

Elaboração de plano de cuidados como diferencial na prática assistencial ao hipertenso

Elaboration of care plan as a differential in care practice for hypertensive patients

Regina Lúcia Dalla Torre Silva¹

Guilherme Oliveira de Arruda¹

Mayckel da Silva Barreto^{1,2}

Magda Lúcia Felix de Oliveira¹

Laura Misue Matsuda¹

Sonia Silva Marcon¹

Descritores

Hipertensão/terapia; Pressão arterial/terapia; Planejamento de assistência ao paciente; Planejamento antecipado de cuidados; Padrões de prática em enfermagem; Promoção a saúde; Avaliação de serviços de saúde;

Keywords

Hypertension/therapy; Arterial pressure/therapy; Patient care planning; Advance care planning; Practice patterns, nursing; Health promotion; Health services evaluation;

Submetido

29 de Outubro de 2015

Aceito

29 de Setembro de 2016

Autor correspondente

Sonia Silva Marcon
Avenida Colombo, 5790, 87020-900,
Maringá, PR, Brasil.
soniasilva.marcon@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600070>



Resumo

Objetivo: Comparar a assistência em hipertensão arterial entre equipes que elaboram e que não elaboram planos de cuidado, à pessoa com hipertensão arterial e sua família.

Métodos: Estudo avaliativo e transversal, realizado com 63 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Coletaram-se os dados mediante instrumento estruturado preconizado pelo Ministério da Saúde, elaborado e validado pelos pesquisadores. Compararam-se médias/medianas de pontuações obtidas nas subdimensões avaliadas, segundo elaboração do plano de cuidados, por meio dos testes *t* de Student e Mann-Whitney.

Resultados: As pontuações obtidas nas subdimensões promoção da saúde e atendimento individual foram significativamente maiores entre equipes que elaboravam plano de cuidados para os indivíduos com hipertensão arterial e suas famílias.

Conclusão: As equipes da Estratégia Saúde da Família que elaboravam planos de cuidados às pessoas com hipertensão arterial e suas famílias apresentaram melhor desempenho nas práticas assistenciais de promoção da saúde e atendimento individual.

Abstract

Objective: To compare care for hypertension among teams that elaborate and do not elaborate care plans to hypertensive individuals and their families.

Methods: This evaluative and cross-sectional study included 63 nurses from the Family Health Strategy. Data were collected using a structured instrument recommended by the Brazilian Ministry of Health, which was designed and validated by researchers. Mean and median scores from evaluated sub-dimensions were compared according to elaboration of care plan by using the Student *t* test and Mann-Whitney test.

Results: Scores obtained for the sub-dimensions of health promotion and individualized care were significantly higher among teams that elaborated care plans for individuals with hypertension and their families.

Conclusion: Family Health Strategy teams that elaborate care plans to individuals with hypertension and their families had better performance in care practices of health promotion and individualized care.

¹Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

²Fundação Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Mandaguari, Mandaguari, PR, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica constitui um problema de saúde pública de amplitude global, sendo caracterizada por etiologia multifatorial, manutenção de níveis tensionais elevados e alterações metabólicas persistentes, o que acarreta graves complicações cardiovasculares.⁽¹⁾ Estima-se que, anualmente, cerca de 9,4 milhões de mortes no mundo decorram da hipertensão arterial e de suas complicações.⁽²⁾ Isso porque é crescente a prevalência dessa condição crônica na população, aliada ao baixo nível de conhecimento dos indivíduos sobre a doença e às dificuldades de controle dos níveis tensionais.⁽³⁾

Neste sentido, tem-se recomendado fortemente a elaboração sistemática e por escrito de planos de cuidado junto aos indivíduos com condições crônicas, pois o planejamento de ações concretas pode levar a resultados clínicos favoráveis, além de aumentar o conhecimento individual sobre a doença e o próprio tratamento.⁽⁴⁾ Estudo realizado no Paquistão junto a indivíduos hipertensos apontou que o conhecimento satisfatório se associa à manutenção de níveis tensionais em padrões de normalidade.⁽⁵⁾

Ensaio clínico randomizado, realizado junto a indivíduos afro-americanos, verificou que a sistematização de planos de cuidado centrados na participação ativa do paciente melhora a comunicação profissional-paciente, aumenta a percepção de envolvimento no cuidado por parte do paciente, e melhora os níveis da pressão arterial sistólica, sobretudo entre os indivíduos de baixas classes socioeconômicas urbanas e com níveis tensionais não controlados.⁽⁶⁾

Apesar da importância dos planos de cuidado individualizados, ressalta-se também a necessidade, cada vez mais presente, do planejamento do cuidado junto às famílias de pessoas com condições crônicas, em distintos âmbitos de assistência à saúde. Considerando-se que a família vivencia diretamente o enfrentamento da condição crônica pelo indivíduo, destaca-se que a inserção da família no planejamento e na implementação do cuidado pode contribuir para a melhora do controle por parte da pessoa doente, e também do modo como a doença e o manejo do tratamento são significados e experienciados no cotidiano familiar.⁽⁷⁾

À vista disso, destaca-se, com base na literatura, que a motivação intrínseca das pessoas para mudarem pode ser melhor trabalhada a partir de um plano de metas para autocuidado, sobretudo, quando os profissionais de saúde atuam como parceiros na elaboração, no acompanhamento e no apoio deste plano, que busca sanar ou diminuir as barreiras vivenciadas pelas pessoas que convivem com condições crônicas.⁽⁸⁾

Ademais, parte-se do pressuposto de que a elaboração de planos de cuidados pode resultar em diferenças na assistência às pessoas com hipertensão arterial, destacando-se que o enfermeiro constitui profissional importante nesse processo de construção coletiva do plano de cuidado, sobretudo no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Ante o exposto, objetivou-se comparar a assistência em hipertensão arterial entre equipes que elaboram e que não elaboram planos de cuidados, à pessoa com hipertensão arterial e sua família.

