

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA  
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE**

**DYEGO ANDERSON ALVES DE FARIAS**

**Apoio social segundo atributos da atenção primária antes e durante a  
pandemia da COVID-19: avaliação de usuários/as com hipertensão  
arterial e profissionais da saúde**

**JOÃO PESSOA  
2023**

DYEGO ANDERSON ALVES DE FARIAS

**Apoio social segundo atributos da atenção primária antes e durante a  
pandemia da COVID-19: avaliação de usuários/as com hipertensão  
arterial e profissionais da saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de Doutor em Modelos de Decisão e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Neir Antunes Paes  
Orientadora: Prof. Dra. Juliana Sampaio

JOÃO PESSOA  
2023

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

F224a Farias, Dyego Anderson Alves de.

Apoio social segundo atributos da atenção primária antes e durante a pandemia da Covid-19: avaliação de usuários/as com hipertensão arterial e profissionais da saúde / Dyego Anderson Alves de Farias. - João Pessoa, 2023.

140 f. : il.

Orientação: Neir Antunes Paes, Juliana Sampaio.  
Tese (Doutorado) - UFPB/CCEN.

1. Atenção primária à saúde. 2. Hipertensão arterial sistêmica. 3. Apoio Social. 4. Pandemia - Covid-19. 5. Serviços de Saúde - Avaliação. I. Paes, Neir Antunes. II. Sampaio, Juliana. III. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

Nome: Dyego Anderson Alves de Farias

Título: Apoio social segundo atributos da atenção primária antes e durante a pandemia da COVID-19: avaliação de usuários/as com hipertensão arterial e profissionais da saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba para obtenção do título de Doutor em Modelos de Decisão e Saúde.

Aprovado em: 08/03/2023

### Banca Examinadora

---

Prof. Dr. Neir Antunes Paes  
Orientador - UFPB

---

Profa. Dra. Juliana Sampaio  
Co-orientadora – UFPB

---

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro  
Membro Interno - UFPB

---

Prof. Dr. José Carlos Leite  
Membro Interno - UFPB

---

Profa. Dra. Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz  
Membro Externo – UFPB

---

Prof. Dr. Jairo Domingos de Moraes  
Membro Externo – UNILAB

*À Jesus e Maria*

por permitir que esse objetivo fosse alcançado.

*À minha esposa (Thaís)*

pelo apoio incondicional em todos os momentos.

*À minha mãe (Neide) e minha irmã (Myllena)*

por serem minha fortaleza e acreditarem no meu sonho.

*Ao meu pai (João) in memoriam*

porque sei o quanto estaria feliz e orgulhoso nesse momento.

## AGRADECIMENTOS

Início agradecendo ao Professor Neir Paes pela oportunidade e amizade construída desde 2012 quando iniciei o mestrado. O senhor vive a profissão de professor/pesquisador com o respeito e a dedicação de um grande mestre. És referência no que faz.

À Professora Juliana Sampaio pelas contribuições e reflexões que me fizeram pensar fora da “caixa” em alguns momentos.

À Professora Kátia Ribeiro por todos os ensinamentos ao longo da minha formação acadêmica (graduação, mestrado e doutorado) e por ter me encorajado a não desistir no início do percurso.

Ao Professor José Carlos pela paciência e disponibilidade em me auxiliar na realização das análises estatísticas.

Aos demais membros da banca pelas contribuições.

Aos demais professores e funcionários que compõem o Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde pelo excelente trabalho desempenhado na qualificação de dezenas de profissionais.

À minha mãe a gratidão pelo amor incondicional, ensinamentos e a dedicação em buscar sempre o melhor na minha caminhada.

À minha irmã pelo exemplo de mulher e companheirismo. Essa vitória também é sua.

À minha esposa por ser meu alicerce e ter acreditado no meu potencial. Estamos juntos em todas as batalhas e conquistas presentes e futuras.

Aos demais membros da minha família que mesmo a distância acompanham a minha trajetória e me recebem de braços abertos a cada ida ao Crato-CE.

À minha família paraibana por todo apoio.

Aos amigos e colegas de profissão que de alguma forma contribuíram com essa conquista e que partilham da minha felicidade.

