas tecnologias de informação e abordagens na relação entre gestores, trabalhadores e pessoas atendidas. Concomitante aos enormes problemas, perdas e desafios que a pandemia da COVID-19 nos fez apresentar, soma-se o trabalho constante de mudar, incorporar e aprimorar novas e velhas condutas, em prol da qualidade e segurança do trabalho em saúde.

A seguir, apresentam-se os passos metodológicos para o desenvolvimento da pesquisa.

4 METODOLOGIA

O presente capítulo enfatiza o tipo e delineamento da pesquisa e a caracterização do território investigado, bem como, a explicitação das etapas do protocolo de pesquisa e análise dos resultados.

4.1 Delineamento da pesquisa

Estudo metodológico, pautado no referencial de construção de instrumentos na área da saúde, seguindo-se as etapas de: I-Estabelecimento da estrutura conceitual; II- Definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; III-Construção dos itens e das escalas de resposta; IV-Seleção e organização dos itens; V-Estruturação do instrumento; VI-Validade de Conteúdo (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Para os autores, a construção de instrumentos de medida é fundamental que os objetivos sejam estabelecidos e que estes tenham conexão com os conceitos a serem abordados. Igualmente importante é a caracterização/definição da população-alvo, porque serve para justificar a relevância da criação de um instrumento específico.

Nesse sentido, as etapas I a V, enquanto etapas ligadas à construção do instrumento, já foram explicitadas anteriormente no quadro teórico, mais especificamente no tópico 3.1.1. Seguindo-se o modelo conceitual de Avaliação da Qualidade em Saúde, de Donabedian (1992), que define a consideração das dimensões de estrutura, processo e resultado do trabalho em saúde, o Quadro 1 apresenta os 35 subitens propostos para essas três dimensões. Concomitantemente, o Apêndice 1 estabelece uma definição conceitual e outra operacional para cada subitem, explicando sobre o que trata e como cada subitem pode ser identificado e avaliado na realidade em que ocorre.

Quanto à etapa VI, de validação de conteúdo, o instrumento diretivo foi submetido à apreciação e contribuições de profissionais e gestores da 16ª Regional de Saúde, em duas etapas de coleta, conforme explicado a seguir.

4.2 Caracterização do território e municípios envolvidos

A pesquisa foi desenvolvida na área de abrangência da 16ª Regional de Saúde, que envolve 17 municípios, cujo município sede é Apucarana. A RS abrange o vale do Ivaí e é

uma das 22 RS da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná (SESA), somando-se às quatro outras RS que compõe a Macrorregião Norte. A população estimada, em 2020, era em torno de 387.414 habitantes, conforme o Quadro 3.

Quadro 3: Distribuição da população estimada por município que compõe a 16ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, segundo IBGE, 2020.

Regional de Saúde	Nº de municípios na Região	Município Sede	Consórcio Associação	Municípios	População estimada	População total
16ª	17	Apucarana	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região -CISVIR	1. Apucarana	136.234	387.414
				2. Araongas	124.810	
				3. Bom Sucesso	7.068	
				4. Borrazópolis	6.439	
				5. Califórnia	8.606	
				6. Cambira	7.917	
				7. Faxinal	17.316	
				8. Grandes Rios	5.497	
				9. Jandaia do Sul	21.230	
				10. Kaloré	4.047	
				11. Marilândia do Sul	8.814	
				12. Marumbi	4.677	
				13. Mauá da Serra	10.800	
				14. Novo Itacolomi	2.840	
				15. Rio Bom	3.182	
				16. Sabáudia	6.891	
				17. São Pedro do Ivaí	11.046	

Fonte: BRASIL, 2021b.

Observa-se que a área de abrangência da 16ª Regional de Saúde de Apucarana envolve 17 municípios, sendo dois com mais de 100 mil habitantes, quatro com mais de 10 mil e onze com menos de 10 mil habitantes. Essa RS é composta, majoritariamente, por municípios de pequeno porte (82%), isto é, municípios com população de até 20.000 habitantes.

A pesquisa foi planejada submetendo o instrumento à apreciação e contribuições de profissionais de saúde e gestores da APS que atuam nos municípios da 16ª RS. Em uma primeira rodada, em Mauá da Serra, seguido da totalidade dos demais municípios. Justifica-se a escolha de Mauá da Serra (2020), pela sua localização, porte populacional e disponibilidade em participar nessa etapa inicial da pesquisa. O município está distante aproximadamente 315 km da capital do estado, Curitiba, e de Apucarana, distante 46 km. Segundo o IBGE, a população estimada, em 2020, era de 10.800 pessoas, população que aumentou desde o último censo, em 2010, que contava com 8.555 pessoas, representando uma densidade demográfica de 78,98 hab/km². Quanto aos dados referentes à HA, apesar de o município dispor de cobertura da AB em 100%, ainda necessita aprimorar no último

quadrimestre a cobertura de 12% das pessoas com HA e a cobertura da ESF em 32,54%, conforme os dados do sistema E-gestor Ministério da Saúde, de acordo com a Tabela 10.

A seguir, a ampliação se daria junto a mais 8 municípios, excluindo-se Mauá da Serra. Seguindo-se um processo de sorteio, os critérios de seleção desses municípios foram: um município maior de 100 mil habitantes, não sendo o município sede de RS; dois municípios com população maior de 10 mil habitantes; e, cinco municípios com população menor que 10 mil habitantes. Contudo, o acirramento da pandemia de Covid-19 no período da coleta de dados, gerou uma sobrecarga de trabalho aos gestores e trabalhadores da saúde da APS, tendo sido o retorno das respostas dos entrevistados menor do que o esperado. Assim, optou-se por estender a coleta de dados aos demais municípios da RS, envolvendo os 17 municípios, de modo a estimular a participação no estudo e aumentar a representatividade para a análise proposta.

4.3 Protocolo do estudo e critérios de inclusão e exclusão dos participantes

Uma vez construído teoricamente o instrumento diretivo sobre o manejo da HA na APS incluindo medidas de distanciamento social, a coleta de dados junto aos municípios foi realizada de outubro de 2020 a abril de 2021. Inicialmente, em Mauá da Serra, foi apresentado aos entrevistados o esboço preliminar do instrumento, composto por três parâmetros e 35 subitens, a saber: estrutura (11 subitens), processo (12 subitens) e resultado (12 subitens), no formato do Apêndice 1, envolvendo três partes: I – Convite à participação da pesquisa com o TCLE; II – Dados sociodemográficos para caracterização dos entrevistados; III – Julgamento do conteúdo do instrumento. Foi incluída uma questão subjetiva quanto às sugestões que pudessem ser apontadas pelos entrevistados para cada parâmetro ou subitem, conforme julgado necessário, bem como uma ao final do instrumento. Complementarmente, propôs-se para avaliação um instrumento de consulta e acompanhamento para pessoa com HA na APS (Apêndice 2), sendo este um formulário a ser preenchido individualmente para cada pessoa com HA acompanhada pela ESF.

Os critérios de inclusão dos entrevistados para Mauá da Serra foram: ser Secretário Municipal de Saúde, Coordenador da APS e Coordenador enfermeiro da equipe de ESF, sendo que são três equipes no município, totalizando cinco entrevistados. Com a representatividade de gestores e trabalhadores, pretendeu-se compreender as possibilidades e fragilidades desse processo de cuidado e contribuir para o desenvolvimento de estratégias comuns, garantindo condições estruturais e de trabalho para a construção dos avanços

demandados nessa área. Além dos gestores, priorizou-se a participação do enfermeiro da ESF, por ser frequentemente o profissional responsável pelo planejamento estratégico desenvolvido pela equipe e estar diretamente vinculado às ações de cuidado à pessoa com HA no território.

A apreciação do conteúdo ocorreu mediante avaliação dos itens do instrumento, de modo individual pelos entrevistados, conforme o Apêndice 1, sendo o formulário enviado por e-mail. Concomitante, foram previstas reuniões remotas coletivas com os entrevistados, tantas quantas necessárias, de modo a explicar e sanar as dúvidas sobre o instrumento diretivo. Aconteceram dois momentos de encontro: uma reunião de apresentação geral do instrumento mediante o uso do dispositivo virtual do *@google.meet*, tendo sido gravada após ciência e concordância de todos; e, uma reunião por *@wattsapp* após o retorno dos formulários, não gravada, mas com anotações registradas pela pesquisadora. Dos cinco profissionais/gestores abordados, apenas três responderam ao instrumento de coleta, todas profissionais enfermeiras da ESF/APS, conforme o Quadro 4. Quanto aos encontros, o primeiro ocorreu no mês de outubro de 2020, por reunião pelo *@google Meet*, com todos eles, sem que houve questionamentos sobre o instrumento, seus itens e subitens. A preocupação demonstrada foi em torno do prazo de entrega, justificada frente às demandas que aumentaram pelo cenário de Pandemia por Covid-19.

Quadro 4: Atividades realizadas e respostas na primeira rodada da coleta de dados.

Município Piloto	
Quando elaboração de convocação. Mauá da Serra 05 profissionais escolhidos. Realizado Reunião virtual para alinhamento da linha de pesquisa.	
Profissional	Andamento
Secretária Municipal de Saúde	A princípio respondeu, porém, não sabe se foi encaminhado via malote para Regional. Após período eleitoral, Secretária pediu exoneração do município de Mauá da Serra, não respondendo ao solicitado.
Coordenadora APS	Coordenadora não conseguiu responder pois estava com muitas demandas devido a Pandemia. E também neste período da coleta de dados esteve fora da Secretaria pós-período eleitoral (férias)
Enfermeiras da ESF/APS	As três enfermeiras participaram de todas etapas, desde reunião virtual <i>@meet Google</i> , participação em chamadas virtuais pelo <i>@whatsapp</i> e respostas por e-mail.
Etapa pactuada com prazo de entrega da pesquisa	
Período	Andamento
Primeiro contato realizado em 23/10/2020	Encaminhado via email. Solicitado envio até dia 10/11/2020, primeiro profissional entregou dia 18/11/2020. Devido período pandêmico, houve atraso sendo o último questionário entregue em 28/01/2021.

Fonte: A autora.

Os dados coletados foram sistematizados e organizados em tabelas e os dados das reuniões foram transcritos, compondo um banco de dados criado para essa finalidade. Após revisão e comparação do instrumento apresentado frente às respostas dessa primeira rodada, sem que alterações tenham sido necessárias, a segunda rodada envolveu a ampliação da apreciação do instrumento junto aos demais municípios da RS, conforme descrito anteriormente, excluindo-se Mauá da Serra, município já abordado. Nesse caso, manteve-se a representatividade dos entrevistados, limitando-se a quatro por município que, além dos gestores municipais, envolveu somente dois coordenadores de ESF por município, pois esse número varia de um a 25 nos municípios envolvidos. Nessa etapa, contudo, a coleta limitou-se à apreciação do conteúdo do instrumento e o retorno dos formulários, sem previsão de reuniões, sendo os dados sistematizados em forma de tabelas.

O quadro 5, a seguir, apresenta a síntese dessa rodada de coleta, com a definição dos municípios e algumas das dificuldades encontradas.

Quadro 5: Atividades realizadas e respostas na segunda rodada da coleta de dados.

Demais municípios da 16ª RS	
Critério: Inicialmente, foram abordados 08 municípios que compõem a 16ª RS, sendo estendido para todos os municípios em março de 2021, abrangendo 100% destes	
Profissional	Andamento
Secretários Municipais de Saúde	Profissionais que não conseguiram responder ao instruemnto, sinalizado por alguns devido aumneto de demanda devido pandemia da Covid 19.
Coordenadores da APS	Dos 16 municípios, 04 coordenadores conseguiram responder.
Enfermeiros da ESF/APS	Responderam ao instrumento 14 profissionais da ESF.
Critério: Etapa pactuada com prazo de entrega da pesquisa	
Periodo	Andamento
12/02/2021 Encaminhado e-mail prazo de retorno até 01/03/21; 24/02/2021 realizada ligação para reforçar a participação.	Encaminhado e-mail para municípios: Arapongas, Bom Sucesso, Jandaia do Sul, S.P.I, Grandes Rios, Kaloré, Marilandia do Sul e Rio Bom. Do dia 12/02/21 até 16/03/21 encaminhado e-mails de alerta para preencher o formulário. Profissionais não conseguiram dar um retorno ao instrumento enviado conforme era pretendido, devido ao aumento das demandas pela pandemia da COVID 19.
17/03/2021 Encaminhado e-mail para profissionais de saúde dos demais municípios	Realizado ampliação de participantes para pesquisa aos profissionais e gestores da APS dos demais municípios: Apucarana, Borrazópolis, California, Cambira, Faxinal, Marumbi, Novo Itacolomi e Sabáudia. Solicitado retorno até dia 08/04/2021 momento de finalização da coleta de dados. Novamente devido aumento da demanda da COVID 19.

Fonte: A autora.

Assim, quanto ao número previsto de entrevistados que, inicialmente, seria composto por 37 indivíduos, entre gestores e profissionais das equipes de ESF, com cinco de Mauá da Serra e 32 dos oito municípios eleitos, conforme os critérios de inclusão,

passou a ser de 69 indivíduos, dos quais obteve-se resposta de 21 entrevistados, sendo três de Mauá da Serra e 18 dos demais municípios.

Uma vez orientados sobre os procedimentos, acontecia a participação na pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3), atendendo-se aos princípios éticos em pesquisa, conforme a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Brasil, 2012a). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição de ensino que abriga o Programa de Pós-Graduação ao qual a concluinte está vinculada, após aprovação pelos órgãos envolvidos, no caso a Regional de Saúde de Apucarana, e a Secretaria de Saúde de Mauá da Serra (Anexos 1 e 2). O Parecer Consubstanciado de aprovação do COPEP é o de número 4.319.952, de 05 de outubro de 2020 (Anexo 3).

4.4 Análise dos resultados

Após a aplicação do instrumento, a análise envolveu a avaliação de cada parâmetro e subitem do instrumento diretivo separadamente, onde o valor atribuído para cada uma das variáveis por grau de relevância possibilitou a revisão de sua versão final. Para isso, os dados foram tabulados em uma planilha do programa *Microsoft Excel*® 2016 e analisados por meio da estatística descritiva. Para os graus de relevância, clareza e precisão dos itens foi proposta uma escala do tipo *Likert*, com cinco bases: 1 = Concordo totalmente; 2 = Concordo parcialmente; 3 = Indiferente; 4 = Discordo parcialmente e 5 = Discordo totalmente, conforme consta no Apêndice 1.

A análise do julgamento do instrumento se deu pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) no que se refere à validade de conteúdo de um instrumento. Mediante a escala de Likert aplicada a cada item individualmente, o IVC foi calculado por meio da divisão dos escores diferentes de 1 pelo número total de respostas. Para a primeira etapa de apreciação, cada item foi considerado ‘aprovado’ se obtivesse mais de 80% de concordância total/parcial; ‘remetido para a segunda etapa de apreciação’, quando obtivesse entre 60 e 80% de concordância total/parcial; ou, ‘excluído’, quando a concordância total/parcial fosse menor que 60% (Cunha et.al, 2017). A dinâmica de consenso previu o anonimato dos participantes e os itens mais votados foram interpretados como consenso. Para a segunda rodada, foi considerado válido o alcance igual ou superior

a 70% de concordância entre os entrevistados para cada item (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Quanto a questão aberta ao final de cada item ou ao final do instrumento, para que o participante pudesse tecer comentários ou sugestões de modificação ou exclusão, as respostas foram sistematizadas em forma de tabela e analisadas no conjunto da avaliação quantitativa dos itens, de modo a contribuir para a permanência ou não de cada item, ou sua modificação para a versão final. De igual modo, os dados das reuniões e diálogos estabelecidos com os participantes na primeira etapa de coleta subsidiaram essa construção.

A confiabilidade e a validade são consideradas as principais propriedades de medida de novos instrumentos. Para Souza, Alexandre e Guirardello (2017), a confiabilidade é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente, no tempo e no espaço, enquanto a validade, refere-se à propriedade de um instrumento medir exatamente o que se propõe. Ainda, para os autores, não existe um teste estatístico específico para avaliação da validade de conteúdo, sendo comum utilizar uma abordagem qualitativa, mediante a avaliação de um comitê de especialistas, bem como, quantitativa, com utilização do IVC. Procurou-se, ao longo da presente pesquisa, atender a tais prerrogativas.

5 RESULTADOS

Quanto à caracterização dos 21 participantes, três foram de Mauá da Serra e 18 dos demais municípios da RS. O Quadro 6 apresenta a sua distribuição de acordo com o sexo e faixa etária, escolaridade, área de especialidade e experiência profissional em outros serviços de saúde, diferente do que atualmente exercem que é na APS.

Quadro 6: Caracterização dos participantes de acordo com sexo e faixa etária, escolaridade e área de especialidade, oito municípios da 16ª RS, Paraná, 2021.

Caracterização dos participantes			
SEXO			
Dados Sociodemográficos*	Feminino	Masculino	Total
Faixa etária	n= 20	n=1	n= 21
20-29	2	0	2
30-39	15	1	16
40-49	0	0	0
50-59	2	0	2
60-69	1	0	1
Nível de Instrução			
Graduação	20	1	21
Pós-graduação lato sensu	14	1	15
Pós-graduação stricto sensu (Mestrado)	1	0	1
Área de Especialização **			
Atenção Primária/Saúde da Família /Saúde Coletiva	7	0	7
Ecologia Humana	1	0	1
Enfermagem Cardiologia	1	0	1
Gestão Serviços de Saúde	1	1	2
Saúde do Trabalhador	3	0	3
Saúde Mental	3	0	3
Urgência e Emergência	1		1
Tempo de experiência na área da saúde			
01 a 10 anos	3	1	4
11 a 20 anos	11	0	11
21 a 30 anos	5	0	5
31 a 40 anos	1	0	1
Experiência em outros serviços da área da Saúde			
Área acadêmica (Ensino)	4	0	4
Central de transplante	1	0	1
Hospital	2	0	2
Residência em enfermagem	2	0	2
UPA	3	0	3
* Os dados incluem os participantes de todos os municípios abordados.			
** Há participantes com mais de um curso de pós-graduação.			