Métodos

Estudo avaliativo, transversal, realizado no âmbito da APS em um município de médio porte da Região Sul do Brasil. À ocasião, existiam 27 Unidades Básicas de Saúde, 65 equipes da Estratégia Saúde da Família, uma equipe do Programa de Agente Comunitário de Saúde e sete equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. A população do estudo foi constituída por enfermeiros que atuavam nas equipes da Estratégia Saúde da Família do município. Optou-se por entrevistar enfermeiros, tendo em vista que, no referido município, eram os profissionais com menor rotatividade e os mais envolvidos na gestão da equipe e na implementação de programas específicos de atenção às pessoas com condições crônicas.

Dos 65 enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família à época, 63 compuseram a amostra, pois dois estavam afastados por licença médica. As entrevistas foram agendadas por telefone e realizadas em local reservado, na própria Unidade Básica de Saúde. A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2014, por meio de entrevista com questionário estruturado.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi elaborado de acordo com o preconizado pelo

Ministério da Saúde, para a assistência primária ao indivíduo com hipertensão arterial⁽⁹⁾ e validado utilizando-se a técnica *Delphi*. Participaram do processo de avaliação de 12 especialistas, sendo quatro trabalhadores das equipes de saúde, três gestores, dois médicos cardiologistas e três pesquisadores da área de avaliação. Os critérios validados foram utilizados para elaborar o instrumento composto por 121 questões distribuídas em 3 dimensões: estrutural, práticas assistenciais e organização da atenção à saúde. A dimensão estrutural está constituída por 79 questões referentes às subdimensões área física, materiais e equipamentos, materiais para educação para a saúde, insumos, exames complementares, medicamentos e recursos humanos; a dimensão práticas assistenciais, por 25 questões divididas nas subdimensões promoção para a saúde e atendimento individual; e a dimensão organização da atenção foi constituída por 17 questões (Anexo 1).

Cada dimensão, constituída por suas respectivas subdimensões, apresentava um somatório de pontos de acordo com os itens avaliados e a pontuação atribuída a cada um deles. A soma final dessa pontuação indica o nível de implantação do programa de atenção ao indivíduo com hipertensão arterial na respectiva unidade, classificado em incipiente, intermediário e avançado.⁽¹⁰⁾ Quanto maior a pontuação, maior o grau de implantação do programa. Quatro equipes foram avaliadas como avançadas e 59 como intermediárias.⁽¹¹⁾

Os dados foram digitados e compilados no programa *Excel for Windows* e, posteriormente, exportados para o programa computacional de estatística *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20. A variável “elaboração do plano de cuidados” originalmente categorizada em “sempre”, “quase sempre”, “às vezes”, “quase nunca” e “nunca”; foi categorizada, para fins de análise em “elabora” (sempre e quase sempre) e “não elabora” (às vezes, quase nunca e nunca), constituindo assim a variável “plano de cuidados”. As covariáveis contínuas do estudo foram as subdimensões do instrumento de avaliação, mensuradas em pontos. Os dados foram submetidos ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* e, para aqueles que apresentaram distribuição normal, utilizou-se o teste *t* de *Student* para a comparação, com

apresentação de médias e desvios padrão. Para os dados que não apresentaram distribuição normal, aplicou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, com apresentação de medianas e intervalos interquartis (25% e 75%). Adotou-se o nível de significância de 5% em todos os testes.

A aprovação do projeto de pesquisa consta no parecer nº 168.220, emitido pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá.

Resultados

Dentre os 63 enfermeiros entrevistados, a maioria era do sexo feminino (93,66%). O tempo de atuação variou entre 9 meses e 13 anos, com média de 6,3 anos. A maioria referiu atuar na mesma equipe da Estratégia Saúde da Família há mais de 3 anos (82,50%). No que tange à elaboração de planos de cuidados, verificou-se que 30,2% (n=19) das equipes elaboravam planos de cuidados para indivíduos com hipertensão arterial e 14,3% (n=9) das equipes elaboravam planos de cuidados para as famílias.

Em relação aos planos de cuidados para a pessoa com hipertensão arterial, verificou-se que, nas subdimensões promoção da saúde e atendimento individual, as pontuações obtidas entre as equipes que elaboravam estes planos por escrito e de forma sistematizada foram significativamente superiores àquelas entre as equipes que não os elaboravam (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação das subdimensões do programa de assistência à hipertensão entre equipes que elaboram e que não elaboram plano de cuidados à pessoa com hipertensão arterial