À minha amiga Danyelle Farias por ter me encorajado nesse desafio e pela primeira oportunidade em exercer a docência.

Aos meus alunos e ex-alunos que foram combustível para a busca pelo aprimoramento profissional.

FARIAS, D. A. A. Apoio social segundo atributos da atenção primária antes e durante a pandemia da COVID-19: avaliação de usuários/as com hipertensão arterial e profissionais da saúde [tese]. João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde/CCEN, Universidade Federal da Paraíba; 2023.

## RESUMO

O entendimento sobre o Apoio Social da pessoa com hipertensão arterial (HAS) e a satisfação com os serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde (APS) são ferramentas importantes no auxílio do manejo da HAS pelos profissionais de saúde e podem refletir um importante medidor de qualidade dos serviços ofertados na APS, especialmente durante a pandemia da COVID-19. Nesse contexto, esse estudo teve como objetivo avaliar as dimensões do Primary Care Assessment Tool (PCATool) “Enfoque na Família” e “Orientação para a Comunidade” na atenção à hipertensão arterial na perspectiva dos/as usuários/as e dos profissionais da APS, antes e durante a pandemia da COVID-19 no município de João Pessoa/PB. Trata-se de um estudo transversal com dados referentes aos anos de 2010, 2021 e 2022. O instrumento PCATool (versão em português) para os profissionais foi validado estatisticamente através da análise multivariada. Ademais, foi aplicado um instrumento para captar informações relativas à rede de apoio social da pessoa com hipertensão arterial durante a pandemia da COVID-19. Nas modelagens e testes estatísticos realizados foram construídos índices compostos para avaliar os itens das duas dimensões. Independente do ano avaliado, os índices compostos para as duas dimensões foram classificados como insatisfatórios para os/as usuários/as e satisfatórios para os profissionais de saúde. Encontrou-se uma rede de apoio de usuários/as com hipertensão arterial centrada na figura da família e pouco com a da comunidade. Houve sinalização de que a pandemia dificultou o manejo da pressão arterial e contribuiu para piorar a percepção dos/as usuários/as quanto à oferta de serviços avaliados nas dimensões estudadas, cujas percepções podem ser reflexo de uma situação mais genérica observada em outros municípios dentro da atuação dos serviços da APS no Brasil. Foram encontradas diferenças significativas ( $p$ -valor  $< 0,05$ ) entre a visão dos atores (usuários/as e profissionais). De maneira geral, essa divergência abre espaço para discussão sobre a real situação da APS no que diz respeito ao serviço prestado e captado pelas dimensões propostas.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica; Atenção Primária a Saúde; Apoio Social; COVID-19; Avaliação de Serviços de Saúde.

FARIAS, D. A. A. Evaluation of the Family Centeredness and Community Orientation dimensions from the perspective of users with arterial hypertension and health professionals: before and during the COVID-19 pandemic [thesis]. João Pessoa: Graduate Program in Decision and Health Models/CCEN, Federal University of Paraíba; 2023.

### **ABSTRACT**

The understanding of the Social Support of people with arterial hypertension (SAH) and satisfaction with the services offered in Primary Health Care (PHC) are important tools in helping health professionals to manage SAH and can reflect an important quality measure of the services offered in PHC, especially during the COVID-19 pandemic. In this context, this study aimed to evaluate the dimensions of the Primary Care Assessment Tool (PCATool) “Focus on the Family” and “Orientation for the Community” in arterial hypertension care from the perspective of users and PHC professionals, before and during the COVID-19 pandemic in the city of João Pessoa/PB. This is a cross-sectional study with data referring to the years 2010, 2021 and 2022. The PCATool instrument (Portuguese version) for professionals was statistically validated through multivariate analysis. In addition, an instrument was applied to capture information regarding the social support network of people with high blood pressure during the COVID-19 pandemic. In the modeling and statistical tests carried out, composite indices were built to evaluate the items of the two dimensions. Regardless of the year evaluated, the composite indexes for the two dimensions were classified as unsatisfactory for users and satisfactory for health professionals. A support network of users with arterial hypertension was found, centered on the figure of the family and little on the community. There were indications that the pandemic made it difficult to manage blood pressure and contributed to worsen the perception of users regarding the provision of services evaluated in the dimensions studied, whose perceptions may be a reflection of a more generic situation observed in other municipalities within the performance of PHC services in Brazil. Significant differences (p-value < 0.05) were found between the views of the actors (users and professionals). In general, this divergence makes room for discussion about the real situation of PHC with regard to the service provided and captured by the proposed dimensions.