Fonte: A autora.

Quanto aos dados de apreciação do conteúdo do instrumento diretivo proposto, a partir da primeira etapa de coleta de dados e conforme a metodologia proposta (Apêndice 1), não houve alteração nos itens do instrumento para a segunda etapa de coleta, pois os resultados mantiveram-se acima de 60% de concordância total/parcial. Essa decisão foi reforçada nos diálogos via chamadas remotas realizadas com os participantes da pesquisa após o recebimento do último instrumento, no caso, com as três enfermeiras da ESF do município de Mauá da Serra. Foi consenso manter os parâmetros e critérios de análise, por sua relevância, não havendo a necessidade de alteração para encaminhamento à etapa seguinte. De modo geral, os participantes consideraram o instrumento relevante ao atendimento das pessoas com HA devido à necessidade do distanciamento social, destacando-se como preocupação central, ao longo dos diálogos, a maior necessidade das visitas domiciliares e que, justamente em função da pandemia da Covid-19, estavam reduzidas. Finalizada essa etapa do estudo, manteve-se a estrutura original do instrumento diretivo, sendo este remetido para a segunda etapa de apreciação e contribuições junto às equipes dos demais municípios, de acordo com o descrito na metodologia.

Um ponto comum, agora nas duas etapas de coleta, foi a preocupação dos participantes quanto ao tempo para a devolutiva das respostas, em função da sobrecarga de trabalho, sinalizando para provável necessidade de alteração e dilação de prazo para o retorno dos instrumentos preenchidos, situação que, de fato, ocorreu ao longo da coleta de dados. Igualmente, nas duas etapas, não houve qualquer manifestação escrita ou verbal quanto ao Apêndice 2, o instrumento de consulta e acompanhamento para pessoas com HA na APS, compreendendo-se que este tenha sido considerado apto para a finalidade proposta.

O Quadro 07 apresenta as respostas e os valores do IVC alcançados em ambas as etapas de coleta. Destacam-se 40 e 78 subitens que receberam marcação diferente de ‘concordo totalmente’, respectivamente, em Mauá da Serra e nos demais municípios investigados. Não houve qualquer marcação nos quesitos “discordo parcialmente” e “discordo totalmente”, por isso não constam no respectivo quadro.

Quadro 7: Distribuição das respostas e respectivos valores do índice de validação do conteúdo (IVC), de acordo com os itens e subitens dos parâmetros de estrutura, processo e resultados, Paraná, 2021.

Parâmetro Estrutura	Município Mauá da Serra Pontuação escala de Likert				Outros municípios participantes Pontuação escala de Likert			
	CT n (%)	CP n (%)	I n (%)	IVC	CT n (%)	CP n (%)	I n (%)	IVC
Ato de implantação e avaliação do referido instrumento diretivo.	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Linha Guia da HA e das fichas de estratificação disponíveis	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	18 (100%)			1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	17 (94,4%)		1 (5,6%)	0,94
Definição Operacional	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Instrumento de consulta e monitoramento das pessoas com HA na APS	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Unidades dotadas de manual de normas e rotinas e/ou POP para atividades relacionadas ao atendimento das pessoas com HA.	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0,66	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Conceitual	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Operacional	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Composição dos profissionais das ESF, de acordo com CNES	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Possui insumos e equipamentos necessários para a aferição da PA com segurança? Esfigmomanometro, estetoscópio, insumos para desinfecção, EPI, oxímetro, glicosímetros, registro documental (Formulário e caneta)...	3 (100%)			1	18 (100%)			1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	18 (100%)			1
Possui ferramentas tecnológicas mínimas necessárias ao atendimento das pessoas com HA? Computador, Telefone fixo, celular, copiadora, scanner, internet, whatsApp.	1 (33,3%)	2 (66,6%)		1	18 (100%)			1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Operacional	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	18 (100%)			1
Ambiente destinado ao acolhimento dos usuários	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Possui apoio diagnóstico no município, quando necessário, para a realização de: exames laboratoriais; eletrocardiograma; ecocardiograma... USG;	2 (66,6%)		1 (33,3%)	0,66	16 (88,9%)	1 (5,6%)	1 (5,6%)	0,94
Definição Conceitual	1 (33,3%)	2 (66,6%)		1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Unidade com acessibilidade	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1

Definição Operacional	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Equipe dotada de programa de educação permanente em saúde com , pelo menos, uma ação educativa mensal e registro das ações.								
	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	14 (77,8%)	4 (22,2%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1

Parâmetro Processo	CT n (%)	CP n (%)	I n (%)	IVC	CT n (%)	CP n (%)	I n (%)	IVC
Realizar ampla divulgação na comunidade quanto à importância da identificação precoce, cadastro e monitoramento das pessoas com HA.	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	14 (77,8%)	4 (22,2%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Identificar e cadastrar 100% das pessoas com HA da área de abrangência adstrita.	3 (100%)			1	18 (100%)			1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	18 (100%)			1
Definição Operacional	3 (100%)			1	18 (100%)			1
Estratificar o risco de 100% das pessoas com HA da área de abrangência adstrita.	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Operacional	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Elaborar um plano individual de cuidados interagindo atividades presenciais e remotas para 100% das pessoas com HA da área adstrita.	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	14 (77,8%)	4 (22,2%)		1
Definição Conceitual	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Atividades educativas remotas com 100% das pessoas com HA da área adstrita.	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0,66	14 (77,8%)	4 (22,2%)		1
Definição Conceitual	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	15 (83,3%)	3 (16,6%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	15 (83,3%)	3 (16,6%)		1
Orientar como serão disponibilizados os medicamentos anti-hipertensivos durante o período de distanciamento social.	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	18 (100%)			1
Desenvolver, via remota, ações de educação permanente pela equipe multiprofissional aos usuários, referente à alimentação, atividade física, acolhimento psicológico e cuidados com a saúde bucal.	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Conceitual	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Operacional	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Disponibilizar meios de comunicação ampliados de modo a divulgar orientações à população hipertensa e seus familiares.	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Operacional	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Orientar e monitorar usuário e familiares quanto a aferição de PA com esfigmomanômetro e estetoscópio no próprio domicílio.	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0,66	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1

Definição Conceitual	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Providenciar um meio de calibrar equipamento do usuário para aferição da PA na residência.								
	2 (66,6%)		1 (33,3%)	0,66	15 (83,3%)	3 (16,6%)		1
Definição Conceitual	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Operacional	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	15 (83,3%)	1 (5,6%)	2 (11,1%)	0,88
Estabelecer, em equipe, um processo de matriciamento dos casos graves, com as ações de intervenção.								
	3 (100%)			1	14 (77,8%)	3 (16,6%)	1 (5,6%)	0,94
Definição Conceitual	3 (100%)			1	15 (83,3%)	2 (11,1%)	1 (5,6%)	0,94
Definição Operacional	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Mantem um canal de acesso permanente junto ao paciente e familiares, esclarecendo dúvidas quanto ao seu autocuidado.								
	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1

Parâmetro Resultado	CT n (%)	CP n (%)	I n (%)	IVC	CT n (%)	CP n (%)	I n (%)	IV C
Realização de busca ativa das pessoas com HA da área de abrangência adstrita.	3 (100%)			1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Operacional	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Equipe odontológica e equipe multiprofissional capacitadas em relação à utilização do instrumento diretivo.	3 (100%)			1	18 (100%)			1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Realização de visita domiciliar ou teleatendimento de 100% das pessoas com HA estratificados da área adstrita de médio e alto risco.	3 (100%)			1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Promoção do acompanhamento de 100% das pessoas com HA da área de abrangência adstrita.	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Definição Operacional	2 (66,6%)		1 (33,3%)	0,66	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Busca em prontuários de dispensação de medicamentos anti-hipertensivos se acontece conforme necessário, bem como o seu aprazamento.	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Análise da interação profissional/usuário alcançado durante o período de distanciamento social.	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	16 (88,8%)	1 (5,6%)	1 (5,6%)	0,94
Diminuição do número de casos de internação por complicações da HA.	3 (100%)			1	18 (100%)			1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	18 (100%)			1
Definição Operacional	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	18 (100%)			1

Atenção e, se necessário, alteração do plano terapêutico aplicado a cada pessoa com HA, conforme a sua condição de saúde.	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Conceitual	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Operacional	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Todos os profissionais de saúde prescrevem dieta alimentar, exercício físico e medicação específica para o grau de hipertensão do paciente e há o retorno à equipe de informações quanto ao seu atendimento.	3 (100%)			1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Definição Conceitual	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Definição Operacional	1 (33,3%)	2 (66,6%)		1	15 (83,3%)	3 (16,7%)		1
Registro em prontuário do fármaco em uso, intercorrências e orientações prescritas pela equipe multiprofissional da APS.	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Conceitual	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
Definição Operacional	3 (100%)			1	16 (88,9%)	2 (11,1%)		1
O vínculo está fortalecido no processo de referência e contrarreferência deste usuário na rede de atenção à condição crônica.	3 (100%)			1	18 (100%)			1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	18 (100%)			1
Definição Operacional	3 (100%)			1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Reunião remota entre equipe da APS está pactuada de forma regular e registrada em ata ou lista de presença.	2 (66,6%)	1 (33,3%)		1	17 (94,4%)	1 (5,6%)		1
Definição Conceitual	3 (100%)			1	18 (100%)			1
Definição Operacional	3 (100%)			1	18 (100%)			1

Fonte: A autora.

Quanto às sugestões ou contribuições descritas nas questões abertas do instrumento diretivo, procurou-se organizar os apontamentos por itens e subitens dos três parâmetros, conforme o Quadro 08.

Quadro 8: Distribuição das respostas subjetivas às questões abertas do instrumento diretivo, de acordo com os itens e subitens dos parâmetros de estrutura, processo e resultado, Paraná, 2021.

SUB-ITEM DEFINIÇÃO CONCEITUAL E DEFINIÇÃO OPERACIONAL	Sugestões, justificativas e outras contribuições
ESTRUTURA	
Linha Guia da HA e das fichas de estratificação disponíveis	
Definição Operacional: Está disponibilizada a Linha Guia da Hipertensão Arterial e utilizada pelas equipes da APS.	<i>As equipes ainda tem muita dúvidas no preenchimento das estratificações. Precisa de capacitação</i>
Definição Conceitual: É um instrumento para o monitoramento do usuário hipertenso utilizado pelas equipes da APS, composto por: dados de identificação, formas de acompanhamento, indicadores de saúde, indicadores psicossociais...	<i>O plano de cuidado ainda esta precisando de ajustes pois os profissionais acham que é o mesmo para todos e nao individual</i>
Unidades dotadas de manual de normas e rotinas e/ou Procedimento Operacional Padrão (POP) para as principais atividades relacionadas ao atendimento ao usuário hipertenso.	

Definição Conceitual: O manual de normas e rotinas é um instrumento que prioriza o detalhamento das ações desenvolvidas no serviço de saúde. POP é um documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo e tem como objetivo padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução da atividade.	<i>Instrumento muito importante desde que seja usado pela equipe</i>
Definição Operacional: A UBS dispõe de um manual de normas e rotinas; a equipe da APS tem elaborado e segue POP relacionado aos procedimentos desenvolvidos para atender o usuário hipertenso.	<i>POP em construção (MS)*</i>
Composição dos profissionais das ESF, de acordo com, Cadastro Nacional estabelecimentos de Saúde (CNES).	
Definição Conceitual: Equipe de Saúde da Família (ESF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da APS no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão...	<i>“Demora de adesão do profissional médico”.</i>
Possui insumos e equipamento necessário ao atendimento das pessoas com HA. Computador, telefone fixo, celular, copiadora....	
Definição Conceitual: É o conjunto de insumos e equipamentos necessários para o acompanhamento das pessoas com doenças crônicas, no caso, a HAS.	<i>Nem sempre temos equipamentos novos para substituir os usados.</i>
Definição Conceitual: As ferramentas tecnológicas correspondem a uma inovação na área da saúde que favorecem a efetividade do acompanhamento do usuário hipertenso, proximidade de vínculo, produtividade, agilidade nos procedimentos, segurança do paciente, continuidade do tratamento habitual...	<i>Nem sempre são equipamentos atualizados</i>
Possui ferramentas tecnológicas mínimas necessárias ao atendimento do hipertenso? Computador com acesso à internet; Telefone fixo; Telefone celular; Copiadora e scanner; Celular com acesso à internet e aplicativo WhatsApp.	
Definição Operacional: As equipes da APS dispõem de equipamentos e ferramentas tecnológicas...	<i>Computador não temos disponibilidade da UBS, quando usam o aplicativo whatsapp é particular do profissional (MS)* Tecnologias não temos disponível, só equipamentos (MS)*</i>
Ambiente destinado ao acolhimento dos usuários	
Definição Operacional: A UBS dispõe de um ambiente seguro para o acolhimento e escuta dos portadores de doença crônica, no caso, a HAS.	<i>Na maioria das UAPS são adaptados por isso não tem local separado para a escuta e acolhimento</i>
Possui apoio diagnóstico no município, quando necessário, para a realização de: Exames laboratoriais; Eletrocardiograma; USG de abdome total; Ecocardiograma; Outros	
Definição Conceitual: Conforme Ministério da Saúde, apoio diagnóstico envolve todas as ações que as equipes de saúde devem oferecer para que as pessoas/cidadãos recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial...	<i>Nem sempre os equipamentos estão em boa condição de uso</i>
Definição Operacional: O município dispõe de apoio diagnóstico como subsídio e ação auxiliar para acompanhamento da pessoa com agravos crônicos, sendo os serviços efetivamente disponibilizados às Equipes da APS.	<i>O município nem sempre dispõe de Apoio. Sim porém o serviço é terceirizado.</i>
Unidade com acessibilidade	
Definição Conceitual: As Nações Unidas, conforme o Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes, destacam o princípio da igualdade de direitos entre as pessoas, sendo que as necessidades de todo o indivíduo,...	<i>Muitas unidades ainda não tratam os portadores de deficiência, como ser único cada qual com sua deficiência..</i>
Definição Operacional: A UBS apresenta uma estrutura que	<i>As estruturas são readaptadas então</i>

venha ao encontro do usuário deficiente e idoso portador de doenças crônicas, quando estes precisarem de atendimento presencial na unidade.	<i>algumas das vezes os espaços não são adequados</i>
Equipe dotada de programa de educação permanente em saúde com, pelo menos, uma ação educativa mensal e registro das ações.	
Definição Conceitual: Conforme o dicionário de educação profissional da saúde, a <u>educação permanente em saúde (EPS)</u> precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma 'prática de ensino-aprendizagem'...	<i>Ainda as UBS não tem nas agendas espaços voltados a EPS.</i>
Definição Operacional: A Equipe da Unidade consegue realizar ações educativas e tem de alguma maneira o registro destas ações.	<i>Consegue realizar ações, mas não mensalmente. Esporadicamente tem encontros de ações educativas mas não são registrados ficando só em fotos.</i>
PROCESSO	
Realizar ampla divulgação na comunidade quanto à importância da identificação precoce, cadastro e monitoramento do hipertenso.	
Definição Conceitual: É a capacidade do município em divulgar a importância e necessidade do controle das doenças crônicas pelo serviço de saúde da APS.	<i>Diante da Pandemia os funcionários estão sobrecarregados e nem sempre tem como realizar o trabalho correto. O município não visa as doenças crônicas visando ainda os casos agudos.</i>
Definição Operacional: Faz usos dos meios de comunicação, como rádio, carro de som, instituições comunitárias, instituições religiosas e outros.	<i>Não habitualmente, somente em campanhas.</i>
Estratificar o risco de 100% dos hipertensos da área de abrangência adstrita.	
Definição Conceitual: Conforme Linha Guia 2018, da SESA, a estratificação de risco é realizada pela equipe da Atenção Primária por meio da história clínica do usuário e da análise dos exames preconizados...	<i>Nem sempre a equipe pode fazer estratificação pois falta funcionários, (mão de obra Pandemia).</i>
Elaborar um plano individual de cuidados interagindo atividades presenciais e remotas para 100% dos hipertensos da área adstrita.	
Definição Conceitual: Os planos de cuidados precisam ser dinâmicos, assim como o é a vida das pessoas e seus contextos. E, para que permaneçam adequados e em direção ao alcance dos objetivos, precisam ser monitorados...	<i>A Pandemia dificultou atividades presenciais e remotas nem sempre os pacientes aceitam. Ainda não está sendo feito as remotas.</i>
Atividades educativas remotas com 100% dos hipertensos da área adstrita.	
Definição Conceitual: A participação das pessoas com HAS e diabetes em atividades de educação em saúde, tanto individuais quanto coletivas, é um fator motivador para o autocuidado, para a instituição de mudanças no estilo de vida e para adesão ao tratamento.	<i>Nem todos aderem as atividades educativas. Pandemia dificultou o trabalho das Equipes. Não está sendo realizado.</i>
Definição Operacional: Com a pandemia da Covid-19, que preconiza o distanciamento social, muitos portadores de doenças crônicas, inclusive HAS e com outros quadros associados, deixaram de frequentar a UBS para acompanhamento. Nesse contexto, a equipe da ESF consegue desenvolver a educação em	<i>Com muita dificuldade consegue acompanhar os de alto risco.</i>