Subdimensões avaliadas	Elabora	Não elabora	p-value
	Me/Md ± DP/IQ	Me/Md ± DP/IQ	
Estrutura			
Área física	19,47±4,56	20,82±4,57	0,288*
Materiais e equipamentos	34,66±6,44	34,20±5,31	0,772*
Equipamentos para urgências	17,00±3,00	17,00±3,00	0,980**
Materiais para educação para a saúde	6,42±2,67	5,84±2,79	0,447*
Exames e medicamentos	3,00±0,37	3,00±0,37	0,392**
Recursos humanos	24,00±11,00	23,00±3,00	0,341**
Profissionais de referência	12,00±11,00	12,00±2,88	0,564**
Práticas assistenciais			
Promoção da saúde	12,72±3,58	10,27±3,09	0,008*
Atendimento individual	19,47±5,75	14,4±4,17	<0,001*
Organização da atenção à saúde	26,87±5,10	25,01±4,67	0,164*

*Teste *t* de *Student*; ** teste de *Mann-Whitney*; DP - desvio padrão; IQ - intervalo interquartil

Diferenças significativas nas pontuações das subdimensões “promoção da saúde” e “atendimento individual” entre as equipes que elaboravam e não elaboravam o plano de cuidados para as famílias dos indivíduos com hipertensão arterial também foram verificadas, porém com pontuações superiores àquelas obtidas em relação aos planos de cuidados individuais (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação das subdimensões do programa de assistência à hipertensão entre equipes que elabora e que não elaboram plano de cuidados à família da pessoa com hipertensão arterial

Subdimensões avaliadas	Elabora	Não elabora	p-value
	Me/Md ± DP/IQ	Me/Md ± DP/IQ	
Estrutura			
Área física	21,33±4,36	20,26±4,63	0,519*
Materiais e equipamentos	31,94±6,26	34,74±5,47	0,169*
Equipamentos para urgências	17,00±3,00	17,00±3,00	0,754**
Materiais para educação para a saúde	5,66±2,91	6,07±2,74	0,684*
Exames e medicamentos	3,00±0,00	3,00±0,37	0,197**
Recursos humanos	22,00±3,50	24,00±5,63	0,106**
Profissionais de referência	10,00±3,50	12,00±5,00	0,055**
Práticas assistenciais			
Promoção da saúde	13,42±4,37	10,61±3,10	0,021*
Atendimento individual	22,05±5,68	14,95±4,41	<0,001*
Organização da atenção à saúde	26,06±6,41	25,49±4,60	0,749*

* Teste *t* de Student; ** teste de Mann-Whitney; DP - desvio padrão; IQ - intervalo interquartil

Discussão

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira delas se relaciona ao fato de não se ter considerado a participação dos trabalhadores de saúde na construção e validação do instrumento de coleta de dados, bem como o fato de não se ter avaliado a elaboração dos planos de cuidados pela equipe, na perspectiva de todos os envolvidos, mas sim por um espectro uniprofissional - no caso, o enfermeiro. O estudo também é de corte transversal, o que não permite a avaliação longitudinal do programa de atenção ao indivíduo com hipertensão arterial. Ademais, seus achados não abrangem a dimensão dos resultados decorrentes da elaboração dos planos de cuidado, considerando-se apenas a estrutura e o processo de trabalho.

Os resultados arrolados constituem indicativo de que existem itens do programa de atenção ao indivíduo com hipertensão arterial que podem estar mais presentes entre as equipes da Estratégia Saúde

da Família que elaboram sempre ou quase sempre os planos de cuidados, sobretudo no âmbito das práticas assistenciais, como o atendimento individual e as atividades de promoção da saúde. Salienta-se que a subdimensão promoção da saúde compreende ações que vão desde a busca ativa de casos novos e estratégias para estimular hábitos saudáveis até o estabelecimento de metas para o acompanhamento dos indivíduos com hipertensão arterial.⁽¹¹⁾ Já a subdimensão atendimento individual compreende ações como realização de consultas médica e de enfermagem segundo protocolos, classificação de risco cardiovascular e visita domiciliar aos usuários não aderentes.⁽¹¹⁾

Contudo, mesmo com proposições de reorganização da atenção às pessoas com condições crônicas, a partir da literatura nacional, verifica-se que a implantação de inovações na atenção ainda se dá de forma incipiente. Em estudo avaliativo, realizado em 13 unidades de saúde em capital do sul do Brasil, em dois momentos, junto a equipes e usuários dos serviços, verificou-se que a incorporação de planos de autocuidado junto a pessoas em condições crônicas se mostrava frágil, visto que muitos profissionais ainda não tinham experienciado o monitoramento dos planos. No entanto, a aproximação com abordagens pedagógicas pertinentes e o conhecimento de ferramentas concretas para a elaboração dos planos foram considerados elementos positivos.⁽¹²⁾

Estudiosos apontam que, para enfrentar de forma eficaz e equitativa a elevada carga global de condições crônicas, os sistemas públicos de saúde precisam implementar abordagens integradas que incluam a comunidade; abordar múltiplos fatores e condições de risco de modo concomitante; fomentar mudanças nos hábitos de vida de toda a população; e ajudar os subgrupos populacionais mais afetados e vulneráveis, principalmente por meio das atividades educativas e promotoras da saúde, no âmbito da APS, o que depende de envolvimento de distintos setores, incluindo parcerias público-privadas.^(13,14) É nesse contexto que a promoção da saúde tem se apresentado como a principal estratégia relacionada à diminuição dos fatores de risco para as condições crônicas. Dessa forma, a elaboração de planos de cuidados direcionados ao paciente e à sua

família tem muito a contribuir para o controle das condições crônicas.