**Keywords:** Systemic Arterial Hypertension; Primary Health Care; Social Support; COVID-19; Health Services Evaluation.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 -	Rastreamento, Diagnóstico e conduta na hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde	27
Figura 2.2 -	Atributos medidos pelo conjunto de Instrumentos do PCATool-Brasil nas unidades de saúde, equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde	29
Figura 3.1 -	Distribuição geográfica dos distritos sanitários no município de João Pessoa-PB	43
Figura 3.2 -	Visão geral da modelagem de equações estruturais	57
Figura 3.3 -	Exemplo da representação visual (diagramas de caminhos) de um modelo de mensuração	58
Figura 3.4	Desenvolvimento dos Índices Compostos das dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade	60
Figura 4.1 -	Diagrama de caminhos - análise confirmatória para o modelo hipotetizado para o Apoio Social a pessoa com hipertensão arterial relativo às dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade na perspectiva de profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde	69
Figura 4.2 -	Diagrama de caminhos - resultado da análise confirmatória para o modelo final hipotetizado	70

## LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020)	22
Quadro 2.2 - Atributos Essenciais da Atenção Primária à Saúde	30
Quadro 2.3 - Resumo de estudos que utilizaram o PCAtool no Brasil	32
Quadro 2.4 - Produção oriunda dos projetos desenvolvidos por Paes: Controle da pressão arterial x acompanhamento do/a usuário/a com hipertensão arterial pela equipe de saúde da família	33
Quadro 3.1 - Dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade do instrumento de avaliação satisfação de pessoas com hipertensão arterial e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no contexto da Atenção Primária à Saúde	46
Quadro 3.2 - Dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade do instrumento de avaliação da satisfação de profissionais de saúde e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no contexto da Atenção Primária à Saúde	47
Quadro 3.3 - Rede de Apoio Social na pandemia da COVID-19 na perspectiva das pessoas com hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde (Instrumento I3)	48
Quadro 3.4 - Rede de Apoio Social na pandemia da COVID-19 na perspectiva dos profissionais de saúde da APS (Instrumento I4)	50
Quadro 3.5 - Coleta de dados de acordo com os instrumentos da pesquisa e o período (antes e durante a pandemia da COVID-19)	51
Quadro 3.6 - Indicadores de ajuste do modelo final na Análise Fatorial Confirmatória	56

## LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 -	Prevalência de Hipertensão Arterial no Brasil com base em estudos Populacionais	23
Tabela 3.1 -	Número total de usuários/as cadastrados/as e usuários/as com hipertensão arterial cadastrados/as nas Equipes de Saúde da Família por Distrito Sanitário no município de João Pessoa (maio/2019)	43
Tabela 4.1 -	Análise fatorial confirmatória e de consistência interna para a composição final dos fatores do questionário de avaliação da satisfação dos profissionais de saúde quanto aos serviços prestados aos usuários com hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde	71
Tabela 4.2 -	Índices de adequação dos modelos testados na Análise Fatorial Confirmatória	73
Tabela 4.3 -	Número e percentual de profissionais das equipes de saúde da família por Distrito Sanitário, 2010 e 2021, João Pessoa/PB	74
Tabela 4.4 -	Número e percentual dos profissionais das equipes de saúde da família entrevistados/as por especialidade, 2010 e 2021, João Pessoa/PB	75
Tabela 4.5 -	Número mínimo, máximo, média e desvio padrão e diferença entre as médias atribuído ao grau de satisfação dos profissionais para os itens das dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade, 2010 e 2021, João Pessoa/PB	76
Tabela 4.6 -	Resultados dos Testes de Normalidade aplicados às dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade na perspectiva dos profissionais de saúde, 2010 e 2021, João Pessoa/PB	80
Tabela 4.7 -	P-valor do teste de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney para diferenças de médias entre as categorias profissionais, 2010 e 2021, João Pessoa/PB	81
Tabela 4.8 -	P-valor do teste U de Mann-Whitney para diferenças de médias entre as categorias profissionais e anos pesquisados, 2010 e 2021, João Pessoa/PB	82