saúde, seja de modo individual, em pequenos grupos ou de forma comunitária.	
Desenvolver via remota, ações de educação permanente pela equipe multiprofissional aos usuários, referente à alimentação, atividade física, acolhimento psicológico e cuidados com saúde bucal.	
Definição Conceitual: É a implementação de alternativas não presenciais de atendimento e monitoramento dos usuários com doenças crônicas, por meio do uso de tecnologias de comunicação virtual ou remota como contato telefônico...	<i>Não está sendo realizado ficando somente com os casos de alto risco.</i>
Definição Operacional: As atividades desenvolvidas com o portador de doença crônica pela equipe da UBS conseguem atender as demandas de cuidados que estes necessitam para o adequado manejo e controle da doença.	<i>Não pois a equipe está reduzida.</i>
Disponibilizar meios de comunicação ampliados de modo a divulgar orientações à população hipertensa e seus familiares.	
Definição Conceitual: A UBS e o município dispõem de meios de comunicação ampliados para aproximar o serviço de saúde da população. Esses dispositivos envolvem rádio local, carro de som, blogs ...s	<i>Não somente é usado em campanhas.</i>
Definição Operacional: As unidades de saúde conseguem utilizar esses meios de comunicação para orientação da comunidade de modo contínuo e eficaz.	<i>Não somente em campanhas.</i>
Orientar e monitorar usuário e familiares quanto a aferição de pressão arterial com esfigmomanômetro e estetoscópio no próprio domicílio.	
Definição Conceitual: É o uso de alternativas presenciais e não presenciais de atendimento e monitoramento pela equipe de ESF junto aos	<i>Nem sempre é possível. Não é realizado</i>
Definição Operacional: A equipe de saúde conhece e acompanha a forma como a pessoa com HA e familiares utilizam aparelho pessoal de aferição pressórica...	<i>Não é realizado acompanhamento.</i>
Providenciar um meio de calibrar equipamento do usuário para aferição da pressão arterial na residência.	<i>Não disponibilizamos nem sempre de calibradores. Não é realizado.</i>
Definição Conceitual: O esfigmomanômetro é utilizado por profissionais de saúde ou portadores de doenças crônicas na residência para medir a pressão arterial....	
Definição Operacional: O município tem suporte ou pactuação com empresas que podem fazer esta manutenção de calibragem dos aparelhos de pressão, suporte importante para que não aconteça uma aferição	<i>Custo município e não é feito aos usuários.</i>
Estabelecer, em equipe, um processo de matriciamento dos casos graves, com as ações de intervenção.	
Definição Conceitual: O apoio matricial é uma forma de trabalho colaborativo com pelo menos duas dimensões: uma técnico-pedagógica e outra clínico-assistencial. Por meio do matriciamento, são construídos arranjos de processos de trabalho em que o profissional, ou equipe .. .	<i>Foi realizado mas hoje não mais, pela desestruturação do NASF e pelo momento de Pandemia onde as equipes estão decompostas.</i>
Definição Operacional: Equipe consegue realizar esse trabalho de matriciamento especificamente nos casos graves, a equipe pode desenvolver um cuidado assistencial e técnico, com olhar dos diversos profissionais e suas especificidades.	<i>Nos casos graves conseguimos. Nem nos casos graves a equipe consegue matriciar, ficando só apagando fogo.</i>
Manter um canal de acesso permanente junto ao paciente e familiares, esclarecendo dúvidas quanto ao seu auto cuidado.	
Definição Conceitual: Disponibilizar e divulgar para a população, formas de comunicação para que em caso de necessidade de atendimentos, as pessoas primeiramente entrem em contato com a	<i>É orientado.</i>

equipe da APS...	
Definição Operacional: A equipe da APS consegue manter um diálogo com comunidade e usuários estreitando o vínculo e fornecendo orientações de autocuidado.	<i>Antes da Pandemia hoje não mais.</i>
RESULTADOS	
Realização de busca ativa dos pacientes hipertensos da área de abrangência adstrita.	
Definição Conceitual: Frequentemente, pessoas com menores riscos à saúde têm número de consultas considerado maior que o necessário para o adequado acompanhamento de suas condições crônicas de saúde, enquanto outras, com maiores riscos e vulnerabilidade, ...	<i>Fazemos o acompanhamento e busca ativa, mas a Pandemia dificultou bastante. Não está sendo feito devido a Pandemia e pouca equipe.</i>
Definição Operacional: A equipe de ESF realiza a busca ativa dos pacientes portadores de doença crônica, especificamente do hipertenso, e conseguem alcançar 100% de cobertura.	<i>Nem sempre alcançamos 100% por falha de profissionais. Não consegue por falta de profissionais.</i>
Equipe odontologia e equipe multiprofissional capacitadas em relação utilização do instrumento diretivo	
Definição Conceitual: O usuário normotenso e/ou com pressão arterial limítrofe deve realizar o atendimento odontológico convencional. Pessoas com PA limítrofe deverão fazer avaliação para identificar a presença de fatores de risco para doença cardiovascular...	<i>Somente nos de alto risco.</i>
Definição Operacional: Importante pensar que o profissional odontólogo é primordial no atendimento dos usuário hipertensos, por isso, a importância deste ser capacitado, bem como fazer sua contribuição específica neste cuidado com o usuário hipertenso, e como isso é verificado na Unidade Básica de Saúde.	<i>Não tem capacitação ao odontólogo.</i>
Realização de visita domiciliar ou teleatendimento de 100% dos pacientes hipertensos estratificados da área adstrita de médio e alto risco.	
Definição Conceitual: Na atenção básica, várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe destacar a diferença desses tipos de ações, quando realizadas isoladamente ...	<i>Realizamos ações? Teleatendimento/Visita domiciliar, mas a falta de profissionais faz com que não conseguimos atender 100% dos HA. Falta de profissionais não consegue atender.</i>
Definição Operacional: Usuário estratificado e sendo prioritário para atendimento este acontece por visita domiciliar e teleatendimento, a equipe da UBS ...	<i>Nem sempre é estratificado imediatamente. Não é realizado.</i>
Promoção do acompanhamento de 100% dos hipertensos da área de abrangência da área adstrita.	
Definição Conceitual: Relata que além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA)...	<i>Falta de mão de obra.</i>
Definição Operacional: Equipe consegue promover esse processo de acompanhamento de 100% dos hipertensos do território.	<i>Falta profissional. Não por falta de equipe.</i>
Busca em prontuários se dispensação de medicamentos anti-hipertensivos aconteceu conforme necessário, bem como o seu aprazamento.	
Definição Conceitual: É a consulta ao prontuário disponível na UBS para verificação da utilização dos medicamentos padronizados, preconizados no cuidado e utilizados pelo usuário.	<i>Sim os medicamentos são dispensados. Não tem um controle na UBS de quando precisa do medicamento.</i>

Definição Operacional: A medida tem como objetivo evitar o comparecimento frequente dos pacientes às unidades dispensadoras de medicamentos ...	<i>Falta profissional equipe sobrecarregada. O paciente que é responsável pela busca de medicação.</i>
Análise da interação profissional/usuário alcançado durante o período de distanciamento social.	
Definição Conceitual: Considerando a importância da territorialização e da adscrição das pessoas aos serviços da APS e o desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre equipe e população assistida.	<i>Com muita dificuldade devido falta de equipe.</i>
Definição Operacional: Neste período de distanciamento social, o vínculo entre equipe de saúde e hipertensos apresenta fragilidades.	<i>Muitas fragilidades pois quase não tem contato.</i>
Definição Operacional: A equipe consegue acompanhar periodicamente esse indicador de diminuição do número de internações.	<i>Não consegue porém acompanha a internação.</i>
Atenção e, se necessário, alteração do plano terapêutico aplicado a cada usuário hipertenso, conforme a sua condição de saúde.	
Definição Conceitual: A equipe oferece retaguarda para intercorrências, como farmacodermia, falha terapêutica com risco de evolução para septicemia, anafilaxia ou flebites...	<i>Na maioria das vezes. Não é realizado.</i>
Definição Operacional: Quando necessário, a equipe de saúde multiprofissional consegue fazer mudança adequada de um plano terapêutico, levando em consideração as peculiaridades de cada usuário, sua sintomatologia e evolução da doença.	<i>Não é realizado.</i>
Todos os profissionais de saúde prescrevem dieta alimentar, exercício físico e medicação específica para o grau de hipertensão do paciente e há o retorno à equipe de informações quanto ao seu atendimento.	
Definição Conceitual: O distanciamento social desencadeia ansiedade, conseqüentemente, pode levar ao aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, uso abusivo de bebidas alcoólicas e uso de tabaco e seus derivados, os quais interferem diretamente na desestabilização das doenças crônicas...	<i>É realizado porém não em todos somente de alto risco.</i>
Definição Operacional: A equipe multiprofissional consegue agir de forma pontual e assertiva junto ao usuário e familiares do hipertenso.	<i>Na maioria das vezes. Ainda com muita dificuldade entre equipe e usuário e família.</i>
Registro em prontuário do fármaco em uso, intercorrências e orientações prescritas pela equipe multiprofissional da APS.	
Definição Conceitual: O prontuário médico é um documento elaborado pelo profissional e é uma ferramenta fundamental para seu trabalho...	<i>Com o prontuário eletrônico tornou-se muito difícil pois o sistema é falho.</i>
Definição Operacional: O prontuário está disponível para acesso de toda a equipe de saúde da APS e ao próprio usuário hipertenso.	<i>não tem todos da equipe tem acesso ao prontuário.</i>
Reunião remota entre equipe da APS está pactuada de forma regular e registrada em ata ou lista de presença.	
Definição Conceitual: As atribuições dos profissionais da APS incluem, entre outras: participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento...	<i>Quase sempre. Não estão sendo realizadas reuniões.</i>
Definição Operacional: Equipe da APS tem a prática de realizar reuniões periódicas relacionadas a ações ligadas à discussão de casos clínicos ou aos processos de trabalho, partindo do princípio da organização do trabalho em saúde.	<i>Não está sendo realizada.</i>

Fonte: A autora.

(MS)* Respostas correspondentes ao município de Mauá da Serra. As demais foram dos demais municípios.

Merece destaque a natureza das sugestões ou comentários referidos no Quadro 8. Mesmo tendo sido explicado aos participantes que se tratava de uma apreciação restrita ao conteúdo do Instrumento Diretivo, para futura implantação e aplicação junto à APS, os dados apontaram a tendência de já proceder a avaliação dos próprios serviços de saúde de lotação dos participantes. O texto, a seguir, procura esboçar alguns elementos de análise frente aos resultados apresentados.

6 DISCUSSÃO

Importante, inicialmente, tecer considerações quanto a essa tendência de os profissionais procederem a avaliação de seus próprios locais e processos de trabalho e não do instrumento propriamente dito. Tal fato justifica-se, em certa medida, ao fato de serem os próprios trabalhadores de saúde e gestores públicos os respondentes do estudo, cujos objetos de trabalho são os cotidianos das UBS na atenção às pessoas com HA e cuja experiência com avaliação e/ou validação de instrumentos de cuidado/gestão pode ser ainda incipiente. Compreende-se que tal situação, no entanto, não compromete o objetivo do presente estudo. Ao contrário, aponta para a viabilidade de sua aplicação nos serviços em nível da APS, uma vez que expressa o conhecimento dos indicadores e metas pactuados na atenção a essa clientela, bem como sinaliza para importantes fragilidades nos processos de trabalho desenvolvidos frente à longitudinalidade inerente às condições crônicas.

Tal constatação está assentada na caracterização do perfil profissional identificado, no qual observou-se que a grande maioria eram mulheres (95%), convergindo ao fato de que a maioria dos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado são do sexo feminino. As mulheres são a principal força de trabalho da saúde, representando 65% dos mais de seis milhões de profissionais ocupados no setor público e privado, tanto nas atividades diretas de assistência em hospitais, quanto na Atenção Básica. Segundo dados baseados no Censo do IBGE, em algumas carreiras, como Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço Social, elas alcançam quase a totalidade, ultrapassando 90% de participação. Em outras, como Enfermagem e Psicologia, estão com percentuais acima de 80% (CONASEMS, 2020). Em relação ao nível de instrução, ainda, existe uma deficiência na formação de pós-graduação, especialmente *stricto sensu*. E, além da APS, campo de atuação atual de todos, alguns já desempenharam atividades em outras áreas afins do sistema de saúde.

Mesmo sem terem referido necessidade de alterações no formato e apresentação do instrumento, em um primeiro momento, pretende-se destacar aspectos de análise ligados ao próprio instrumento diretivo proposto, seguindo-se de uma análise mais ampla da temática, em suas interfaces entre necessidades de saúde, recursos disponíveis e atribuições das equipes multiprofissionais, evidenciando as principais fragilidades citadas no Quadro 08.

6.1 Conteúdo do instrumento diretivo

Mesmo a HA sendo um agravo de relevância na pauta saúde pública, a **construção desse instrumento diretivo** foi um grande desafio, isto é, por ter em conta a instrumentalização de uma ferramenta para manejo da atenção da pessoa com HA. O principal desafio foi a formulação das ações elencadas para análise dos profissionais participantes do estudo, salientando-se que a descrição de tais ações foi embasada nos princípios metodológicos, técnicos e éticos das políticas desenvolvidas pela RAS no cuidado da pessoa com condição crônica.

Partindo do pressuposto que deveriam ser questões definidas e de fácil entendimento para análise de apreciação pelo avaliador, e atendendo de forma tangível, concisa e objetiva para a sua aplicação, e aberto a possibilidade de alteração, visto que pelo cenário pandêmico, as fragilidades foram sendo percebidas no acompanhamento das pessoas com doenças crônicas.

A apreciação e/ou validação de instrumentos busca mensurar a importância dos itens elencados para melhoria do processo do trabalho, mensurados pelos parâmetros de estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1992; DUARTE, 2019). Os itens foram definidos pelo critério de relevância, clareza e precisão, como já descrito na metodologia, de acordo com uma escala de Likert. Essa escolha metodológica foi adequada ao alcance dos objetivos, uma vez os trabalhadores facilmente identificaram os parâmetros definidos e a inclusão dos respectivos itens e suas definições conceituais e operacionais.

O processo de avaliação por parte dos profissionais e gestores evidenciou também a subjetividade presente no julgamento dos itens apresentados, o que os levou a uma liberdade para referir problemas que tal item apresentava na prática. Assim, partiram da necessidade de apontar algumas fragilidades, não necessariamente referentes à descrição do item, sua definição conceitual ou definição operacional, os quais envolveram em sua construção processos e métodos precisos, importante não deixar de citar este viés observado na pesquisa. Constatou-se consenso nos três parâmetros tanto na avaliação dos profissionais do município piloto quanto da avaliação dos profissionais dos outros 16 municípios, sem sugestões de acréscimo ou supressão de qualquer item. Importante salientar que, no momento da qualificação, um membro da banca avaliadora sugeriu que um item presente no parâmetro processo talvez coubesse melhor no parâmetro estrutura, item referente à possibilidade de o município apresentar uma maneira de calibrar

equipamentos de aferição de PA que pertence à pessoa com HA. Após análise, optou-se por manutenção do item em processo.

Primeiro parâmetro de *Estrutura*, com 11 subitens, na primeira etapa junto aos profissionais do município de Mauá da Serra. Destaque único parâmetro que apresentou contribuições descrita pelos profissionais. Segundo parâmetro de *Processo*, com 12 subitens, os profissionais de saúde do município piloto de Mauá da Serra, nas contribuições destaque para sobrecarga de profissionais devido a Pandemia novamente observamos que as sugestões partiram das fragilidades no processo de trabalho. No terceiro parâmetro de *Resultado*, com 12 subitens, com alguns apontamentos referentes o processo de trabalho de rotina, novamente não conseguimos observar contribuição relacionada à descrição das ações, o que acabou contribuindo para uma reflexão mais ampla em relação aos parâmetros.

Os dados foram analisados após duas rodadas de coleta, onde os entrevistados mostraram-se qualificados, pois tem experiência na APS, e que foram a base para aplicação do IVC.

Observamos no parâmetro estrutura que os profissionais apontaram que sobre manual de normas e rotinas e/ou POP para atividades IVC=0,66, e os demais municípios nesse parâmetro pontuou IVC=1, tendo dois entrevistados que pontuaram com informação indiferente sobre linha guia e apoio diagnóstico no acompanhamento da pessoa com HA respectivamente.

Apresenta-se no parâmetro processo, em três momentos os profissionais sinalizaram indiferente a ação, com IVC=0,66 para os itens atividades educativas remotas, orientação do monitoramento do próprio usuários e familiares utilizando equipamentos e calibração de equipamentos do usuário para aferição de PA, os profissionais dos 16 municípios destacaram 02 itens com pontuação indiferente, novamente a calibração de equipamentos do usuário para fazer a aferição na residência IVC=0,88 e IVC=0,94 para processo de matriciamento dos casos graves, ênfase que também neste parâmetro teve a maioria de pontuação nos itens de IVC=1.