Para ajudar a superar a carga imposta pelas condições crônicas aos sistemas de saúde, os Estados Unidos, por meio do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), orientam que sejam utilizadas estratégias transversais, como estimular as abordagens ambientais que promovam a saúde e apoiem comportamentos saudáveis, e facilitar o desenvolvimento de intervenções que tornem o uso do sistema de saúde, por meio dos serviços clínicos preventivos, mais eficazes e resolutivos.⁽¹⁴⁾ Desse modo, percebe-se que o destaque contemporâneo das políticas internacionais se volta para a promoção da saúde, o que pôde ser reforçado no presente estudo, ao se evidenciar que as equipes da Estratégia Saúde da Família que mais elaboravam os planos de cuidado também eram aquelas que mais praticavam a promoção da saúde.

Ainda no presente estudo, percebeu-se que a escolha do profissional enfermeiro para ser o responsável foi adequada, pois os dados mostraram que o tempo médio de atuação deste profissional nas equipes da Estratégia Saúde da Família do município era superior a 6 anos, o que dá maior credibilidade às informações coletadas e permite inferências consubstanciadas nas práticas profissionais. Além do mais, nas últimas décadas, os enfermeiros têm apresentado um papel de destaque na prática assistencial, e no aconselhamento para modificação de estilo de vida em grupos específicos de pacientes, como os hipertensos. Assim, os enfermeiros devem atuar na perspectiva da promoção da saúde, assegurando condições para que os usuários do serviço de saúde se empoderem e possam identificar e atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença individual.^(13,15)

Neste sentido, este estudo apontou, segundo a perspectiva dos enfermeiros, que as equipes que elaboravam os planos de cuidado para os pacientes e suas famílias realizavam, em maior proporção atendimentos individuais o que caracteriza maiores níveis de implantação desse tipo de atendimento. Estratégias de autogestão baseada em evidências são reconhecidas como centrais para gerenciar uma variedade de condições crônicas, atendendo às de-

mandas clínicas, emocionais e sociais dos pacientes, ao reconhecerem seus próprios papéis no gerenciamento das condições crônicas.⁽¹⁶⁾

Nessa perspectiva, estudo de intervenção realizado com 1.170 pessoas acometidas por, no mínimo, uma condição crônica, residentes de uma comunidade americana, revelou que, após 12 meses de seguimento, foram observadas melhorias significativas na saúde dos participantes. As chances de atendimentos de emergência por descompensação da condição crônica reduziram significativamente em 12 meses, enquanto que as chances de hospitalização reduziram significativamente em 6 meses de seguimento.⁽¹⁶⁾

Analogamente, estudo realizado no Paquistão com 650 indivíduos com hipertensão arterial apontou que o controle pressórico esteve significativamente associado a melhores níveis de conhecimento sobre a doença, adquirido também por meio da maior participação nas atividades de promoção da saúde.⁽⁵⁾ Esse achado é semelhante ao de estudo realizado no Brasil com 422 hipertensos, no qual foi evidenciado que quanto menor o nível de conhecimento sobre a doença, maior a chance de não haver adesão satisfatória ao tratamento medicamentoso.⁽¹⁷⁾

No entanto, é importante ressaltar que o problema da não adesão ao tratamento de condições crônicas é bastante complexo, porque o acesso a informações sobre a hipertensão arterial sistêmica não implica, necessariamente, em maior adesão às medidas terapêuticas. Estudo randomizado, desenvolvido na Espanha, com 996 indivíduos com hipertensão arterial, demonstrou que intervenções educativas não impactaram significativamente na adesão dos pacientes à medicação.⁽¹⁸⁾ Assim, verifica-se uma distância essencial entre conhecimento e prática, ou seja, muitas vezes, apesar de conhecerem o que deve ser feito, os pacientes não agem em conformidade com tal saber, pois é preciso que estes sintam-se parte do projeto terapêutico e, por conseguinte, motivados e confiantes para cumpri-lo. E mais ainda, é preciso que eles reconheçam e acreditem nos possíveis benefícios que este tratamento pode lhes proporcionar.

Para tanto, há que se destacar, conforme a literatura, que o planejamento do cuidado em condições

crônicas, além de sistematizado, deve ser personalizado conforme os valores e as demandas das pessoas e famílias.⁽¹⁹⁾ Desse modo, ao invés de se concentrar em padrões de assistência estabelecidos pelos profissionais de saúde, o cuidado planejado precisa incentivar as pessoas a definirem objetivos para o tratamento e, com isso, determinar metas específicas e coerentes com suas necessidades clínicas,⁽¹⁹⁾ sem deixar de considerar as possibilidades e limitações para seguir/cumprir o plano estabelecido. Trata-se, portanto, de uma abordagem colaborativa e proativa, que leva em consideração resultados clínicos e tratamentos, a autogestão, o apoio educativo ao autocuidado e as estratégias para modificação do comportamento e resolução de problemas.⁽¹⁹⁾

Os profissionais de saúde da APS, ao elaborarem os planos de cuidado personalizados aos indivíduos com hipertensão arterial residentes na área de abrangência onde atuam, devem considerar os aspectos apontados e as discussões realizadas no presente estudo. Também é necessário elaborar planos de cuidado direcionados às famílias dos pacientes, já que, sabidamente, elas consistem em fonte de apoio e auxílio para a vivência das condições crônicas.^(7,20) Nessa perspectiva, estudo realizado na Nigéria com 2.000 pessoas com hipertensão arterial evidenciou que a fonte mais comum de informação médica para aproximadamente 60,0% dos entrevistados eram os familiares, amigos e grupos sociais de confiança, enquanto que os médicos, enfermeiros e demais trabalhadores de saúde foram citados como principais provedores de informações e conhecimentos sobre a doença e seu tratamento por apenas cerca de 9,0% deles.⁽²¹⁾