Tabela 4.9 -	Índices compostos das médias e diferença para as dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade por categoria profissional, 2010 e 2021, João Pessoa/PB	82
Tabela 4.10 -	Apoio Social às pessoas com hipertensão arterial durante a pandemia da COVID-19 na perspectiva dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, 2021, João Pessoa/PB	86
Tabela 4.11 -	Distribuição absoluta e relativa dos/as usuários/as com hipertensão arterial avaliados segundo Distrito Sanitário e variáveis sociodemográficas, 2010 e 2022, João Pessoa/PB	89
Tabela 4.12 -	Número mínimo, máximo, média e desvio padrão atribuído ao grau de satisfação dos/as usuários/as com hipertensão arterial para os itens das dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade, 2010 e 2022, João Pessoa/PB	91
Tabela 4.13 -	Resultados dos Testes de Normalidade aplicados às dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade na perspectiva dos/as usuários com hipertensão arterial, 2010 e 2021, João Pessoa/PB	93
Tabela 4.14 -	P-valor do teste U de Mann-Whitney entre o grupo de usuários/as com hipertensão arterial, segundo as dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade, 2010 e 2022, João Pessoa/PB	94
Tabela 4.15	Número absoluto e relativo das questões referentes à Rede de Apoio Social na pandemia da COVID-19 na perspectiva dos/as usuários/as com hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde, 2022, João Pessoa/PB	95
Tabela 4.16 -	Média e diferença de médias do grau de satisfação dos/as usuários/as com hipertensão arterial e profissionais da saúde para os itens das dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade, antes (2010) e durante (2021/2022) a pandemia da COVID-19, João Pessoa/PB	98
Tabela 4.17 -	P-valor do teste U de Mann-Whitney entre o grupo de usuários/as com hipertensão arterial e o grupo de profissionais das ESF antes e durante a pandemia (2010/2021/2022), segundo as dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade, João Pessoa/PB	100

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
APS	Atenção Primária à Saúde
CFI	Comparative Fit Index
COVID-19	Doença causa pelo coronavírus <i>sarscov-2</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DS	Distrito Sanitário
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IC	Índice Composto
IFI	Incremental Fit Index
MS	Ministério da Saúde
NFI	Normalized Adjustment Index
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PCFI	Parcimony Comparative Fit Index
PNFI	Normalized Parity Adjustment Index
PRATIO	Parsimony Ratio
RFI	Relative Adjustment Index
RMSEA	Root Mean Square of Aproximation
RS	Rede Social
SAPS	Secretaria Nacional de Atenção Primária à Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
TLI	Tucker Lewis Index
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1	JUSTIFICATIVA.....	18
1.2	HIPÓTESES.....	20
1.3	OBJETIVOS.....	21
1.3.1	Objetivo geral.....	21
1.3.2	Objetivos específicos.....	21
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>22</b>
2.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	22
2.2	MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	25
2.3	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	28
2.4	HISTÓRICO DOS PROJETOS DE ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DESENVOLVIDOS POR PAES ET AL., NO ESTADO DA PARAÍBA.....	32
2.5	A FAMÍLIA E A COMUNIDADE NO CONTEXTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	34
2.6	APOIO SOCIAL DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL RELATIVO ÀS DIMENSÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE “ENFOQUE NA FAMÍLIA E ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE” NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 .....	36
2.7	PANORAMA DA COVID-19 NO BRASIL E NA PARAÍBA E IMPACTOS NA ASSISTENCIA À SAÚDE.....	39
<b>3</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>42</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	42
3.2	LOCAL DA PESQUISA.....	42
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	43
3.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS DO PROJETO.....	45
3.4.1	Instrumento I1.....	46
3.4.2	Instrumento I2.....	47
3.4.3	Instrumento I3 e I4.....	48
3.5	PROCEDIMENTOS PARA A VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL RELATIVO ÀS DIMENSÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE “ENFOQUE NA FAMÍLIA E ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE” NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	51
3.5.1	Consulta a especialistas.....	52
3.5.2	Imputação dos dados faltantes nas respostas dos profissionais de saúde.....	53
3.5.3	Análise Fatorial Confirmatória (AFC).....	55
3.6	PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	58