No parâmetro resultado a taxa de concordância no município de Mauá da Serra foi em sua maioria, IVC=1 na maioria dos itens do conteúdo do instrumento, apresentou item com IVC=0,66 em relação ao acompanhamento da pessoa com HA, um entrevistado deu pontuação indiferente, não se apresentou pontuação e discordo parcialmente ou total. Nos demais municípios os profissionais mantiveram a média de maioria ter o IVC=1, tendo somente 01 entrevistado que sinalizou pontuação indiferente com IVC=0,94 no item da

interação profissional e usuário alcançado durante o período de distanciamento social. Entende-se que o IVC é a medida de mensuração que determinou a validação neste instrumento diretivo. Fato de destaque os profissionais que avaliaram, entre os gestores e enfermeiros, não houve variação nas respostas dos gestores em sua maioria, onde que apresentou variação diferente de 1 foi nas respostas dos enfermeiros da ESF.

A presente pesquisa mesmo com estas particularidades, apresentou uma colaboração importante dos avaliadores, momento de compreender a relevância da avaliação nas dimensões estrutura, processo e resultado e a possibilidade de reformulação de alguns itens.

6.2 Aplicabilidade do instrumento diretivo

As doenças crônicas estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de quadro agudo, podendo gerar incapacidades. As DCNT constituem o maior problema global de saúde e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades, e para a sociedade geral (MALTA et al, 2014).

Mesmo que a proposta do estudo tenha sido analisar o conteúdo do instrumento diretivo em si, os entrevistados já teceram considerações como que aplicando ou justificando a maioria dos itens em cada parâmetro a partir de seus contextos de trabalho na APS. E, ao confrontar tais apontamentos (Quadro 08) às atribuições da equipe multiprofissional no tratamento e manejo das pessoas com HA (Quadro 02) e ao próprio instrumento diretivo (Quadro 1), as fragilidades do trabalho em saúde externaram-se. E essas fragilidades dizem respeito a vários elementos centrais definidos pelos referenciais normativos e conceituais nessa temática, conforme evidenciado no capítulo teórico.

De modo geral, entre as fragilidades apontadas no quadro 08, destaca-se a normas e **POPs** a serem utilizados, neste item sobre a utilização pela equipe e demora de adesão dos mesmos, importante lembrar que o Quadro 02, das atribuições que se apresentam na linha guia da SESA, não apresenta uma ação de construção de normas e POPs. Importante salientar que as orientações e a educação em saúde nos aspectos relativos à doença e seu manejo, aliada ao desenvolvimento de habilidades para o autocuidado, podem ser desenvolvidos a partir da construção de normas orientativas,

diretivas, protocolos ou padrões definidos, sem os quais dificilmente se consegue atingir o objetivo esperado que é pensar na autonomia da pessoa com HA.

Com relação a protocolos na APS, Dantas et. al (2018) salienta, entretanto, que os protocolos existentes ainda ferem o princípio da integralidade, no sentido de que não estão voltados para o cuidar integral por uma equipe multiprofissional, pois a sua construção, voltada para categorias específicas como médico, enfermeiro, agente comunitário e leigos, individualiza o cuidar. Outra fragilidade apontada pelo autor é a existência de protocolos para avaliação da adesão do usuário aos serviços, cuidados ou tratamento, cujo foco são os fatores relacionados aos usuários dissociados da organização dos serviços, da gestão do cuidar em si, das condutas profissionais, o que impede uma avaliação integral do contexto, que acaba por culpabilizar o usuário por sua não adesão.

Ainda no parâmetro estrutura, outra consideração frequente (Quadro 8), foi em relação às **ferramentas tecnológicas**, equipamentos e insumos, destacando-se que os computadores das UBS estão sucateados e que a internet utilizada é particular para o uso do aplicativo. Considerando as atribuições dos profissionais, descritas na linha guia HA da SESA, onde há uma atribuição comum para a equipe multiprofissional que é realizar o trabalho na perspectiva da atenção contínua, é mister uma estrutura de inovação tecnológica que deve estar presente na unidade de saúde. Nesse sentido, ao referir-se às ações remotas e à teleconsulta, nos parâmetros de processos e resultados, além dos equipamentos sucateados e falta de internet, uma grande preocupação é quanto a falta de profissionais, à medida que ações remotas acontecem somente em casos de estratificações de alto risco, com adesão parcial às atividades remotas educativas, tendo a pandemia dificultado muito o trabalho das equipes.

Por outro lado, é justamente nesse novo contexto de pandemia que assumem grande importância nos processos de cuidado as **tecnologias de informação e comunicação**, como WhatsApp e telefone. Para a realização de teleconsulta, elas garantem a oferta de ações de forma segura, de modo que não haja descontinuidade e agravamento das condições das pessoas com HA em tratamento. Sugere-se responder a demandas frequentes de usuários - como a renovação de receitas e a busca por medicamentos - de modo que estes não precisem se dirigir à UBS, seja prolongando o tempo de duração das prescrições, seja viabilizando a entrega domiciliar dos medicamentos pelo ACS, adotando-se os cuidados necessários. Essa estratégia coaduna com a necessidade de preservar a segurança do profissional (MEDINA et al, 2020 p 3).

Outra inovação importante é a utilização da tecnologia aliada à ação de educação em saúde é o telessaúde. Mas, para que a experiência de telessaúde se torne, de fato, realidade na APS e no SUS, é necessário um **investimento** massivo nessa área, tanto na garantia de acesso à internet nas unidades de saúde, tal como vem sendo anunciado pelo MS, quanto na obtenção de computadores e telefones, fundamentais para o estabelecimento de uma comunicação satisfatória (SARTI et al, 2020). Para Sarti et al (2020), a facilidade de contágio do vírus, o alto potencial de propagação da doença em espaços fechados, como hospitais e serviços de urgência, e a necessidade de se evitar uma busca em massa pelos serviços de saúde nas fases iniciais da epidemia, tornam os serviços de telessaúde uma estratégia de cuidado fundamental, possibilitando que os usuários tenham informação qualificada e em tempo oportuno de como proceder em nível individual.

Em relação ao **cadastramento da população atendida, identificação das pessoas com HA e estratificação de risco**, as considerações feitas no instrumento diretivo denotam importantes lacunas quanto às ações de estratificação, acompanhamento de 100% das pessoas com HA e busca ativa. Pode-se inferir que tais lacunas estejam relacionadas, em grande parte, aos processos de trabalho desenvolvidos, quando muitas equipes, mesmo que presentes e completas, veem-se ocupadas com outras atividades e demandas do trabalho que não estas ações centrais para o cuidado às pessoas com HA. É crucial que os gestores locais se atenham a tal aspecto e dediquem maior atenção e esforços para as melhorias necessárias.

Essa condição deficitária é um complicador para o planejamento a ser desenvolvido quando se faz necessário conhecer o território da UBS, especialmente, quando a pandemia pode impactar negativamente nas condições de saúde/doença da população e gerar modificações muito rápidas que demandam novos cuidados. E, novamente, é nesse momento em que tais ações não estão sendo realizadas com excelência e o máximo de cobertura. Segundo as atribuições dos profissionais da equipe (Quadro 2), tem o ACS possui essa importante função de conhecer a população do seu território e encaminhar os usuários com fatores de risco para a UBS, de modo que os demais profissionais da equipe também venham a conhecê-los e sejam capazes de estabelecer a gestão da clínica ou gestão do caso.

Por isso, as UBS, instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2012b). As atividades de rotina da APS precisam ser

preservadas em tempos de pandemia, até porque as previsões apontam para um longo curso de convivência com o novo vírus, com alternância de maior e menor isolamento social, o que exige readequação de certos procedimentos e incorporação de outros para que a APS funcione cumprindo sua missão, incluindo novas formas de cuidado cotidiano à distância, evitando o risco de aprofundamento da exclusão do acesso e das desigualdades sociais (MEDINA et al, 2020).

Para Medina (et.al, 2020), a crise sanitária atual amplificou as debilidades existentes e tem requerido recursos extraordinários da União para os estados e municípios, ainda insuficientes para apoiar as ações de vigilância e cuidado da população. Com todos esses obstáculos, a presença de mais de 40 mil equipes de ESF em todo país, ainda que por vezes incompletas, 260 mil ACS, 26 mil equipes de saúde bucal, cerca de 5 mil NASF, representam as bases do SUS e devem ser fortalecidas quando se almeja obter êxito no enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Mais do que nunca, faz-se necessária uma APS em um SUS fortes, vigilantes, capilarizados e adaptados ao contexto e fiéis a seus princípios. A atual crise global é sanitária, política, econômica e social, e exige inovação nos modos de operação e radicalização da lógica de intervenção comunitária no exercício de novas formas de sociabilidade e de solidariedade (MEDINA et.al, 2020).

A elaboração e monitoramento do **plano de cuidados** pela equipe, em articulação entre os diferentes **níveis de atenção**, também são importantes ações para efetividade do planejamento. Para esse modelo de atenção, a referência e contrarreferência no suporte da atenção é primordial. A inserção da ESF em um processo radical de implantação das RAS, onde a APS deve estar qualificada para exercer o papel de coordenação e regulação (BRASIL, 2010). Um fator importante na coordenação da atenção são as taxas de referência dentro dos sistemas de atenção à saúde. Entre outras razões, porque as referências significam transições nos cuidados que são eventos que estão associados a problemas na atenção à saúde (Mendes et al, 2019a). Contudo, sobre o plano terapêutico, os dados evidenciaram que este não é realizado, na maioria das vezes. Sobre a interação da equipe com as pessoas com HA, persistem muitas fragilidades, pois os contatos entre eles são reduzidos e não há conhecimento ou acompanhamento, por exemplo, sequer das internações por parte das equipes, evidenciando falhas importantes na gestão do cuidado.

Outra lacuna apontada nos dados versa sobre a relação e os cuidados gerais quanto à dispensação e **uso de medicamentos**, além do registro em prontuário do fármaco em uso. O uso correto de medicamentos é fundamental para a estabilização da doença e não

agravamento do quadro clínico. Mesmo que os medicamentos estejam sendo dispensados, os dados denunciaram que as UBS não têm controle e conhecimento sobre a real necessidade dos medicamentos, dando a entender que é a pessoa com HA a responsável pela busca da medicação. Quanto ao registro do fármaco em prontuário, houve críticas ao acesso ao prontuário eletrônico, ainda permeado por muitas falhas de sistema. Quanto às atribuições da equipe (Quadro 2), o médico e o farmacêutico são responsáveis pela orientação de uso do fármaco, registro em prontuário e dispensação dos medicamentos, assim como os membros da equipe de enfermagem. Ou seja, é um tema que perpassa a atuação direta de vários profissionais que, somado a outras ações como a automedicação da PA, é capaz de garantir o controle pressórico como forma eficaz de evitar internações e complicações decorrentes da HA. Sensibilização dos gestores e profissionais da APS, integração do trabalho equipe multiprofissional e processo de trabalho específico são igualmente ferramentas eficazes e necessárias.

A maioria dos métodos usados para avaliar a adesão ao tratamento da HAS é focada somente no tratamento farmacológico, aplicado também a outras doenças. Existe uma lacuna a ser preenchida (RODRIGUES, MOREIRA E ANDRADE, 2014).

Essas ações compõem o rol de atribuições dos profissionais, de acordo com o Quadro 2. Há um destaque ao profissional enfermeiro nessa elaboração em conjunto com a equipe multiprofissional da APS e com o usuário, do Plano de Cuidado dos pacientes de baixo e médio risco. Esse profissional compõe as equipes multiprofissionais e compete a ele atuar tanto nas ações de saúde e na gestão quanto em processos de avaliação, seja no âmbito do serviço ou do município. A Resolução COFEN nº 358/2009 institui como prática exclusiva do enfermeiro o Processo de Enfermagem, o qual deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (Cofen, 2009). Em seu artigo 3º, a referida Resolução aponta que o Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Já o trabalho médico, durante a sua intervenção, procura capturar o usuário a partir do seu universo de ação profissional e dos saberes tecnológicos que o conforma, tentando, em um duplo movimento, tanto trazer o usuário e seu mundo para dentro do seu agir tecnológico, quanto subsumi-lo a este (MERHY, 2000). Mas, pelo fato de a HAS ser multicausal e multifatorial e por não acarretar, na maioria das vezes, qualquer sintoma aos

pacientes e por envolver orientações voltadas para vários objetivos, o sucesso na consecução das metas estabelecidas é bastante limitado caso dependa da ação de um único profissional. Esse fato, talvez, justifique o baixo índice de sucesso e de adesão obtido quando os cuidados aos pacientes são realizados por um único profissional de saúde, classicamente o médico (KOHLMANN JR. et al, 1999).

Além do médico e do enfermeiro, a incorporação do ACS na equipe constitui um grande diferencial, porque cria as possibilidades de um relacionamento mais próximo entre a equipe de saúde, as pessoas com HA e suas famílias, além das organizações e movimentos sociais do território (MENDES, 2011). Segundo o autor, o que determina a existência de uma equipe é a filosofia de trabalho, que, em última análise, visa ao bem-estar dos pacientes e das pessoas de maneira geral. Cada profissional reveste-se de importância ímpar na condução do tratamento e manejo das pessoas com HA. Conforme Dantas et. al (2018), sabe-se que o usuário, muitas vezes, busca encontrar nos profissionais uma extensão de sua família, onde possa expor angústias, expectativas, inquietações e dos quais espera resoluções para seus problemas. Daí a necessidade de, além de formalizar a existência dos protocolos, reiteradamente firmar compromissos e estabelecer esforços para adaptar esses protocolos e instrumentos diretivos às necessidades de cada condição de saúde revelada durante as consultas.

Quanto aos **cuidados na atenção à saúde bucal, alimentar e de atividades físicas**, os dados apontam que são realizados, contudo, não para todas as pessoas com HA, somente aquelas estratificadas como de alto risco, na maioria das vezes, e ainda com muitas dificuldades para envolver equipe, usuários e família. No quadro de atribuições da equipe (Quadro 2), consta importante função de elaborar, em conjunto com a equipe multiprofissional da APS e com o usuário, o Plano de Cuidado para o tratamento e manejo da HA, englobando atividades nas Academias da Saúde e apoio aos grupos de educação em saúde e educação nutricional. Constata-se que, impreterivelmente, o que torna tais ações possíveis e eficazes é o trabalho multiprofissional e o trabalho colaborativo.

Assim, é fundamental que se fortaleça o trabalho em equipe multiprofissional e intersetorial. Não com o protagonismo de alguma categoria mais que outra, mas, de modo interdependente e articulado, incluindo, especialmente, a pessoa com HA e sua família. Num contexto amplo de cuidado, não somente medicamentoso e curativo, mas também, centrado na mudança de hábitos como alimentação e atividade física.

Se, por um lado, hábitos saudáveis de vida podem contrapor o avanço das condições crônicas, por outro, são justamente as mudanças contemporâneas nos estilos de

vida que trouxeram modificações no perfil epidemiológico da população, quando as doenças crônicas passaram a estar entre as principais causas de morte (BRASIL, 2014). Pode-se afirmar que muitos são os fatores de risco no Brasil. Por exemplo, apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana; 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura; 28% consomem refrigerantes, cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente (BRASIL, 2011b).

Ainda, os níveis de atividade física no lazer na população adulta são baixos (15%), sendo que o sedentarismo vem crescendo em muitos países, trazendo um impacto na prevalência de doenças e agravos não transmissíveis e no estado geral de saúde da população mundial. Somente este fator oferece risco de 30 a 50% para o desenvolvimento de HA, 21 a 25% para câncer de mama e de colo uterino, 27 % para diabetes e 30% para doenças isquêmicas do coração (Paraná, 2018). Quando associado aos demais fatores de risco, amplia sobremaneira o aumento da morbidade e mortalidade precoces.

Conforme já apontado anteriormente, a HA, condição clínica multifatorial, desponta como um grave problema de saúde pública no cenário nacional e mundial e, por isso, requer medidas assistenciais que conduzam ao seu controle, e, por conseguinte, a diminuição da ocorrência de complicações, internações e mortalidade. O atual cenário de pandemia do novo coronavírus evidenciou as doenças crônicas como importantes fatores de risco para o maior agravamento da Covid-19, maior prevalência de internações e maior chance de piores desfechos e letalidade (Brasil, 2020b).

Reitera-se, portanto, que neste período de distanciamento social para acompanhamento efetivo da pessoa com HA e para que este não agudize em sua condição crônica, é crucial fortalecer o autocuidado apoiado. Salientar que este se faz necessário com intuito de auto firmar a pessoa com HA a se tornar responsável e protagonista deste cuidado, e não apenas um espectador, visto que o empoderamento é uma ação eficaz de se olhar e perceber o que é de fato relevante para sua saúde. Mendes (2012) refere que o autocuidado não começa e/ou termina com uma aula. Antes, assenta-se na utilização de um enfoque de cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as prioridades, propor as metas, elaborar os planos de cuidado e monitorar os resultados. Os dados aqui apresentados apontam para importantes fragilidades nesse conjunto de ações fundamentais para o manejo e estabilização da condição crônica.

Nesse sentido, a aplicação e a discussão, por exemplo, dos indicadores de processo do instrumento ora proposto podem servir de fortes indutores para boas práticas e o aprimoramento do trabalho em saúde diante de tamanhas demandas e necessidades em saúde. E, enquanto atual política pública em âmbito nacional, há de se destacar que tão somente a definição de uma meta de cobertura para alocação de recursos financeiros e, ainda pautada em 50% da população do território da APS, possa ser insuficiente para alcançar os resultados requeridos e já possíveis e demonstrados pelo sistema de saúde, a exemplo, minimamente, da elaboração de um plano de cuidados interprofissional para a pessoa com HA grave. O trabalho em saúde não ocorre de modo espontâneo, mas é induzido por políticas públicas claras e robustas, capazes de qualificar e reordenar o trabalho em ato, sendo continuamente avaliadas e modificadas, se necessário, não sob contenção de investimentos públicos, mas direcionadas ao bem comum.