Metanálise de estudos controlados chineses evidenciou que a educação para a saúde com o apoio familiar - intervenção mais comumente empregada - era geralmente um componente indispensável para a autogestão do paciente e desencadeava um melhor controle da hipertensão arterial, por favorecer o bom convívio com a doença e seu tratamento.⁽²²⁾ No Brasil, estudo de intervenção realizado com 28 mulheres com hipertensão arterial apontou que as oficinas de educação em saúde combinadas com orientação familiar sobre tratamento não farmacológico provocaram o aumento da adesão às recomendações dietéticas e a melhora de resultados clínicos.⁽²³⁾ Esses

achados reforçam a importância de, na elaboração dos planos assistenciais, considerarem-se as famílias, já que elas podem constituir as principais fontes de informações para pacientes com condições crônicas e ainda favorecer a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, o que depende em grande parte do modo como os profissionais de saúde atuam na aproximação com a família.⁽²⁴⁾

Conclusão

As equipes da Estratégia Saúde da Família que elaboravam planos de cuidados às pessoas com hipertensão arterial e suas famílias apresentaram melhor desempenho nas práticas assistenciais de promoção da saúde e atendimento individual.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela cessão de bolsa produtividade para Marcon SS e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela cessão de bolsa de pós-graduação, nível doutorado, à Arruda GO.

Colaborações

Silva RLDT, Arruda GO, Barreto MS, Oliveira MLF, Matsuda LM e Marcon SS contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Cardiovascular disease. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis [Internet]. Geneva: WHO; 2013. [cited 2015 Oct 23]. Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en.
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859):2224-60. Erratum in: *Lancet*. 2013; 381(9867):628. AlMazroa, Mohammad A [added]; Memish, Ziad A [added]. *Lancet*. 2013; 381(9874):1276.

3. Ibrahim MM, Damasceno A. Hypertension in developing countries. *Lancet*. 2012; 380(9859):611-9.
4. Metzeltin SF, Daniëls R, van Rossum E, Cox K, Habets H, de Witte LP, et al. A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: a large-scale process evaluation. *Intern J Nursing Stud*. 2013; 50(9):1184-96.
5. Almas A, Godil SS, Lalani S, Samani ZA, Khan AH. Good Knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension a multicenter cross sectional study in Karachi, Pakistan. *BMC Res Notes*. 2012; 5:579.
6. Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Bone LR, Larson SM, Miller ER 3rd, et al. A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. *J Gen Intern Med*. 2011; 26(11):1297-304.
7. Crespo C, Santos S, Canavarro MC, Kielpikowski M, Pryor J, Féres-Carneiro T. Family routines and rituals in the contexto of chronic conditions: a review. *Int J Psychol*. 2013; 48(5):729-46.
8. Vargas EC, Cecílio SG, Brasil CL, Torres HC. Identificando barreiras e cumprimento de metas para prática de autocuidado em pessoa com diabetes tipo 2. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(4):846-50.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 15).
10. Silva LM, Hartz ZM, Chaves SC, Silva GA. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à Saúde no Brasil In: Hartz ZM, Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
11. Silva RL. Avaliação da implantação da assistência às pessoas com hipertensão arterial em município do estado do Paraná - 2013. [tese]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2013.
12. Schwab GL, Moysés ST, Kusma SZ, Ignácio AS, Moysés SJ. Percepção de inovações na atenção às doenças/condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. *Saúde Debate*. 2014; 38 (Esp.):307-18.
13. Geense WW, Glind IM, Visscher TL, Achterberg TV. Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. *BMC Family Practice*. 2013; 14:20.
14. Bauer UE, Briss PA, Goodman RA, Bowman BA. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *Lancet*. 2014; 384(9937):45-52.
15. Kite BJ, Tangasi W, Kelley M, Bower JK, Foraker RE. Electronic medical records and their use in health promotion and population research of cardiovascular disease. *Curr Cardiovasc Risk Rep*. 2015; 9(422):2-8.
16. Ory MG, Ahn SN, Jiang L, Smith ML, Ritter PL, Whitelaw N, et al. Successes of a National Study of the Chronic Disease Self-Management Program: Meeting the Triple Aim of Health Care Reform. *Medical Care*. 2013; 51(11):992-8.
17. Barreto MS, Reiners AA, Marcon SS. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014; 22(3):491-8.
18. Amado Guirado E, Pujol Ribera E, Pacheco Huergo V, Borrás JM; ADIEHTA Group. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit*. 2011; 25(1):62-7.
19. Mendes EV. O cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília(DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.
20. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. *J Hypertens*. 2014; 32(1):3-15.
21. Oladapo OO, Salako L, Sadiq L, Soyinka K, Falase AO. Knowledge of hypertension and other risk factors for heart disease among yoruba rural southwestern Nigerian Population. *Br J Med & Med Res*. 2013; 3(4):993-1003.
22. Lu Z, Cao S, Chai Y, Liang Y, Bachmann M, Suhrcke M, et al. Effectiveness of interventions for hypertension care in the community-a meta-analysis of controlled studies in China. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12(216):1-12.
23. Ribeiro AG, Ribeiro SM, Dias CM, Ribeiro AQ, Castro FA, Suárez-Varela MM, et al. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. *BMC Public Health*. 2011; 11:637.
24. Reiners AA, Seabra FM, Azevedo RC, Sudré MR, Duarte SJ. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. *Cienc Cuid Saude*. 2012; 11(3):581-7.