3.7	TRATAMENTO DOS DADOS PARA AS ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	59
3.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	64
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>66</b>
4.1	RESULTADOS DA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL RELATIVO ÀS DIMENSÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE “ENFOQUE NA FAMÍLIA E ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE”.....	66
4.1.1	Validação dos domínios e representatividade dos itens selecionados para o instrumento a partir da avaliação pelos especialistas.....	66
4.1.2	Validação estatística do instrumento de avaliação do apoio social relativo às dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade no contexto da hipertensão arterial da APS na Paraíba.....	67
4.1.2.1	Descrição da amostra dos bancos de dados utilizados para a validação estatística do instrumento.....	68
4.1.2.2	Análise Fatorial Confirmatória.....	68
4.2	RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL RELATIVO ÀSDIMENSÕES ENFOQUE NA FAMÍLIA E ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE NOS ANOS 2010 (ANTES DA PANDEMIA) E 2021 (DURANTE A PANDEMIA).....	74
4.3	RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL RELATIVO ÀSDIMENSÕES ENFOQUE NA FAMÍLIA E ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE NA PERSPECTIVA DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS ANOS 2010 (ANTES DA PANDEMIA) E 2022 (DURANTE A PANDEMIA).....	88
4.4	COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL RELATIVO ÀS DIMENSÕES ENFOQUE NA FAMÍLIA E ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE NA PERSPECTIVA DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E PROFISSIONAIS DA SAÚDE ANTES E DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19.....	98
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>103</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>109</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>123</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>133</b>

# 1 INTRODUÇÃO

---

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a principal causa de morte no mundo, representando como fator central as doenças cardiovasculares e em especial a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que é considerada um dos principais fatores de risco para estas condições (SIQUEIRA; SIQUEIRA FILHO; LAND, 2017).

A HAS encontra-se frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e estruturais em órgãos alvo, diabetes, além de fatores de risco como sedentarismo, obesidade, ingestão de sal e envelhecimento da população. A presença de algum desses fatores ou a combinação deles é responsável pelo impacto negativo na saúde da população como um todo (MALACHIAS et al., 2016).

A prevalência de HAS no Brasil varia de acordo com a região e o tipo de metodologia empregada, com taxas variando entre 21,4% e 32,3% (PICON et al., 2012; MALTA et al., 2018). O ano de 2020 corresponde a última atualização dos dados sobre mortalidade no DATASUS, até a elaboração desse trabalho, onde ocorreram 1.556.824 óbitos no país, dos quais 357.741 (aproximadamente 23%) foram decorrentes de doenças do aparelho circulatório, caracterizando-se como a principal causa de morte, impactando na vida dos brasileiros e nos gastos públicos (BRASIL, 2022).

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada à HAS e ao Diabetes Mellitus, doença frequentemente associada, o Ministério da Saúde (MS) lançou desde o ano de 2001 o Plano de Reorganização a Atenção a estes agravos e instituiu no ano seguinte o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HPERDIA). A partir deste plano, a atenção a HAS foi descentralizada e assistida no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) pela Estratégia de Saúde da Família, o que ampliou o acesso, o diagnóstico e o acompanhamento dos usuários acometidos.

A adesão ao tratamento pela pessoa com hipertensão arterial e o conseqüente controle da pressão arterial (PA) dependem de uma série de fatores individuais, mas que estão atrelados ao acesso ao tratamento, auxílio da família, o fortalecimento do vínculo entre indivíduos e profissionais de saúde, além de uma ação multiprofissional e comunitária que possa servir de apoio, acompanhamento e cuidado às pessoas com hipertensão arterial (MORAIS; RIBEIRO; PAES, 2019).