Ou seja, reafirma-se a necessidade de uma gestão colaborativa do cuidado, em que os profissionais de saúde deixam de ser meros prescritores para se transformar em parceiros das pessoas que buscam atendimento no sistema de atenção à saúde. O vínculo entre profissionais da equipe e as pessoas com HA deve ser o ponto mais importante para que o autocuidado se torne efetivo. De fato, um verdadeiro paradoxo, uma necessidade evidenciada e exigida com o advento do cenário pandêmico, quando a procura pelo serviço de saúde e a integração com as equipes ficaram tremendamente fragilizadas.

As condições crônicas que dominam a carga de doenças em nosso país têm no autocuidado apoiado um fundamento essencial. Pessoas portadoras de condições crônicas só conseguirão estabilizá-las se participarem ativamente, em estreita colaboração com as equipes da APS, da atenção à sua saúde. Isso significa, inclusive, que em relação a pessoas portadoras de condições crônicas não cabe mais utilizar a nomenclatura paciente, ao contrário, pois estas são sujeitos ativos em seus processos saúde/doença (MENDES, 2015). Por outro lado, compete às equipes da APS observar as mudanças impostas pela pandemia da Covid-19 e incorporar inovações de comunicação e de cuidado capazes de aprimorar a integração presencial e/ou remota necessária para garantir a estabilização da condição crônica pré-existente.

Um último ponto importante a considerar é sobre o próprio instrumento diretivo proposto. Se, uma vez apresentado às equipes e gestores, foi capaz de evidenciar todos os apontamentos e condições de diagnóstico dos processos de trabalho na APS identificados e, considerando-se os resultados do IVC, com índices aceitáveis para a manutenção dos itens, compreende-se que ele seja pertinente e adequado ao objetivo a que se propõe. Isto é,

de orientar o planejamento e avaliação das ações desenvolvidas no tratamento e manejo da HA envolvendo medidas de distanciamento social, com centralidade da atuação da APS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados, constatou-se que não houve alterações no instrumento diretivo quando de sua submissão aos participantes da pesquisa, pois os resultados mantiveram-se acima de 60% de concordância total/parcial. Ao final da análise, quanto aos subitens que receberam marcação diferente de ‘concordo totalmente’, destacaram-se 40 em Mauá de Serra e 78 no conjunto dos demais municípios investigados; no tocante ao IVC o instrumento diretivo foi considerado apto em sua proposição quanto ao formato e apresentação, variando de 0,66 a 1,0, sem alterações em sua estrutura.

Quanto às respostas subjetivas, estas não foram relacionadas ao instrumento em si, seu formato, apresentação e estruturação. Entende-se que os participantes foram trabalhadores e gestores, a maioria mulheres, que atuam na área da saúde pública e com pouca formação ou experiência em avaliação de protocolos ou instrumentos. Contudo, essa incompreensão sobre a avaliação do instrumento, enquanto uma limitação do presente estudo, pode estar atrelada às próprias limitações impostas pela pandemia da Covid-19 e o formato remoto de sua aplicação.

Por outro lado, as respostas apontaram a tendência de já avaliação dos próprios serviços de saúde de lotação dos participantes, explicitando fragilidades importantes da APS na atenção às pessoas com HA, acirradas pelo contexto da pandemia da Covid-19. Tais fragilidades foram relacionadas ao cadastro e estratificação de risco, trabalho e práticas colaborativas entre profissionais das equipes, elaboração e monitoramento do plano de cuidado, orientações e educação em saúde e incorporação e uso de tecnologias de informação e comunicação. E, no conjunto dos resultados obtidos, tal característica não deixa de ser também uma forma de validação do próprio instrumento proposto.

Ou seja, a partir da experiência dos profissionais, todos os enfoques abordados foram despertados pelo instrumento diretivo e dizem respeito aos elementos fundamentais da atenção às pessoas com HA, aliado à necessidade de incorporação de tecnologias de informação ao processo de trabalho, de modo a interagir momentos presenciais e remotos nas ações. Condições básicas de estrutura, somadas a definição de ações e metas nos processos, são capazes de alcançar resultados esperados e definidos em documentos normativos e organizacionais.

Conclui-se, ainda, a partir dos dados, que o cenário da pandemia agravou as condições de saúde/doença das pessoas com HA e as respostas necessárias e possíveis do

sistema de saúde como um todo, comprometendo o alcance do autocuidado apoiado, a estabilização da doença e a diminuição das taxas de morbimortalidade.

E, por outro lado, que o instrumento diretivo proposto, enquanto inovação tecnológica encontra-se adequado para o aprimoramento dos processos de trabalho e de gestão da APS no tratamento e manejo das pessoas com HA envolvendo medidas de distanciamento social. O instrumento permite aos profissionais das equipes uma ação padronizada e conhecimentos atualizados, evitando tomadas de decisões equivocadas.

Espera-se que, uma vez implantado, o instrumento diretivo permita um acompanhamento efetivo e sistemático das pessoas com HA, além de melhorar o processo de trabalho e a comunicação entre os diversos profissionais que trabalham na APS, o usuário e familiares.

O estudo almeja, ao final, alcançar a autonomia das pessoas com HA, a qual sabemos que entre as doenças crônicas junto com DM, é a que traz problemas significativos e apresenta muitas vezes um desfecho ruim que poderia ser evitado, uma vez desenvolvido e aprimorado o autocuidado apoiado.

Outrossim, o instrumento diretivo foi idealizado e estruturado com enfoque na pessoa com HA e que pertence ao território da APS, sendo capaz de alcançar 70 a 80% da população. Mas, nada impede o seu compartilhamento com a atenção secundária, dando sustentação a novos estudos e proposições, por exemplo, com ênfase ao cuidado deste usuário num contexto específico, no papel que é desempenhado pela atenção secundária, tentando evitar um desfecho desfavorável e que tenha que utilizar a atenção terciária. Tendo em mente a importância do instrumento no desenho da RAS, em nível estadual, a APS sendo ordenadora do cuidado se torna responsável por estratificar e encaminhar a pessoa com HA para a rede especializada, caso seja estratificada como de risco intermediário e, principalmente, de alto risco. O QualiCIS vem de encontro a este cuidado de atenção à saúde das pessoas com condições crônicas, procurando induzir um cuidado compartilhado, uma vez que esse paciente pertence ao território da APS e não deve haver simplesmente transferência de responsabilidade desta para o nível da especialidade.

Ou, ainda, que este estudo seja capaz de motivar a implantação e avaliação de sua utilização nos serviços de saúde, além de implementar e monitorar as ações desencadeadas pelo instrumento normativo, sua efetividade e redução de internações de causas sensíveis na APS, por exemplo. Nessa direção, como desdobramento imediato e prático, pretende-se alcançar a implantação do instrumento diretivo em todos os municípios da área da 16ª RS de Apucarana, para tanto submetê-lo à apreciação da Comissão Intergestora Regional, bem

como a apreciação da SESA-PR, estendendo seu alcance na qualificação dos profissionais que atuam nos cuidados das pessoas com HA, especialmente, em situações inusitadas como esta da pandemia da Covid-19.

REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F L. Sano, H.: **Associativismo intergovernamental: experiências brasileiras**. Brasília: IABS, 2013.

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Science Institute**, São Paulo, v.3, n.30, jul./set. 2012.

ANASTÁCIO, A. B. L. **Planejamento**: instrumento de organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família. Corinto, UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento__instrumento_de_organizacao_do_processo_de_trabalho_das_Equipes_de_Saude_da_Familia/458. Acesso em: 26 mar. 2021.

ARRETCHE, M. **Trajetórias das desigualdades**: como brasil mudou nos últimos cinquenta anos. São Paulo: Unesp, 2015.

ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional**: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa). 1993. 228f. Dissertação (Mestrado em saúde Pública) - Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

BERNAL, R. T. I; ISER, B. P; MALTA, D. C; CLARO, R. M. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel): mudança na metodologia de ponderação. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasil, v. 26, n. 4, p. 701-712, 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mauá da Serra**: população. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/maua-da-serra/panorama> Acesso em: 11 ago. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**: 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/>. Consulta em: 29 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, DE 21 de outubro 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasil, 21 out. 2011a.

BRASIL. 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, 2011b. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasil, 12 dez. 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html#. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **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, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: condições crônicas não-transmissíveis: risco cardiovascular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 21 set. 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018.** Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasil, 22 mar. 2018b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2018:** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 13 nov. de 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde.. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019.** Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 11 dez. de 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Informe sobre evidências clínicas das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nº02/2020:** hipertensão e fatores de risco para doenças cardiovasculares. Brasília: Ministério da Saúde, jul. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 41/2020-DEPROS/SAPS/MS.** Nota Técnica para justificar proposta de instituir, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da

pandemia do novo coronavírus. Brasília: 11 nov. 2020b. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20201120_N_nt412020deprossaps_7471115035381376370.pdf. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil # Pátria vacinada**. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Brasília, 2020c. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.994, de 29 de outubro de 2020**. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do novo coronavírus. Brasília, 2020d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.994-de-29-de-outubro-de-2020-285765919>. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual - como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia**. Brasília, 2020e. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/novembro/03/manual_como-organizar-o-cuidado-de-pessoas-com-doencas-cronicas-na-aps-no-contexto-da-pandemia.pdf. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS**. Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil. Brasília, 2020f. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_indicadores_de_desempenho_200210.pdf. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2019: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020g. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf ISBN 978-85-334-2765-5. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação da Hipertensão e Diabetes no Brasil**. Brasília: 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10236> item

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/atlas_hipertensao_diabetes.pdf

Acesso em: 26 mar. 2021

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Previne Brasil**: Entenda o novo sistema de financiamento da Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2020h. Disponível em:

<https://coronacidades.org/wp-content/uploads/2020/11/PDF-PREVINE-BRASIL-2.pdf>

Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Brasília, 2021b. Disponível em:

<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/estado/indicadores/indicadorPainel.xhtml>. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção básica**: informação e gestão da Atenção básica. Brasília, 2021b. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>

Acesso em: 28 mar. 2021.

CAMPOS, G. W. de S et al. **Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família**. In: _____ et al (org.). Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. p.121-142.

COLUCI, M. Z. O. I; ALEXANDRE, N. M. C; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v.20, n.3, p. 925-936, 2015.

Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

[81232015000300925&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 12 ago. 2020.

CONASEMS. **Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS**. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-](https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/)

[feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/](https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/) Acesso em:

27 out. 2021.

CONASEMS. **Painel de Apoio - Previne Brasil – Resultado 2020**. Disponível em:

<https://www.conasems.org.br/painel/previne-brasil-resultado-2020/>. Acesso 26 mar. de

2021

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 12 ago. 2020,

CUNHA, E. M. da et al. **Matriz Avaliativa do Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: processo de validação por especialistas**. Caderno saúde coletiva, v. 25, n. 2, p. 249-258, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000200249&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 abril 2021.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p. 961-970, 2011.

DANTAS R.C.O. Saúde do homem e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos no nível da atenção primária a saúde **Dissertação** (Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2013. APUD Rodrigues 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/6547> . Acesso em: 17 set. 2020.

DANTAS, R. C. DE O. et al. O uso de protocolos na gestão do cuidado da hipertensão arterial na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista ciência plural**, v. 4, n. 1, p. 117-131, 2018.

DANTAS, R. C. de O.; RONCALLI, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v.24, n.1. p. 295-306, 2019 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35362016>. Acesso em: 17 set. 2020.

D'AMOUR, D.; GOULET, L.; LABADIE, J.; MARTÍN-RODRIGUEZ, L.; PINEAULT, R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18803881>> . Acesso em: 17 set. 2020.

DONABEDIAN, A. **Avaliação na assistência à saúde**. São Paulo: PROAHA, 1992.

DUARTE, G.F. Construção de processo avaliativo para comissões intra-hospitalares de transplante. 2019. 112f. **Dissertação** (Mestrado em Políticas Públicas) – UEM: Maringá, 2019.

FERNANDES, M. T. de O.; SILVA, L. B.; SOARES, S. M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1331-1340, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Mar. 2021.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S. **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. Hucitec, 2011. p. 99-113.

KOHLMANN JR., O. et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. São Paulo, v. 43, n. 4, p. 257-286, 1999.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2021.

LANA, R. M. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, 2020. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000300301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2021.

LÜCHMANN, L.H.H. Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo. **Caderno CRH**. Salvador, v. 21, n. 52, p. 185-190, 2008.

MAI, L.D. Avaliação do trabalho em saúde em municípios de pequeno porte: relação entre modelo de atenção e qualidade de vida. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Kalinowski CE, Crozeta K, Fonseca RMGS, organizadores. **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 2**. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 10 -27. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância, v. 3).

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n.4, p.599-608, 2014.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/3KVNxKQWkVYDvZ56xQ6Pw4y/abstract/?lang=pt#>.

Acesso em: 12 mar. 2021.

MANTOVANI, M. et. al. Protocolos clínicos na orientação de pessoas com doença crônica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, n. 4, 2015, p. 821-828, 2020.

MAZZA, D. A. A. Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica e as Práticas Colaborativa para o Cuidado Integral. **Dissertação** (Mestrado Saúde Coletiva) –

Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020. Disponível em:

<http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000231203>. Acesso em: 29 mar. 2021.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, jun, 2020. Disponível em:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>. Acesso em: 18 abr. 2021.

MENDES, E. V. **As Redes de atenção a Saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.

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

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível**. 2020.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface, Comunicação e Saúde**, v. 4, n. 6, p 109-116, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/hWjdyMG9J4YhwPLLXdY3kfD/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em: 18 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: OMS; 2010. Disponível em:
http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/. Acesso em: 17 set 2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019**. Curitiba: SESA, 2016. Disponível em:
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PlanoEstadualSaude2016MioloAlt.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

PARANÁ. Secretária da Saúde da Saúde do Paraná. **Linha guia de Hipertensão Arterial /SAS**. 2 ed. Curitiba: SESA, 2018.

PARANÁ. Prefeitura de Mauá da Serra. **Prefeitura de Mauá da Serra**. Disponível em:
<https://www.mauadaserra.pr.gov.br/artigo/75>. Acesso em: 18 abr. 2021.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. **Nota Orientativa nº 32/2020**: Sistematiza cuidados às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus frente à pandemia da Covid-19. Disponível em:
http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/202006/no_32_cuidados_as_pessoas_com_hipertensao_arterial_sistemica_e_diabetes_mellituspdf,2020a
Acesso em: 18 abr. 2021.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. **RESOLUÇÃO SESA Nº 1418/2020**: Institui as diretrizes do Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios

Intermunicipais de Saúde – QualiCIS, destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Médico de Especialidades – AME no Paraná. 2020b

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Vacinação contra a Covid – 19**. Curitiba: Secretaria da Saúde, 2021.

PEREIRA, W.; BORGES, W A. Desigualdade social rico e desigual: as persistentes e vergonhosas contradições do Brasil. **LE monde -Diplomatique**: Brasil, 2020.

PRIORI, J. TONELLA, C. Ação coletiva e movimentos sociais: em busca de uma metodologia analítica. **Política e Sociedade**, v.3, n. 28, set/dez, 2014.

RODRIGUES, C. I. S. et al. Diagnóstico e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.32, supl.1, p.05-13, 2010.

RODRIGUES M.T.P.; Moreira T.M.M.; Andrade D.F. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p.232-239, 2014.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, pp. 1281-1289, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SARTI, T. D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>>. Acesso em 18 abr. 2021.

SILVA, F. V. R. **Manuais Organizacionais: instrumentos de Gestão e Competitividade**. Cases worpress, 2008. Disponível em: <https://casesdesucesso.wordpress.com/2008/11/10/manuais-organizacionais-instrumentos-de-gestao-e-competitividade/>. Acesso em 20 set. 2020

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7 a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**, v. 107, n.3, Supl.3, 2016. Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf.

Acesso em: 18 abr. 2021.

SOUZA, A. C. de; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. de B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 26, n. 3, p. 649-59, 2017. Disponível em:

<https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>. Acesso em: 12 ago. 2020.

TORRES, R. M.; LIU, P. M.; **Guia prático para uso de plataformas virtuais no ensino remoto**. Horizonte: UFMG, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic.

Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. 2020. Acesso em: 12 ago. 2020.

APÊNDICE 1: INSTRUMENTO DIRETIVO VERSÃO PARA AVALIAÇÃO

Prezado Participante:

Temos o prazer de convidá-lo para participar como avaliador no processo de análise de validação do instrumento diretivo junto às equipes da APS nos municípios em âmbito de uma Regional de Saúde, ou seja, o conteúdo de um instrumento diretivo de manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Atenção Primária à Saúde (APS) incluindo a condição de distanciamento social. Faz parte de pesquisa vinculada ao Programa de Mestrado em Políticas Públicas, da Universidade Estadual de Maringá, intitulada: **“PROTOCOLO PARA MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE INCLUINDO MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL”**, aprovada pelo COPEP com parecer sob nº 4.319.952, de 05 de outubro de 2020. tema alterado para “Procedimentos e boas práticas para o manejo da Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde envolvendo medidas de distanciamento social”.