Anexo 1. Instrumento para avaliação da implantação da atenção às pessoas com hipertensão arterial na atenção básica

1-DADOS GERAIS
<p>Dados de Identificação</p> <p>1.1 Número do Questionário</p> <p>1.2 Data da Entrevista: ____/____/____</p> <p>1.3 Entrevistado:</p> <p>1.4 Há quanto tempo trabalha nesta Equipe de Saúde da Família (ESF):</p> <p>Caracterização da Unidade de Saúde da Família</p> <p>1.5 Nome da Unidade:</p> <p>1.6 Número da Equipe:</p> <p>1.7 Regional de Saúde do município:</p> <p>Adscrição de Clientela</p> <p>1.8 População da área de abrangência</p> <p>1.9 Número de famílias cadastradas pela ESF:</p> <p>1.10 Número de Hipertensos cadastrados:</p> <p>1.11 Número de hipertensos acompanhados: _____</p>
2-DIMENSÃO ESTRUTURAL (200 pontos - peso 1)
<p>2.1 Área Física (27 pontos)</p> <p>Assinale com X a existência das seguintes estruturas na unidade de saúde:</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1a- Área coberta e protegida com assentos fora da Unidade de Saúde (1,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1b- Banheiro masculino e feminino para usuários com papel higiênico, sabonete líquido e papel-toalha (1,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1c- Banheiro masculino e feminino para trabalhadores com papel higiênico, sabonete líquido e papel-toalha (1,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1d- Construção com princípios de acessibilidade (rampas, banheiro para deficientes, portas compatíveis para cadeira de rodas...) (2,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1e- Bebedouro ou filtro com água disponível para os usuários e trabalhadores (1,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1f- Sala de espera com número de assentos compatíveis com o número de usuários (1,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1g- Sala de recepção e arquivo compatível com o número de prontuários (1,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1h- Consultório para acolhimento que garanta privacidade visual e auditiva do paciente (2,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1i- Consultório para consulta de enfermagem que garanta privacidade visual e auditiva do paciente (3,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1j- Consultório para consulta médica que garanta privacidade visual e auditiva do paciente (3,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1k- Sala de coleta de exames laboratoriais dentro das normas de segurança (3,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1l- Sala para atividades coletivas (reunião de equipe, educação em saúde) (2,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1m- Sala para os agentes comunitários de saúde da família compatível com o número de agentes e atividades desenvolvidas (3,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1n- Salas para limpeza de materiais, esterilização e guarda de materiais (1,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1o- Local seguro e adequado para armazenamento de medicamentos para hipertensão (2,0)</p> <p>Somatória de pontos 2.1: _____ Classificação: 0-9: Incipiente; 9,1-18: Intermediário; 18,1-27: Avançado</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2- Materiais e equipamentos (49 pontos)</p> <p>Assinale com X a existência dos seguintes materiais e equipamentos na unidade de saúde:</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2a- Mesa para exame clínico (2,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2b- Mesa escrivãzinha (2,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2c- Balança antropométrica (3,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2d- Duas cadeiras simples (2,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2e- Esfigmomanômetros (adulto) disponíveis nos consultórios médicos (3,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2f- Esfigmomanômetros (adulto) disponíveis nos consultórios de enfermagem (3,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2g- Esfigmomanômetros (obesos) disponíveis nos consultórios médicos (3,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2h- Esfigmomanômetros (obesos) disponíveis nos consultórios de enfermagem (3,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2i- Esfigmomanômetros (infantil) disponíveis nos consultórios nos consultórios médicos (2,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2j- Esfigmomanômetros (infantil) disponíveis nos consultórios nos consultórios de enfermagem (2,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2k- Estetoscópios disponíveis nos consultórios médicos (3,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2l- Estetoscópios disponíveis nos consultórios de enfermagem (3,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2m- Cadeira para coleta de exames (2,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2n- Fita métrica disponível nos consultório médico e de enfermagem (3,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2o- Disponibilidade de computador por equipe para realização dos cadastros e relatórios (3,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2p- Impressora (2,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2q- Linha telefônica (3,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2r- Carro para atividades externas, disponível sempre que a equipe necessita</p> <p><input type="checkbox"/> uma vez por semana (0,5)</p> <p><input type="checkbox"/> duas vezes por semana (1,0)</p> <p><input type="checkbox"/> três vezes por semana (2,0)</p> <p><input type="checkbox"/> cinco vezes na semana (3,0)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2s - Protocolo impresso do programa de atenção ao hipertenso acessível para as equipes (2,0)</p> <p>Somatória de pontos 2.2: _____ Classificação: 0-16: Incipiente; 16,1-33: Intermediário; 33,1-49: Avançado</p>

2.3- Equipamentos para urgências (20 pontos)

Assinale com X a existência dos seguintes equipamentos na unidade de saúde

- 2.3a- Ambú (2,0)
- 2.3b- Máscara para oxigênio (3,0)
- 2.3c- Cânula de Guedel (3,0)
- 2.3d- Cilindro e oxigênio dentro do prazo de validade ou oxigênio encanado (3,0)
- 2.3e- Medicamentos básicos para uso em parada cardíaca (3,0)
- 2.3f- Localização conhecida e facilitada do material de urgência (3,0)
- 2.3g- Profissionais receberam treinamento para atendimento às urgências (3,0)