Com o plano proposto esperava-se melhores taxas de controle da HAS, no entanto os inquéritos populacionais estimam o controle da PA entre 10,1 e 53,9% (PINHO; PIERIN, 2013; SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015). Importante destacar que no Brasil, as informações sobre o controle da PA são heterogêneas variando de região para região como também pelo desenho do estudo. Estas taxas de controle inadequadas podem influenciar na ocorrência de complicações e a uma conseqüente elevação da morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

A HAS, assim como as demais DCNT, predispõem a um estado crônico de saúde que exige um cuidado longitudinal, portanto, os pacientes na sua grande maioria podem apresentar debilidade, contribuindo para a disseminação e instalação de outras doenças, transmissíveis ou não. A situação está mais evidente em pacientes idosos e com comorbidades, o que os torna mais suscetíveis a adoecer, a sofrerem as conseqüências graves e os óbitos, principalmente quando associado a quadros infecciosos, a exemplo da doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19) (ALBUQUERQUE; ALBUQUERQUE E, 2020).

Desde o final do ano de 2019 a pandemia da COVID-19 tem impactado as pessoas, sistemas de saúde, programas de saúde pública e economias em todo o mundo. Embora a prioridade fosse prevenir a infecção pela COVID-19, reduzir a transmissão da doença e fornecer cuidados e tratamentos adequados, as DCNT continuaram a afetar fortemente a população. Além disso, aqueles que possuem alguma DCNT possuem o risco aumentado de desenvolver uma condição grave associada à COVID-19 e de morrer, o que colocou esse grupo em uma situação de grande vulnerabilidade (OPS, 2020).

Na pandemia da COVID-19 observou-se o desvio de pessoal e recursos financeiros para o seu enfrentamento o que pode ter afetado consideravelmente a atenção as DCNT, como a HAS. Mesmo antes da pandemia, já havia grandes lacunas no acesso a serviços relacionados as DCNT que foram exacerbadas pela situação da COVID-19 e seu impacto econômico e na saúde mundial (OPS, 2020).

Os dados dos Boletins Epidemiológicos COVID-19 publicados pelo Ministério da Saúde (2022) corroboram com o mencionado, ou seja, as comorbidades ou fatores de risco mais frequentes dentre os óbitos por síndrome respiratória aguda grave notificados foram às cardiopatias, HAS e diabetes, sendo que a maior parte dos casos que evoluíram ao óbito ocorreu em indivíduos com 60 ou mais anos de idade, o que levantou reflexões sobre a necessidade de medidas efetivas para proteger essa população.

Na Paraíba, os dados da Secretaria de Saúde do Estado (até dia 22 de janeiro de 2023), informaram que as principais comorbidades associadas aos 10.540 óbitos confirmados até o momento foram: cardiopatias (4.166), seguido de diabetes (3.361) e HAS (3.080), ou seja, a HAS esteve presente em 29,2% dos óbitos registrados até a essa data. Em João Pessoa, o número de óbitos foi de 3.292, sendo 1.388 em pessoas com cardiopatia, 1.235 com HAS e 1.135 com diabetes (<https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus>).

Apesar da pandemia, as pessoas com hipertensão arterial continuaram necessitando da continuidade do cuidado, em especial pelas Equipes de Saúde da Família (ESF). No entanto, as recomendações para prevenção da contaminação pela COVID-19 podem ter dificultado o acompanhamento, como pode ser exemplificado pela realização do isolamento social como medida fundamental no cuidado a pessoas idosas, em especial as com comorbidades. Assim, coloca-se que o atendimento pelas ESF deveria ser realizado preferencialmente em domicílio, evitando-se a exposição coletiva em serviços de saúde ou outros espaços (LIMA et al., 2020).

Nesse contexto de isolamento social e da necessidade de manter a PA controlada, a Rede de Apoio Social da pessoa com hipertensão arterial pode ter ganhado um nível de importância maior, a exemplo da família, as pessoas da comunidade, como também a equipe da APS. A família geralmente é o primeiro apoio reportado pela pessoa com hipertensão arterial, no entanto, nem sempre consegue fornecer respostas satisfatórias e a partir daí, busca-se o apoio de terceiros (amigos, trabalho, ESF, entre outros). Desse modo, as ESF poderiam ser vistas como referência pela população para orientações, acompanhamento, e cuidados de saúde em especial ao doente crônico (FAQUINELLO; MARCON, 2011).