A partir do atual cenário pandêmico do coronavírus, causador da Covid-19, a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta o distanciamento e isolamento social como uma das medidas fundamentais de enfrentamento e controle da doença. Essa medida, no entanto, tem gerado impactos diretamente sobre a população de indivíduos que sofrem com algum tipo de condição crônica, em especial, a HA. Um dado relevante e preocupante é que, mesmo antes do cenário pandêmico, as condições crônicas já apresentavam um crescimento significativo na população brasileira. Neste contexto, o objetivo da pesquisa é construir um instrumento diretivo de manejo da HA na APS incluindo a condição de distanciamento social. Estudo metodológico, ancorado no modelo conceitual de Avaliação da qualidade em Saúde, de Donabedian (1992), que define três dimensões a serem consideradas: estrutura, processo e resultado. Essa preocupação emerge concomitante às responsabilidades de gestão da APS na esfera estadual para com os municípios da área de abrangência e, sob a perspectiva do profissional de saúde, reveste-se de importância pois passa a compor um conjunto de normativas e orientações para o efetivo cuidado ao usuário hipertenso. No caso, Apucarana é município sede de uma das 22 Regionais de Saúde (RS), da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná (SESA), a 16ª RS, abrangendo o Vale do Ivaí, e compõe uma das cinco RS da Macrorregião Norte do estado. Este trabalho pioneiro tem como objetivo elaborar e validar um instrumento diretivo de manejo da HA, seguindo linha guia vigente em âmbito da SESA, no cuidado ao portador de doenças crônicas.

Esta pesquisa é dividida em duas fases: **Análise de Conceito e Análise de Conteúdo do protocolo de manejo da HA na APS.**

Sua participação se dará no referencial metodológico de construção de instrumentos na área da saúde, seguindo-se as etapas de: I-Estabelecimento da estrutura conceitual; II-definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; III-Construção dos itens e das escalas de resposta; IV-Seleção e organização dos itens; V-Estruturação do instrumento; VI-Validade de Conteúdo. Para tanto, solicitamos sua colaboração para o preenchimento de um instrumento que contará com a **caracterização do participante** e a **análise de conteúdo dos itens relacionados ao instrumento diretivo** manejo do portador de HAS na APS.

Solicitamos que você preencha os dados de identificação e analise as definições conceituais e operacionais de cada item que compõe o instrumento diretivo. Após a leitura criteriosa de cada definição, solicitamos que você avalie cada uma com base nos seguintes critérios: **relevância, clareza e precisão.**

Esta etapa é essencial para o desenvolvimento de nosso estudo, o qual se torna inviável sem a sua contribuição. Assim, solicitamos que nos envie o instrumento preenchido até dia 01/03/2021, por gentileza, para que seja possível a execução da próxima fase da pesquisa.

Sua participação como gestor ou profissional atuante na 16ª RS é de suma importância, a qual agradecemos antecipadamente. Solicitamos a gentileza de confirmar o recebimento deste e-mail e sua intenção de participar como avaliador e protagonista neste processo.

Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Mestranda: Mércia Aparecida de Paula

Dados de Identificação e caracterização do participante:**Identificação**

Nome:

Idade:

Sexo () Feminino () Masculino

Naturalidade (Cidade, Estado):

Local de trabalho:

Município:

Dados Acadêmicos e Profissionais

Formação:

Titulação

() Especialista () Mestre () Doutor

Área de Especialização:

Tema da Monografia de Especialização:

Área do Mestrado:

Tema da dissertação de Mestrado:

Área do Doutorado:

Tema da Tese de Doutorado:

Ocupação Atual:

Tempo de formação profissional (anos completos):

Nos últimos 12 meses, em qual local exerceu suas atividades profissionais?

() Hospital () Unidade Básica de Saúde/ESF () Instituição de Ensino ()

Outros _____

Instrumento diretivo para manejo da HAS na APS incluindo medidas de distanciamento social e pautado em parâmetros de *estrutura, processos e resultados*, em âmbito da 16ª Regional de Saúde, do estado do Paraná, 2020.

Critérios	O que é?	Quais os níveis que posso preencher?	Como devo preencher?
Relevância	Refere-se à capacidade dos itens das etapas de estrutura, processos e resultados serem consistentes com a estruturação de um instrumento diretivo de manejo de HA na APS envolvendo distanciamento social.	<p>1-Concordo totalmente: O item está diretamente relacionado ao instrumento;</p> <p>2-Concordo parcialmente: O item está fortemente relacionado ao instrumento, embora apresente alguma relação com outros fenômenos similares;</p> <p>3 – Indiferente: O item apresenta relação duvidosa com o instrumento e apresenta relação com outros fenômenos similares;</p> <p>4- Discordo parcialmente: O item apresenta muito pouca relação com o instrumento, estando mais associado a outros fenômenos similares;</p> <p>5- Discordo totalmente: O item não apresenta qualquer relação com o instrumento, estando associado a outros fenômenos;</p>	1() 2() 3() 4() 5()
Clareza	Refere-se à capacidade de caracterizar a inteligibilidade de cada definição construída para os itens de validação do instrumento, utilizando	<p>1-Concordo totalmente: a definição proposta está descrita de forma compreensível sem a necessidade de ajustes;</p> <p>2-Concordo parcialmente: a definição proposta está descrita de forma compreensível, porém, pode se beneficiar de alguns pequenos ajustes;</p> <p>3 – Indiferente: a definição proposta está descrita de forma compreensível, porém, podem necessitar de alguns ajustes;</p> <p>4- Discordo parcialmente: a definição proposta está descrita de forma pouco compreensível e necessita de ajustes;</p> <p>5- Discordo totalmente: a definição proposta está</p>	1() 2() 3() 4() 5()

	como base frases curtas e expressões inequívocas e simples que representam uma única ideia.	descrita de forma incompreensível e necessita de uma revisão completa.	
Precisão	Consiste na capacidade de cada definição em permitir a distinção de um item específico dos demais, mantendo a caracterização do mesmo.	<p>1-Concordo totalmente: a definição proposta inclui todos os elementos necessários para caracterizar o item;</p> <p>2-Concordo parcialmente: a definição proposta inclui quase todos os elementos necessários para caracterizar o item, embora aqueles que faltam não impedem a avaliação adequada do mesmo;</p> <p>3 – Indiferente: a definição proposta inclui alguns elementos necessários para caracterizar o item, e aqueles que faltam podem afetar a adequada avaliação do mesmo;</p> <p>4- Discordo parcialmente: a definição proposta inclui poucos elementos dentre os necessários para caracterizar o item, e aqueles que faltam afetam a adequada avaliação do mesmo;</p> <p>5- Discordo totalmente: a definição proposta não inclui nenhum dos elementos essenciais para caracterizar o item.</p>	1) 2()3() 4()5()
Definição Conceitual	Se propõe a definir o conceito com significado conotativo (compreensivo, teórico), estabelecido por meio da revisão da literatura e experiência profissional.		
Definição Operacional	Se propõe a definir como o conceito é identificado e avaliado. Reflete a expressão do fenômeno na realidade em que ocorre.		
Sugestões, justificativas ou outras contribuições	Caso algum item seja assinalado com o 2, 3, 4 ou 5, utilize este espaço indicado para justificativa , sugestões de modificação ou exclusão, bem como outras considerações que julgar pertinentes.		

Parâmetros Instrumento Diretivo:

ESTRUTURA	Critérios		
	Relevância	Clareza	Precisão
Ato de implantação e avaliação do referido instrumento	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: É o documento que implanta e define o início da aplicação do instrumento na UBS/equipe/município, bem como o processo de avaliação do mesmo.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: Está disponibilizado documento que define a implantação e a forma como será avaliado o instrumento junto as equipes da APS no município.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Linha Guia da Hipertensão Arterial e das fichas de estratificação disponíveis	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: Estabelece ou segue linha Guia apresentada pelo estado do Paraná, de 2018, ou outras Linhas Guias.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: Está disponibilizada a Linha Guia da Hipertensão Arterial e utilizada pelas equipes da APS.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Instrumento de consulta e monitoramento das Pessoas com Hipertensão na APS	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: É um instrumento para o monitoramento do usuário hipertenso utilizado pelas equipes da APS, composto por: dados de identificação, formas de acompanhamento, indicadores de saúde, indicadores psicossociais, sinais e sintomas presentes, ocorrência de complicações, realização de exames, equipe multiprofissional, plano de cuidados e condutas da APS e das equipes especializadas.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: Equipe está trabalhando com instrumento que consegue dar suporte ao monitoramento dos usuários hipertensos.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			

Unidades dotadas de manual de normas e rotinas e/ou Procedimento Operacional Padrão (POP) para as principais atividades relacionadas ao atendimento ao usuário hipertenso.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: O manual de normas e rotinas é um instrumento que prioriza o detalhamento das ações desenvolvidas no serviço de saúde. POP é um documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo e tem como objetivo padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução da atividade.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: A UBS dispõe de um manual de normas e rotinas; a equipe da APS tem elaborado e segue POP relacionado aos procedimentos desenvolvidos para atender o usuário hipertenso.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Composição dos profissionais das ESF, de acordo com, Cadastro Nacional estabelecimentos de Saúde (CNES).	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: Equipe de Saúde da Família (ESF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da APS no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. A equipe mínima de ESF, conforme definição do Ministério da Saúde, composta por: médico, preferencialmente, da especialidade medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente, especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe, ainda: o agente de combate às endemias (ACE); profissionais de saúde bucal, sendo o cirurgião-dentista, preferencialmente, especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: A composição da Equipe da APS está de acordo com estabelecido no CNES quanto às equipes do município.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Possui insumos e equipamentos necessários para a aferição de pressão arterial com segurança? a) Esfigmomanômetro;	1() 2() 3() 4() 5()		

<p>b) Estetoscópio;</p> <p>c) Insumos para desinfecção: algodão e solução de álcool 70% (líquida e gel);</p> <p>d) EPI: luvas de procedimento, máscara cirúrgica, avental e propé (para visita domiciliar quando necessário);</p> <p>e) Oxímetro;</p> <p>f) Glicosímetro;</p> <p>g) Registro documental: formulário e caneta (informatizado ou em papel)</p>			
<p>Definição Conceitual: É o conjunto de insumos e equipamentos necessários para o acompanhamento do usuário portador de doenças crônicas, no caso, a HAS.</p>		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
<p>Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)</p>			
<p>Definição Operacional: A UBS dispõe de insumos e equipamentos mínimos necessários para o controle pressórico e glicêmico do usuário portador de doenças crônicas, bem como o registro documental desse acompanhamento.</p>		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
<p>Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)</p>			
<p>Possui ferramentas tecnológicas mínimas necessárias ao atendimento do hipertenso?</p> <p>a) Computador com acesso à internet;</p> <p>b) Telefone fixo;</p> <p>c) Telefone celular;</p> <p>d) Copiadora e scanner;</p> <p>e) Celular com acesso à internet e aplicativo WhatsApp.</p>	1() 2() 3() 4() 5()		
<p>Definição Conceitual: As ferramentas tecnológicas correspondem a uma inovação na área da saúde que favorecem a efetividade do acompanhamento do usuário hipertenso, proximidade de vínculo, produtividade, agilidade nos procedimentos, segurança do paciente, continuidade do tratamento habitual frente ao distanciamento social. Para a Política Nacional Humaniza SUS, com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do SUS e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão.</p>		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
<p>Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)</p>			
<p>Definição Operacional: As equipes da APS dispõem de equipamentos e ferramentas tecnológicas para acompanhamento</p>		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()

do usuário portador de doenças crônicas, no caso, a HAS.			
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Ambiente destinado ao acolhimento dos usuários	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: O acolhimento de demanda espontânea, é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: A UBS dispõe de um ambiente seguro para o acolhimento e escuta dos portadores de doença crônica, no caso, a HAS.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Possui apoio diagnóstico no município, quando necessário, para a realização de: a) Exames laboratoriais; b) Eletrocardiograma; c) USG de abdome total; d) Ecocardiograma; e) Outros	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: Conforme Ministério da Saúde, apoio diagnóstico envolve todas as ações que as equipes de saúde devem oferecer para que as pessoas/cidadãos recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS. A tabela completa dos serviços oferece orientações complementares sobre o tópico abordado, incluindo algumas recomendações e referências para consulta, bem como a lista de insumos necessários para a oferta do determinado serviço. Em “Atenção e Cuidados Centrados no Adulto e no Idoso” tem-se uma subdivisão em cuidados e atenção à saúde da mulher; cuidados e atenção à saúde do idoso e atenção e cuidados clínicos em saúde do adulto e do idoso. O gestor municipal poderá adequar (acrescentando, retirando ou reformulando) itens, materiais e insumos de acordo com as necessidades e condições locais, e adaptar a oferta nacional para a realidade do município.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: O município dispõe de apoio diagnóstico como subsídio e ação auxiliar para acompanhamento		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()

do usuário portador de agravos crônicos, sendo os serviços efetivamente disponibilizados às Equipes da APS.			
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Unidade com acessibilidade	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: As Nações Unidas, conforme o Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes, destacam o princípio da igualdade de direitos entre as pessoas, sendo que as necessidades de todo o indivíduo, com deficiência ou sem deficiência, têm a mesma importância e elas devem constituir a base do planejamento social. Todas as políticas relativas à pessoa com deficiência devem assegurar o acesso a todos os serviços da comunidade e todos os recursos devem ser empregados de tal modo que garantam uma oportunidade semelhante de participação para cada indivíduo.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: A UBS apresenta uma estrutura que venha ao encontro do usuário deficiente e idoso portador de doenças crônicas, quando estes precisarem de atendimento presencial na unidade.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Equipe dotada de programa de educação permanente em saúde com, pelo menos, uma ação educativa mensal e registro das ações.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: Conforme o dicionário de educação profissional da saúde, a <u>educação permanente em saúde (EPS)</u> precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’ e como uma ‘política de <u>educação na saúde</u> ’. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas, enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a EPS tem em vista o <u>trabalho</u> .		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: A Equipe da Unidade consegue realizar ações educativas e tem de alguma maneira o registro destas ações.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			

PROCESSO	Critérios		
	Relevância	Clareza	Precisão
Realizar ampla divulgação na comunidade quanto à importância da identificação precoce, cadastro e	1() 2() 3() 4() 5()		

monitoramento do hipertenso.			
Definição Conceitual: É a capacidade do município em divulgar a importância e necessidade do controle das doenças crônicas pelo serviço de saúde da APS.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: Faz uso dos meios de comunicação, como rádio, carro de som, instituições comunitárias, instituições religiosas e outros.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Identificar e cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência adstrita.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: É a identificação e cadastro de todos os hipertensos da área de abrangência da UBS. Conforme programa Previne Brasil, de 2019, um dos indicadores de qualidade da APS é cadastrar e monitorar o usuário hipertenso uma vez a cada semestre.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: Identificação está de acordo com o preconizado no Sistema da Atenção Básica (SISAB) e programa Previne Brasil.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Estratificar o risco de 100% dos hipertensos da área de abrangência adstrita.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: Conforme Linha Guia 2018, da SESA, a estratificação de risco é realizada pela equipe da Atenção Primária por meio da história clínica do usuário e da análise dos exames preconizados. A decisão relativa à abordagem de portadores de HAS não deve ser baseada apenas nos níveis de pressão arterial, mas também na presença de outros fatores de risco e doenças concomitantes, tais como diabetes, lesão em órgãos-alvo, doença renal e cardiovascular. Deve-se também considerar os aspectos familiares e socioeconômicos.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: Identificação do usuário hipertenso de baixo, médio e alto risco está sendo realizado rotineiramente em meio ao cenário de distanciamento social.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Elaborar um plano individual de cuidados interagindo atividades presenciais e remotas para 100% dos hipertensos da área adstrita.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: Os planos de cuidados precisam ser dinâmicos, assim como o é a vida das pessoas e seus contextos. E, para que permaneçam adequados e em direção ao alcance dos objetivos, precisam ser monitorados e feitos reajustes às		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()

<p>intervenções, se for o caso. O monitoramento pode ser presencial, por telefone ou por correio eletrônico. O monitoramento deve se fazer, ademais, para verificar se as necessidades da pessoa e de sua família estão sendo satisfeitas. Uma gestão de caso bem-sucedida implica alcançar essas necessidades em vários campos: criar uma atmosfera de esperança; responder com honestidade a todas as questões; garantir o cuidado humano e de qualidade; conhecer o prognóstico; conhecer a evolução da pessoa; saber o que está sendo feito e o que deverá ser feito; falar frequentemente com os profissionais que prestam o cuidado; estar presente na residência da pessoa, quando necessário; instruir sobre os cuidados a serem providos; e, saber abordar a possibilidade da morte.</p>			
<p>Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)</p>			
<p>Definição Operacional: Essa ferramenta de manejo do usuário portador de Hipertensão Arterial Sistêmica acontece de maneira interdisciplinar e fortalece o autocuidado, para efetivo cumprimento do plano de cuidado elaborado.</p>		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
<p>Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)</p>			
<p>Atividades educativas remotas com 100% dos hipertensos da área adstrita.</p>	1() 2() 3() 4() 5()		
<p>Definição Conceitual: A participação das pessoas com HAS e diabetes em atividades de educação em saúde, tanto individuais quanto coletivas, é um fator motivador para o autocuidado, para a instituição de mudanças no estilo de vida e para adesão ao tratamento.</p>		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
<p>Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)</p>			
<p>Definição Operacional: Com a pandemia da Covid-19, que preconiza o distanciamento social, muitos portadores de doenças crônicas, inclusive HAS e com outros quadros associados, deixaram de frequentar a UBS para acompanhamento. Nesse contexto, a equipe da ESF consegue desenvolver a educação em saúde, seja de modo individual, em pequenos grupos ou de forma comunitária.</p>		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
<p>Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)</p>			
<p>Orientar como serão disponibilizados os medicamentos anti-hipertensivos durante o período de distanciamento social.</p>	1() 2() 3() 4() 5()		
<p>Definição Conceitual: A medida tem como objetivo evitar o comparecimento frequente dos pacientes às unidades dispensadoras de medicamentos, especialmente, as localizadas em locais com alta concentração de pessoas e, com isso, reduzir o contato social que propicia a propagação do vírus.</p>		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()

Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: A unidade da APS tem condições de fazer a dispensação de medicamentos para um período maior do que um mês, rotineiramente utilizado, ou seja, consegue atender a demanda para mais meses de tratamento, de modo que o usuário não tenha que comparecer presencialmente ao serviço. Ou, propicia condições para atender familiar e/ou cuidador deste usuário portador de doença crônica, especificamente a HAS.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Desenvolver, via remota, ações de educação permanente pela equipe multiprofissional aos usuários, referente à alimentação, atividade física, acolhimento psicológico e cuidados com saúde bucal.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: É a implementação de alternativas não presenciais de atendimento e monitoramento dos usuários com doenças crônicas, por meio do uso de tecnologias de comunicação virtual ou remota como contato telefônico ou uso de aplicativos de mensagens, como o WhatsApp®, de acordo com a possibilidade operacional de cada serviço. Cabe aos municípios e serviços de saúde a organização desses fluxos com base no conhecimento dos seus territórios de abrangência, por ser elemento essencial para a organização do cuidado de saúde da sua população.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: As atividades desenvolvidas com o portador de doença crônica pela equipe da UBS conseguem atender as demandas de cuidados que estes necessitam para o adequado manejo e controle da doença.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Disponibilizar meios de comunicação ampliados de modo a divulgar orientações à população hipertensa e seus familiares.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: A UBS e o município dispõem de meios de comunicação ampliados para aproximar o serviço de saúde da população. Esses dispositivos envolvem rádio local, carro de som, blogs, site da prefeitura, cartazes educativos e outros meios de comunicação.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: As unidades de saúde conseguem utilizar esses meios de comunicação para orientação da comunidade de modo contínuo e eficaz.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			

assinalado 2,3,4,5)			
Orientar e monitorar usuário e familiares quanto a aferição de pressão arterial com esfigmomanômetro e estetoscópio no próprio domicílio.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: É o uso de alternativas presenciais e não presenciais de atendimento e monitoramento pela equipe de ESF junto aos usuários com doenças crônicas, considerando-se a sua estratificação de risco, de modo a avaliar, orientar e monitorar a aferição da pressão arterial no próprio domicílio.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: A equipe de saúde conhece e acompanha a forma como o usuário portador de HAS e familiares utilizam aparelho pessoal de aferição pressórica. Tal acompanhamento implica em um atendimento inicial presencial, em domicílio ou na UBS, seguido do uso subsequente de tecnologias remotas de comunicação, como telemedicina, lives, uso de aplicativos de mensagens, como o whatsapp®, e outros.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Providenciar um meio de calibrar equipamento do usuário para aferição da pressão arterial na residência.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: O esfigmomanômetro é utilizado por profissionais de saúde ou portadores de doenças crônicas na residência para medir a pressão arterial, sendo considerado um dos métodos mais confiáveis para avaliar esse valor fisiológico. Idealmente, para se obter o valor mais preciso de pressão arterial, cada um destes tipos de esfigmomanômetro deve ser calibrado regularmente. Tradicionalmente existem 3 tipos principais de esfigmomanômetro: <ul style="list-style-type: none"> • Aneroide: são os mais leves e portáteis, que normalmente são usados por profissionais de saúde no domicílio com ajuda de um estetoscópio; • De mercúrio: são mais pesados e, por isso, são geralmente utilizados dentro do consultório, também com necessidade de ter um estetoscópio. Uma vez que contêm mercúrio, estes esfigmomanômetro têm sido substituídos pelos aneroides ou digitais; • Digitais: são bastante portáteis e os mais fáceis de utilizar, não precisando de estetoscópio para obter o valor da pressão arterial. Por esse motivo, são os que normalmente são vendidos para não profissionais de saúde. https://www.tuasaude.com/esfigmomanometro/ 		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: O município tem suporte ou pactuação com empresas que podem fazer esta manutenção de calibragem		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()

<p>dos aparelhos de pressão, suporte importante para que não aconteça uma aferição equivocada, levando a uma falsa resposta da realidade dos níveis pressóricos do usuário hipertenso. Um dos aspectos mais importantes para garantir a acurácia das medidas de pressão arterial é a utilização de manguitos de dimensões recomendadas para o uso nas diversas faixas etárias e locais de medida da PA. A utilização de aparelhos de pressão com manguitos de dimensões fora das recomendadas acarretará a imprecisão dos resultados obtidos. A utilização de manguitos de dimensões inferiores às necessidades, de acordo com o paciente sob exame, resultará em pressão arterial superestimada, enquanto o oposto levará à pressão arterial menor que a real.</p>			
<p>Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)</p>			
<p>Estabelecer, em equipe, um processo de matriciamento dos casos graves, com as ações de intervenção.</p>	1() 2() 3() 4() 5()		
<p>Definição Conceitual: O apoio matricial é uma forma de trabalho colaborativo com pelo menos duas dimensões: uma técnico-pedagógica e outra clínico-assistencial. Por meio do matriciamento, são construídos arranjos de processos de trabalho em que o profissional, ou a equipe que matricia, ajuda a ampliar a capacidade de cuidado das equipes de referência. Vale lembrar que quem matricia também é matriciado, também tem coisas a aprender. O apoio matricial possibilita o trabalho conjunto, que se diferencia de formas tradicionais de organização da atenção à saúde e da assistência. Consiste em uma composição em que diversas ferramentas são agregadas (sob certas formas) a favor de uma clínica ampliada e compartilhada</p>		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
<p>Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)</p>			
<p>Definição Operacional: Equipe consegue realizar esse trabalho de matriciamento especificamente nos casos graves, a equipe pode desenvolver um cuidado assistencial e técnico, com olhar dos diversos profissionais e suas especificidades.</p>		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
<p>Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)</p>			
<p>Manter um canal de acesso permanente junto ao paciente e familiares, esclarecendo dúvidas quanto ao seu auto cuidado.</p>	1() 2() 3() 4() 5()		
<p>Definição Conceitual: Disponibilizar e divulgar para a população, formas de comunicação para que em caso de necessidade de atendimentos, as pessoas primeiramente entrem em contato com a equipe da APS para receber orientações nota orientativa SESA 32. Na mesma nota orientativa pontua, que o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário, especialmente, no controle de doenças crônicas, sendo necessárias orientações que reforcem o autocuidado.</p>			
<p>Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)</p>			
<p>Definição Operacional: A equipe da APS consegue manter um</p>			

diálogo com comunidade e usuários estreitando o vínculo e fornecendo orientações de auto cuidado.	
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)	

RESULTADOS	Critérios		
	Relevância	Clareza	Precisão
Realização de busca ativa dos pacientes hipertensos da área de abrangência adstrita.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: Frequentemente, pessoas com menores riscos à saúde têm número de consultas considerado maior que o necessário para o adequado acompanhamento de suas condições crônicas de saúde, enquanto outras, com maiores riscos e vulnerabilidade, não conseguem acesso ao cuidado. Ou, ao contrário, a grande maioria dos recursos é utilizado em uma minoria com doenças graves. A estratificação segundo riscos e as respostas das unidades básicas, conforme o estrato de risco, ajudam a adequar e a ampliar o acesso. Por isso, a importâncias da busca ativa que de fato dos casos graves para que não agudizem nas suas condições crônicas, especialmente na HAS.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: A equipe de ESF realiza a busca ativa dos pacientes portadores de doença crônica, especificamente do hipertenso, e conseguem alcançar 100% de cobertura.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Equipe odontológica e equipe multiprofissional capacitadas em relação a utilização do instrumento.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: O usuário normotenso e/ou com pressão arterial limítrofe deve realizar o atendimento odontológico convencional. Pessoas com PA limítrofe deverão fazer avaliação para identificar a presença de fatores de risco para doença cardiovascular. É necessário verificar se o usuário apresenta necessidade de procedimentos odontológicos clínico-ambulatoriais. O cirurgião-dentista poderá realizar o exame completo do usuário e a instrução de higiene bucal, quando necessário, e marcar o retorno para manutenção conforme rotina da UBS. Os usuários hipertensos que necessitam de atendimento clínico-ambulatorial deverão ter sua PA avaliada previamente, identificando, de acordo com os níveis tensionais, o tipo de atendimento a ser realizado e os encaminhamentos necessários.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			

Definição Operacional: Importante pensar que o profissional odontólogo é primordial no atendimento dos usuário hipertensos, por isso, a importância deste ser capacitado, bem como fazer sua contribuição específica neste cuidado com o usuário hipertenso, e como isso é verificado na Unidade Básica de Saúde.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Realização de visita domiciliar ou teleatendimento de 100% dos pacientes hipertensos estratificados da área adstrita de médio e alto risco.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: Na atenção básica, várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe destacar a diferença desses tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a UBS, mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado. E, devido a Pandemia, a locomoção até à UBS fica dificultada devido este usuário ser grupo de risco, frente ao que o teleatendimento é uma alternativa de cuidado possível e necessária no atual contexto de distanciamento social.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: Usuário estratificado e sendo prioritário para atendimento este acontece por visita domiciliar e teleatendimento, a equipe da UBS conta com ferramentas apropriadas para essa ação de teleatendimento. Nos casos em que for indicada consulta presencial, realizar o agendamento do atendimento em horários de menor fluxo de pessoas, aumentando o espaçamento entre as consultas para evitar aglomeração em salas de espera e restringindo a presença de acompanhantes, quando possível.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Promoção do acompanhamento de 100% dos hipertensos da área de abrangência da área adstrita.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: Relata que além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: Equipe consegue promover esse processo de acompanhamento de 100% dos hipertensos do território.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()

Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Busca em prontuários se dispensação de medicamentos anti-hipertensivos aconteceu conforme necessário, bem como o seu aprazamento.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: É a consulta ao prontuário disponível na UBS para verificação da utilização dos medicamentos padronizados, preconizados no cuidado e utilizados pelo usuário.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: A medida tem como objetivo evitar o comparecimento frequente dos pacientes às unidades dispensadoras de medicamentos, especialmente as localizadas em locais com alta concentração de pessoas e, com isso, reduzir o contato social que propicia a propagação do vírus. A equipe de saúde da Unidade trabalha de forma efetiva para dispensar medicamentos necessários ao usuário.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Análise da interação profissional/usuário alcançado durante o período de distanciamento social.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: Considerando a importância da territorialização e da adscrição das pessoas aos serviços da APS e o desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre equipe e população assistida.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: Neste período de distanciamento social, o vínculo entre equipe de saúde e usuários hipertensos apresenta fragilidades.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Diminuição do número de casos de internação por complicações da HA.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: O perfil epidemiológico do território quanto aos casos de internação por complicação da HAS é conhecido pela equipe da ESF.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: A equipe consegue acompanhar periodicamente esse indicador de diminuição do número de internações.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			

Atenção e, se necessário, alteração do plano terapêutico aplicado a cada usuário hipertenso, conforme a sua condição de saúde.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: A equipe oferece retaguarda para intercorrências, como farmacodermia, falha terapêutica com risco de evolução para septicemia, anafilaxia ou flebites, higiene brônquica e tratamento adequado de broncoespasmo e dispneia, entre outras. Tal retaguarda implica em reavaliação periódica e precoce, de modo a verificar se ocorreu melhora clínica ou se haverá necessidade de mudança do plano terapêutico.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: Quando necessário, a equipe de saúde multiprofissional consegue fazer mudança adequada de um plano terapêutico, levando em consideração as peculiaridades de cada usuário, sua sintomatologia e evolução da doença.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Todos os profissionais de saúde prescrevem dieta alimentar, exercício físico e medicação específica para o grau de hipertensão do paciente e há o retorno à equipe de informações quanto ao seu atendimento.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: O distanciamento social desencadeia ansiedade, conseqüentemente, pode levar ao aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, uso abusivo de bebidas alcoólicas e uso de tabaco e seus derivados, os quais interferem diretamente na desestabilização das doenças crônicas como HAS e diabetes. Diante disso, é importante orientar pacientes, familiares e cuidadores, sobre a necessidade de manter a hidratação, a alimentação adequada e saudável, o sono regular e a atividade física, evitando tabagismo e etilismo.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: A equipe multiprofissional consegue agir de forma pontual e assertiva junto ao usuário e familiares do portador de HAS.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Registro em prontuário do fármaco em uso, intercorrências e orientações prescritas pela equipe multiprofissional da APS.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: O prontuário médico é um documento elaborado pelo profissional e é uma ferramenta fundamental para seu trabalho. Nele constam, de forma organizada e concisa, todos os dados relativos ao paciente, como seu histórico familiar,		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()

anamnese, descrição e evolução de sintomas e exames, além das indicações de tratamentos e prescrições. Feito no consultório, hospital ou UBS, o prontuário é composto de informações valiosas tanto para o paciente como para o próprio médico. Seu principal objetivo é facilitar assistência ao paciente descrição do Conselho Federal de Medicina.			
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: O prontuário está disponível para acesso de toda a equipe de saúde da APS e ao próprio usuário hipertenso.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
O vínculo está fortalecido no processo de referência e contrarreferência deste usuário na rede de atenção à condição crônica.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados, preferencialmente, pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade: a. ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde; b. gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e c. estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: A equipe de saúde da APS consegue gerir este processo de referência e contrarreferência do usuário portador de doença crônica, especificamente o hipertenso.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Reunião remota entre equipe da APS está pactuada de forma regular e registrada em ata ou lista de presença.	1() 2() 3() 4() 5()		
Definição Conceitual: As atribuições dos profissionais da APS incluem, entre outras: participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho; e, articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada.		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			
Definição Operacional: Equipe da APS tem a prática de realizar reuniões periódicas relacionadas a ações ligadas à discussão de casos clínicos ou aos processos de trabalho,		1() 2() 3() 4() 5()	1() 2() 3() 4() 5()

partindo do princípio da organização do trabalho em saúde.			
Sugestões, justificativas ou outras contribuições (caso tenha assinalado 2,3,4,5)			

QUESTÃO SUBJETIVA: Considerando o exposto, utilize esse espaço para sugestões, críticas ou comentários sobre cada item ou subitem do instrumento que julgar necessário:

REFERENCIAS NA CONSTRUÇÃO DOS PARAMETROS DO INSTRUMENTO DIRETIVO.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolo 1 Ministério da Saúde. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília; Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar- Volume I– Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar- Volume II – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde– Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 21 setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 2.217, DE 27 DE SETEMBRO DE 2018. Aprova o Código de Ética Médica. O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958,

modificado pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009 e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e consubstanciado na Lei nº 6.828, de 29 de outubro de 1980, e na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 11 dezembro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 12 novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) : versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO - RDC Nº 357, DE 24 DE MARÇO DE 2020, dispõe sobre; que estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e permite, temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial, em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-357-de-24-de-marco-de-2020-249501721>

BRASIL, Ministério da Saúde. <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid> Brasília, 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; Domitti, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública v.23 n.2 Rio de Janeiro fev. 2007

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2015, vol. 20, n.3, p.925-936. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 ago. 2020.

DONABEDIAN A. Avaliação na assistência à saúde. São Paulo (SP): PROAHA, 1992.

MELO, Eduardo Alves; VIANNA, Eliane Chaves; PEREIRA, Luciana Alves. Caderno do Curso Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos Nasf: aperfeiçoamento. / organizado por Eduardo Alves Melo, Eliane Chaves Vianna e Luciana Alves Pereira. – 2ª ed. rev. – Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça 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.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. P2231 Linha guia de hipertensão arterial / SAS. – 2. ed. – Curitiba: SESA, 2018.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Nota Orientativa; 04/2020. Atendimento dos idosos frente a pandemia COVID-19, 20 março de 2020. Disponível

em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-06/no_04_atendimento_dos_idosos_frente_a_pandemia_covid_19.pdf

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Nota Orientativa; 05/2020. Nota orientativa 05_recomendações para a reorganização dos processos de trabalho nas farmácias que dispensam medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica e do elenco complementar da SESA-PR frente à pandemia de COVID-1_V3. Disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-10/NO_05_ASSISTENCIA_FARMACEUTICA_V3.pdf

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Nota Orientativa nº 10/2020 – Alimentação e Atividade Física. Disponível em: <

http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/NO_10_ALIMENTACAO_E_ATIVIDADE_FISICA__1.pdf>. Acesso em 08/04/2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Nota Orientativa nº 11/2020 - Tabagismo e uso de derivados do tabaco. Disponível em: Acesso em 08/04/2020.

SBC-Sociedade Brasileira de Cardiologia. Nota de Esclarecimento Infecção pelo Coronavírus 2019 (COVID-19). Sociedade Brasileira de Cardiologia. Disponível em: . Acesso em 08/04/2020

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Nota Orientativa nº 14/2020 - MEDICAMENTOS CONTROLADOS: REGULAMENTOS SANITÁRIOS EXCEPCIONAIS FRENTE À PANDEMIA. Disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2006/NO_14_MEDICAMENTOS_CONTROLADOS%20REGULAMENTOS_SANITARIOS_EXCEPCION%20AIS_FRENTE_A_PANDEMIA_V2.pdf

PARANÁ, Secretaria de Saúde. Nota Orientativa nº 32/2020, que sistematiza cuidados às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus frente à pandemia da Covid-19. Disponível em:

http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-06/no_32_cuidados_as_pessoas_com_hipertensao_arterial_sistemica_e_diabetes_mellitus.pdf.