Somatória de pontos 2.3: ___ Classificação: 0-7: Incipiente; 7,1-13: Intermediário; 13,1-20: Avançado

2.4- Materiais para educação para saúde (11 pontos)

Assinale com X a existência dos seguintes materiais para educação para a saúde

- 2.4a - Materiais impressos com orientações sobre hipertensão e hábitos saudáveis de vida para distribuição ao público - Folders (3,0)
- 2.4b - Materiais para realização de educação para a saúde sobre hipertensão e hábitos saudáveis de vida para atividades de grupo (vídeos, álbum seriado) (3,0)
- 2.4c - Televisão (2,0)
- 2.4d - DVD (2,0)
- 2.4e - Projetor Multimídia (1,0)

Somatória de pontos 2.4: ___ Classificação: 0-4: Incipiente; 4,1-7: Intermediário; 7,1-11: Avançado

2.5- Exames e medicamentos (57 pontos)

Assinale com X a existência dos seguintes insumos, exames e medicamentos disponíveis na unidade de saúde

sempre =3,0 quase sempre= 2,0 às vezes=1,0 quase nunca= 0,5 nunca= 0,0

- 2.5a- Hematócrito (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5b- Glicemia de jejum (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5c - Colesterol total (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5d- Colesterol HDL (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5e- Colesterol LDL (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5f- Triglicerídeos (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5g- Dosagem de Potássio (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5h- Dosagem de creatinina (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5i- Exame parcial de urina (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5j- Proteinúria 24 horas (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5l- Eletrocardiograma (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5m- Agulhas, seringas e tubos para coleta de exames (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5n- Hidroclorotiazida (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5o- Furosemida (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5p- Alfametildopa (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5q- Clonidina (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5r- Propranolol (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5s- Nifedipina (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 2.5t- Captopril (3,0)
 - sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

Somatória de pontos 2.5: ___ Classificação: 0-19 Incipiente; 19,1-38: Intermediário; 38,1 - 57 Avançado

2.6- Recursos humanos (36 pontos)

A- Em relação aos recursos humanos que formam a equipe mínima no PSF e lotados nesta unidade de saúde, preencha os espaços abaixo segundo a presença de profissionais. No último ano a equipe contou com:

Total de a = 24 pontos

sempre =3,0 quase sempre= 2,0 às vezes=1,0 quase nunca= 0,5 nunca= 0,0

2.6a- Médico (3,0)

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

2.6b- Enfermeiro (3,0)

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

2.6c- Auxiliar de enfermagem(3,0)

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

2.6e- Seis agentes comunitários (3,0)

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

Os profissionais receberam capacitação para atendimento ao hipertenso marque com um X para sim):

2.6f- Médico (3,0)

2.6g- Enfermeiro (3,0)

2.6h- Auxiliar de enfermagem(3,0)

2.6i- Seis agentes comunitários (3,0)

Total de b = 12 pontos

B

Profissional de saúde como referência **1. Presença do profissional**

2.6j- Psicólogo 2,0

2.6k- Médico cardiologista 2,0

2.6l- Nutricionista 2,0

2.6m- Assistente social 2,0

2.6n- Farmacêutico 2,0

2.6o- Educador físico 2,0

Recursos humanos a + b = 36 pontos

Somatória de pontos 2,6: _____ Classificação: 0-12: Incipiente; 12,1- 23: Intermediário; 23,1-36 Avançado

3-DIMENSÃO PRÁTICAS ASSISTENCIAIS (72 pontos - peso 2)**3.1- Promoção da saúde (39 pontos)****3.1A - Com relação à busca ativa de casos novos - (3,0 pontos)**

A equipe desenvolve estratégias para identificar indivíduos hipertensos na população com quinze anos ou mais com que periodicidade (campanhas, verificação PA na demanda espontânea de todos os usuários)

A cada 6 meses (3,0)

A cada ano (2,0)

Sem periodicidade definida (1,0)

A equipe não desenvolve estratégias para identificar indivíduos hipertensos (0,0)

3.1B- A equipe desenvolve estratégias para identificar indivíduos hipertensos (21 pontos)

sempre =3,0 quase sempre= 2,0 às vezes=1,0 quase nunca= 0,5 nunca= 0,0

3.1Ba- Na população em geral:

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.1Bb- Entre os pacientes obesos

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.1Bc- Entre as pessoas com diabetes

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.1Bd- Entre os fumantes

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.1Be- Entre indivíduos acima de 40 anos

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.1Bf- Entre os sedentários

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.1Bg- Entre os alcoolistas

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.1C- Sobre a frequência dos grupos educativos em hipertensão arterial e hábitos saudáveis de vida, assinale com um X a afirmação que se aplica a esta equipe (3,0 pontos)

Realiza uma vez ao mês (3,0)

Realiza trimestralmente (2,0)

Realiza sem periodicidade (1,0)

Não realiza (0,0)

3.1D- Em relação às estratégias para estimular hábitos saudáveis de vida – CAMINHADAS - assinale com um X a afirmação que se aplica a esta equipe (3,0 pontos)

A equipe desenvolve diariamente (3,0)

Desenvolve pelo menos uma vez por semana (2,0)

Pelo menos uma vez por mês (1,0)

Sem periodicidade (0,5)

Não desenvolve (0,0)

3.1E- Em relação às estratégias para estimular hábitos saudáveis de vida - ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL - assinale com um X a afirmação que se aplica a esta equipe (3,0)

Desenvolve pelo menos uma vez por mês (3,0)

Trimestralmente (2,0)

Sem periodicidade (1,0)

Não desenvolve (0,0)

3.1F- A equipe realiza atendimento individual voltado para orientação de hábitos saudáveis de vida (3,0 pontos)

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3,0 2,0 1,0 0,5 0,0

3.1G- A equipe estabelece metas de acompanhamento das pessoas com hipertensão pelos agentes comunitários de saúde (3,0 pontos)

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3,0 2,0 1,0 0,5 0,0

Somatória de pontos 3.1: ___ Classificação: 0-'13: Incipiente; 13,1-26: Intermediário; 26,1- 39: Avançado

3.2- Atendimento individual (33 pontos)

3.2A- O atendimento por consulta médica é sistematizado segundo o protocolo do município, incluindo consultas iniciais e de retorno (exame clínico, medida de PA, pedido de exames) (3,0)

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3,0 2,0 1,0 0,5 0,0

3.2B- Em relação ao atendimento médico para pacientes hipertensos assinale com um X a afirmação que se aplica a esta equipe (12 pontos)

sempre= 3,0 quase sempre= 2,0 às vezes= 1,0 quase nunca= 0,5 nunca= 0,0

3.2Ba- Realiza consulta médica conforme estabelecido pelo protocolo, incluindo anamnese, exame físico, orientações do tratamento medicamentoso e tratamento não medicamentoso

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.2Bb- Utiliza a escala Framingham para classificação de risco dos pacientes

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.2Bc- A decisão da terapêutica é tomada considerando o risco do paciente segundo a escala de Framingham

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.2Bd- Orienta os pacientes quanto aos fatores de risco: dieta, exercício físico, fumo, uso de sal e álcool

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.2C- Em relação ao atendimento para pacientes hipertensos assinale com um X a afirmação que se aplica a esta equipe (18 pontos)

sempre =3,0 quase sempre= 2,0 às vezes=1,0 quase nunca= 0,5 nunca= 0,0

3.2Ca- A enfermeira realiza consulta de enfermagem para pacientes hipertensos, conforme protocolo do município

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.2Cb- A equipe realiza visita domiciliar à pacientes hipertensos não aderentes

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.2Cc- A equipe realiza visita domiciliar à pacientes hipertensos acamados ou com incapacidades motoras

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.2Cd- A equipe elabora plano de cuidados para o indivíduo hipertenso de forma sistematizada e por escrito aos pacientes durante a visita domiciliar

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.2Ce- Equipe elabora plano de cuidados para a família do indivíduo hipertenso de forma sistematizada e por escrito durante a visita domiciliar

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

3.2Cf- Equipe aproveita a oportunidade da visita domiciliar para rastreamento de novos casos

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

Somatória de pontos 3.2: _____ Classificação: 0-11: Incipiente; 11,1-22: Intermediário; 22,1-33: Avançado

4-DIMENSÃO ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (49 pontos peso 2)

sempre =3,0 quase sempre= 2,0 às vezes=1,0 quase nunca= 0,5 nunca= 0,0

4.0a- Existe um instrumento específico para cadastro, monitoramento e avaliação das atividades do programa de assistência à hipertensão

sim 3,0 não 0,0

4.0b- A equipe cadastra os pacientes no sistema de informação HIPERDIA

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

4.0c- O protocolo de atendimento ao hipertenso elaborado pelo gestor de saúde é utilizado pela equipe?

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

4.0d- A Equipe utiliza o HIPERDIA como instrumento de planejamento e avaliação do programa (3,0)

sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca

- 4.0e- A equipe realiza reuniões periódicas para planejamento de metas, monitoramento e avaliação do programa com a participação de toda a equipe (3,0)
sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 4.0f- Existe sistema de referência, com fluxo formalizado pelo gestor municipal, para cardiologista (3,0)
sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 4.0g- Existe sistema de contra referência, com fluxo formalizado pelo gestor municipal, para cardiologista (3,0)
sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 4.0h- Existe sistema de referência, com fluxo formalizado pelo gestor municipal, para exames especializados (3,0)
sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 4.0i- Existe sistema de contra referência, com fluxo formalizado pelo gestor municipal, para exames especializados (3,0)
sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 4.0j- Existe protocolo para agendamento de consultas para os pacientes com hipertensão com garantia da consulta e hora marcada para cada paciente (3,0)
sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 4.0k- É realizado controle de faltosos às consultas agendadas (3,0)
sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 4.0l- É realizado busca ativa dos pacientes faltosos
sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- Com relação à periodicidade de agendamento das consultas dos pacientes com hipertensão Arterial:
- 4.0m- A periodicidade de agendamento das consultas médicas segue o preconizado pelo Ministério da Saúde
sim não (3,0)
- 4.0n- Semestral para pacientes controlados e sem lesão em órgãos alvos
sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 4.0o- Bimestral para pacientes controlados e com lesão em órgãos alvo
sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 4.0p- Mensalmente para pacientes sem controle da hipertensão arterial
sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- 4.0q- A equipe não utiliza o agendamento preconizado agenda Trimestralmente sem considerar a classificação de risco do paciente (1,0)
sempre quase sempre às vezes quase nunca nunca
- Somatória de pontos 4,1: _____ Classificação: 1-16: Incipiente; 16,1-33: Intermediário; 33,1-49 : Avançado**