PARANÁ; Secretaria Estadual de Saúde; Nota Orientativa 33/2020; Nota aos Ambulatórios Organizados no Modelo de Atenção às Condições Crônicas em tempos de Covid-19; Acesso em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-06/NO_33_AMBULATORIOS_ORGANIZADOS_NO_MODELO_DE_ATENCAO_AS_CONDICOES_%20CRONICAS_V6.pdf

RODRIGUES, Cibele I. Saad et al. Diagnóstico e classificação. vol.32, suppl.1, pp.05-13. ISSN 0101-2800. *J. Bras. Nefrol.* [online]. 2010.

Sociedade Brasileira de Cardiologia 7 a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Vol. 107, Nº 3 Supl. 3, set.2016. Disponível no SITE EM 24/07/2020

http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

TORRES, Rosália Morais; LIU, Priscila Menezes; Guia prático para uso de plataformas virtuais no ensino remoto [recurso eletrônico] / coordenação. Horizonte: Faculdade de Medicina / UFMG, 2020.

APÊNDICE 2: FORMULÁRIO ACOMPANHAMENTO HIPERTENSO

Instrumento de consulta e acompanhamento da pessoa com Hipertensão na APS

Nome: _____

Como gosta de ser chamado: _____

Nome do(a) companheiro(a) – (opcional): _____

Data do Primeiro diagnóstico: ___/___/_____ PA: Diagnóstico: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Escolaridade: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Idade: _____

Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Recebe: Aposentadoria () Não () Sim e/ou Pensão () Não () Sim e/ou

Auxílio-doença? () Não () Sim

Lazer: Você participa de alguma atividade de lazer / grupo? () Não () Sim

Qual(is)? _____

Trabalha fora de casa: () Sim () Não

Ocupação Atual: _____

Ocupação Anterior: _____

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Tel. Fixo: _____ Tel. Celular: _____

e-mail: _____

Outros meios para recado: _____

Comorbidades:

Cardiopatia () Diabetes () Anemia () Tuberculose () Nefropatia () Problemas Tiroide ()

Outros: _____

Vacinas: (Verificar na carteira de vacinação)

Febre Amarela - () Não () Sim

Gripe - () Não () Sim

Pneumonia (> 80 anos) - () Não () Sim

Outras: _____

Farmacodependência/ Medicamentos Utilizados: _____

● *Formas de Acompanhamento:*

Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Contato Orient.				
Presencial na UBS				
Visita Domiciliar				
Via telefone				
E-mail				
WhatsApp				
Familiares				
Outros				

● *Indicadores de Saúde:*

Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Ind. Saúde				
PA				
Altura				
Peso				
IMC				
Cintura				
Circunf. Abdominal				
Atividade Física				
Ingesta de Sal baixa ou alta				
Ingesta de gordura baixa ou alta				
Hábito de Fumar				
Hábito consumo de álcool.				
Insônia				
Interrupção de tratamento				
Exposição agrotóxicos/ Pesticidas				
Desnutrição				
Obesidade				
Outros				

● *Indicadores Psicossociais*

Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Psicossociais				
Estresse				
Baixa Auto Estima				
Depressão				
Ansiedade				
Apoio familiar				
Empregado				
Lazer				
Apoio espiritual				
Outros				

● *Sinais e sintomas presentes*

Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Sinais sintomas				
Cefaleia				
Alterações Visuais				
Déficit neurológico				
Déficit Motor				
Dor precordial				
Dispneia				
Outros				

- *Ocorrência de complicações*

Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Internação				
AVE				
IAM				
Angina				
Insuficiência Cardíaca				
Neuropatia				
Aterosclerose				
Arritmias				
DVP				
Outros				

AVE: Acidente Vascular Encefálico; IAM: Infarto Agudo do Miocárdio; DVP: Doença Vascular Periférica

- *Realização de exames*

Data - Resultado	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Exames				
Hemograma				
Glicemia de jejum				
Colesterol total				
HDL-col,				
LDL-col,				
Triglicerídeos				
Creatinina sérica (com estimativa da taxa de filtração glomerular)				
Potássio sérico				
Ácido úrico sérico				
Análise urina (EAS ou tipo 1)				
Eletrocardiograma				
Hemoglobina glicada				
Ureia				
Sódio				
Relação albumina/creatinina em amostra urinária				
ECG				
Fundoscopia para HAS estágio 2 e 3				

- Equipe Multiprofissional participante:

- Plano de Cuidado e condutas (Equipe da ESF e Multiprofissional da APS):

- Plano de Cuidado proposto pela atenção equipe especializada dos Ambulatórios Multiprofissionais Especializados do Paraná (AMMES).
Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (AAE).

- Anotações extras importantes:

Fonte: A autora 2021.

APÊNDICE 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “PROTOCOLO PARA MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE INCLUINDO MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL”, de autoria de Mércia Aparecida de Paula, aluna do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – Mestrado Profissional, de uma Universidade Pública do Paraná, orientada pela prof.^a Dr^a Lilian Denise Mai. O objetivo geral da pesquisa é construir um protocolo de manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde incluindo a condição de distanciamento social. Envolverá duas etapas, a primeira com a construção do protocolo e validação junto a um município piloto da área de abrangência da 16^o Regional de Saúde de Apucarana e, após revisão do mesmo, nova submissão a mais oito municípios dessa mesma regional, como segunda etapa de pesquisa. Para isto, a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: na primeira etapa, você responderá um questionário com perguntas pré-estruturadas e participará de uma ou mais reuniões remotas, gravadas, envolvendo gestores da APS e coordenadores de equipes de saúde da família; na segunda etapa, apenas respondendo ao questionário. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa, pois há a possibilidade de ocorrer qualquer tipo de desconforto, especialmente de ordem emocional diante das questões, ou, de disponibilidade de tempo para responder ao questionário. Informamos, ainda, que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os benefícios esperados da pesquisa envolvem produzir dados que motivem o interesse para que haja mais pesquisas sobre a temática; despertar a atenção de gestores, profissionais de saúde, usuários e estudantes em formação sobre a importância do acompanhamento do portador de Hipertensão Arterial Sistêmica, especialmente, em contextos extraordinários como uma pandemia; implantar o protocolo em âmbito da 16^a Regional de Saúde e, quiçá, do estado de Paraná; e, elaborar trabalho de caráter científico com possível publicação, sendo garantido o anonimato dos participantes. É importante que fique ciente de que as informações fornecidas são consideradas estritamente confidenciais e serão divulgados apenas os resultados globais da pesquisa. Caso você tenha mais dúvidas

ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu, _____ (nome por extenso do participante da pesquisa), declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela prof^aDr^a Lilian Denise Mai.

_____ Data: ___/___/_____

(Assinatura ou impressão datiloscópica)

Eu, _____ (nome do pesquisador que aplicou questionário), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data: ___/___/_____

(Assinatura do pesquisador)

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com os pesquisadores, conforme o endereço abaixo:

Nome: Lilian Denise Mai

Endereço: Av. Colombo 5790. Campus Sede da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – Mestrado Profissional

Telefone: (0xx44) 3011-4510. E-mail: ldmai@uem.br

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. UEM-PPG-sala 4.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3011-4444

E-mail: copep@uem.br

ANEXO 1: SOLICITAÇÃO DE PESQUISA E DECLARAÇÃO AUTORIZAÇÃO

16ªRS

SOLICITAÇÃO DE PESQUISA E DECLARAÇÃO AUTORIZAÇÃO 16ªRS.



Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – Mestrado Profissional

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Apucarana, 19 de agosto de 2020.

Ao
Diretor da 16ª RS Apucarana
Sr. Dr. Altmar J. Carielo

Eu, Mércia Aparecida de Paula, responsável principal pelo Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, o qual pertence ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – Mestrado Profissional, da Universidade Estadual de Maringá, venho pelo presente, solicitar autorização para realizar a pesquisa sob o título PROTOCOLO PARA MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE INCLUINDO MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL, com o objetivo de construir um protocolo de manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária a Saúde incluindo a condição de distanciamento social. Pretende-se estruturar o protocolo com base em literatura e nas linhas guias utilizadas no estado do Paraná e, posteriormente, validá-lo junto aos gestores e equipes da APS em municípios no âmbito desta Regional de Saúde.

Orientado pela Profª Drª Lillian Denise Mal.

Contato pesquisador e-mail mercia.paula@sesa.pr.gov.br e e-mail da orientadora ldmal@uem.br.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todos os cuidados de ética no trato das informações e dados. Contando com a autorização desta Instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

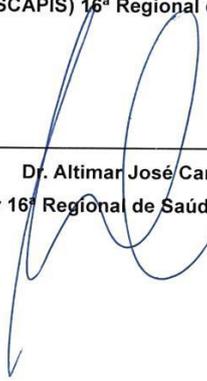
Atenciosamente.

Assinatura do Pesquisador Principal
RG 4 255 442 1

Assinatura da Orientadora
Universidade Estadual de Maringá

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA / ANUÊNCIA

Declaro ter ciência e concordo com o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado: PROTOCOLO PARA MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE INCLUINDO MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL, sob a responsabilidade da pesquisadora Mércia Aparecida de Paula / Seção Atenção Primária (SCAPIS) 16ª Regional de Saúde de Apucarana.



Dr. Altimar José Carletto
Diretor 16ª Regional de Saúde / Apucarana

Dr. Altimar José Carletto
Diretor 16ª R.S.A.
CRM 9488

Apucarana, 19 de agosto de 2020.

ANEXO 2: SOLICITAÇÃO DE PESQUISA E DECLARAÇÃO AUTORIZAÇÃO MUNICÍPIO DE MAUÁ DA SERRA.



Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – Mestrado Profissional

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Apucarana, 19 de agosto de 2020.

A

Secretária Municipal de Saúde de Mauá da Serra
Senhora Viviane Granado Barreira da Silva

Eu, Mércia Aparecida de Paula, responsável principal pelo Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, o qual pertence ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – Mestrado Profissional, da Universidade Estadual de Maringá, venho pelo presente, solicitar autorização para realizar a pesquisa sob o título **PROTÓCOLO PARA MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE INCLUINDO MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL**, com o objetivo de construir um protocolo de manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde incluindo a condição de distanciamento social. Pretende-se estruturar o protocolo com base em literatura e nas linhas guias utilizadas no estado do Paraná e, posteriormente, validá-lo junto aos gestores e equipes da APS em municípios no âmbito da 16ª Regional de Saúde de Apucarana, sendo a primeira etapa desta validação proposta para que ocorra junto ao município de Mauá da Serra.

Orientado pela Profª Drª Lilian Denise Mai.

Contato pesquisador e-mail mercia.paula@sesa.pr.gov.br e e-mail da orientadora lilmai@uem.br.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todos os cuidados de ética no trato das informações e dados. Contando com a autorização desta Instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente.

Assinatura do Pesquisador Principal
RG 4 255 442 1

Assinatura da Orientadora
Universidade Estadual de Maringá



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GESTÃO 2017-2020

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA / ANUÊNCIA

Declaro ter ciência e concordo com o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado: PROTOCOLO PARA MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE INCLUINDO MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL, sob a responsabilidade da pesquisadora Mércia Aparecida de Paula / Seção de Atenção Primária (SCAPIS) 16ª regional de Saúde de Apucarana.

Apucarana, 19 de agosto de 2020.

VIVIANE GRANADO B. DA SILVA
Secretária Municipal de Saúde

Viviane Granado B. da Silva
Secretária Mun. Saúde
Portaria nº 41/2018

RUA XV DE NOVEMBRO, SN, CENTRO, MAUA DA SERRA PR
saude@maudaserra.pr.gov.br - 43 3127 1030

ANEXO 3: -PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DE PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROTOCOLO PARA MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE INCLUINDO MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL

Pesquisador: Lilian Denise Mai

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37708720.1.0000.0104

Instituição Proponente: CCB - ANATOMIA E HISTOLOGIA: MÉTODOS DE ENSINO E PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.319.952

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Construir um protocolo de manejo da Hipertensão Arterial (HAS) na Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo a condição de distanciamento social durante a pandemia da COVID-19. **Objetivos secundários:** 1. Estruturar o protocolo com base em literatura e nas linhas guias e documentos ministeriais utilizados no estado do Paraná; 2. Validar o protocolo junto às equipes da APS nos municípios em âmbito de uma Regional de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre a pesquisa: 1. Desenho/Metodologia: Trata-se de estudo envolvendo um modelo conceitual de Avaliação da Qualidade em Saúde, de Donabedian (1992), que define três dimensões que devem ser consideradas: estrutura, processo e resultado. E, no referencial metodológico de construção de instrumentos na área da saúde, seguindo-se as etapas: I - Estabelecimento da estrutura conceitual; II - Definição dos objetivos do instrumento e da

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copecp@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Projeto: 4.319.952

população envolvida; III- Construção dos itens e das escalas de resposta; IV - Seleção e organização dos itens; V - Estruturação do instrumento; VI - Validade de conteúdo. A coleta dos dados será efetuada junto a gestores, coordenadores da APS e enfermeiras gerentes da Estratégia Saúde da Família (ESF), de outubro de 2020 a abril de 2021 e acontecerá em duas etapas, totalizando 37 entrevistados. Primeira etapa: Serão cinco entrevistados em Mauá da Serra, envolvendo a validação e revisão do protocolo, com avaliação do instrumento e reuniões remotas, gravadas. Para isso, serão consultadas referências de literatura, normativas e orientações do estado do Paraná sobre o tema, especialmente a Linha Guia da Hipertensão da Secretaria da Saúde, o instrumento e a planilha de estratificação de risco do hipertenso e a Nota Orientativa nº 32/2020, que sistematiza cuidados às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus frente à pandemia da Covid-19 (PARANÁ, 2020), bem como documentos do Ministério da Saúde, como a Portaria nº 2.979/MS, de 12/11/2019, e a Portaria nº 3.222/MS, de 10/12/2019, esta que define indicadores e metas, incluindo o percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em um semestre (BRASIL, 2019). Seguindo-se as etapas de estrutura, processos e resultados (DONABEDIAN, 1992), buscar-se-á atender às normativas vigentes e destacar a experiência dos profissionais das equipes de ESF no manejo do paciente hipertenso de modo a incorporar o monitoramento virtual ou remoto, intercalado com os atendimentos presenciais necessários. A estrutura diz respeito aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; o processo relaciona-se ao trabalho em saúde desenvolvido pelos profissionais em interação com os usuários dos serviços, com base em padrões previamente definidos; e o resultado consiste no produto final do trabalho, considerando-se as condições de saúde alcançadas ante a HAS e a satisfação de padrões e de expectativa. Propõe-se a inclusão de uma questão subjetiva quanto às sugestões que possam ser apontadas pelos entrevistados para cada item ou subitem conforme julgado necessário. E, complementamente ao protocolo, propõe para avaliação dos entrevistados um instrumento de consulta e acompanhamento para hipertensos na APS devendo ser este o formulário a ser preenchido individualmente para cada hipertenso acompanhado pela ESF, se assim considerado pertinente pelos entrevistados. Segunda etapa: Ampliação da validação do protocolo junto a oito municípios eleitos, totalizando 50% dos municípios que compõem a 16ª Regional de Saúde de Apucarana, excluindo-se Mauá da Serra que será o município piloto. Serão 32 entrevistados para avaliação do instrumento. Metodologia de Análise de Dados: Os dados serão tabulados em uma planilha do programa Microsoft Excel® 2010 e pelo programa Statistical Package for the Social Sciences® versão 20.0, analisados por meio da estatística descritiva. A validade do conteúdo do protocolo será avaliada e calculada pelo teste de Cronbach para todos os

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copepi@uem.br



Continuação do Parecer: 4.319.952

Itens. A análise do julgamento do questionário se dará pelo Índice de Validade de Conteúdo (I.V.C), que utiliza a escala de Likert, aplicada a cada item individualmente. 2. O cronograma de execução é compatível com a proposta enviada. 3. Descreve orçamento sob a responsabilidade do pesquisador (R\$ 150,00).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a Folha de Rosto assinada pelo responsável institucional em 27/08/2020. Apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em forma de convite, contendo as informações e as garantias mínimas preconizadas. Apresenta o documento com as informações básicas sobre o projeto, o projeto detalhado (mestranda Mércia Aparecida de Paula) e as declarações e autorizações necessárias. Apresenta o instrumento para a coleta de dados e os guias padronizados para avaliação da HAS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela. Alerta-se a respeito da necessidade de apresentação de relatório final no prazo de 30 dias após o término do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1619715.pdf	10/09/2020 19:49:18		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_corrigido_reenvio.pdf	10/09/2020 19:27:33	MERCIA APARECIDA DE PAULA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_Reenvio_.pdf	10/09/2020 19:27:07	MERCIA APARECIDA DE PAULA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_concordancia2_municipio_piloto.pdf	27/08/2020 21:02:38	MERCIA APARECIDA DE PAULA	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_concordancia1regional_sau de.pdf	27/08/2020 21:01:45	MERCIA APARECIDA DE PAULA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	27/08/2020 20:57:31	MERCIA APARECIDA DE PAULA	Aceito

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: cepep@uem.br



Continuação do Parecer: 4.319.952

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/08/2020 20:57:31	MERCIA APARECIDA DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	27/08/2020 20:58:34	MERCIA APARECIDA DE PAULA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_mestrado_UEM.pdf	27/08/2020 20:48:55	MERCIA APARECIDA DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGÁ, 05 de Outubro de 2020

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br