Em uma abordagem ampliada do problema Morais, Ribeiro e Paes (2019) propõem a busca da compreensão da organização e influência da Rede de Apoio Social da pessoa com hipertensão na APS e sua contribuição no controle da HAS. A Rede Social (RS) é definida por Griep, Chor e Faerstein (2003) como uma estrutura social através da qual o apoio é fornecido e o apoio social refere-se à dimensão funcional ou qualitativa da RS, subdividindo-se em apoio emocional, de informação, material, afetivo e de interação positiva.

A compreensão da realidade do cotidiano da pessoa com hipertensão arterial a partir de suas necessidades diárias e da sua família, como também, da comunidade podem cooperar na condução do tratamento da hipertensão arterial e contribuir nesse momento de crise com as medidas protetivas contra a COVID-19. Para tanto, a avaliação dos serviços de saúde ofertados pela APS aparece como

uma opção válida, especialmente quando se avalia na perspectiva do/a usuários/as com HAS e dos profissionais de saúde da APS.

O tema em questão possui importância de âmbito nacional, mas pode assumir características regionais diferenciadas, os quais podem reproduzir situações similares em outras regiões, adquirindo, portanto, uma relevância maior. Esta compreensão é importante quando se planeja ações como no município de João Pessoa/PB, onde as equipes de saúde encontram-se distribuídas no território coberto por cinco distritos sanitários que podem apresentar características distintas no território.

Dessa forma, teve-se como cenário de estudo, o município de João Pessoa, na expectativa de que possam ser dadas respostas à problemática exposta que sirvam como um espelho para outros municípios em que se tenham propósitos similares.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

As pessoas com comorbidades, por possuírem um risco individual aumentado para a síndrome gripal grave pela COVID-19 necessitam de uma atenção especial das ESF, em especial os idosos com doenças crônicas, devendo ser considerados prioritários para avaliação clínica imediata (BRASIL, 2020a).

No entanto, a problemática da HAS como também das demais DCNT tornou-se mais evidente com a pandemia da COVID-19. A APS inicialmente foi colocada em segundo plano no enfrentamento a doença, mas manteve sua importância, uma vez que oferece atendimento resolutivo, além de manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, com grande potencial de identificação precoce de casos graves que poderiam ser manejados em serviços especializados (BRASIL, 2020a).

Considerando que a HAS é um importante problema de saúde pública e as pesquisas indicam que as consequências são alarmantes em especial nos pacientes com síndrome gripal da COVID-19, o conhecimento aprofundado dos fatores que influenciam direta e indiretamente o controle da HAS é importante na detecção de grupos com dificuldade em manter regulados os níveis pressóricos, pois propicia à equipe de saúde a elaboração de estratégias específicas e efetivas às necessidades destes determinados grupos e dessa forma, favorece o controle dos níveis pressóricos (FARIAS, 2014).

O entendimento de como os/as usuários/as e os profissionais avaliam a assistência em saúde possibilitará a identificação de divergências e convergências dos indicadores, favorecendo a

elaboração de estratégias e ações que tragam melhorias na organização do trabalho, nas práticas dos profissionais e na própria assistência (ZUO et al., 2019). Essa avaliação adquire maior relevância ao serem confrontados períodos distintos, como o antes e durante a pandemia da COVID-19.

O instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAtool) é considerado como uma importante ferramenta para avaliação da APS, pois através dos seus resultados poderá promover transformações que possam refletir na qualidade da assistência, além de reforçar o compromisso e o envolvimento entre profissionais de saúde, indivíduo, família e comunidade (STARFIELD, 2002). Entre os atributos avaliados no instrumento, destacam-se as dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade.

Como em qualquer doença crônica, faz-se necessário o acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial, para que os indivíduos possam ser instruídos e auxiliados no controle dos níveis pressóricos (BAKKE, 2016). A assistência multiprofissional prestada pelas ESF, como também, a satisfação do/a usuário/a quanto aos serviços ofertados na APS, podem influenciar os hábitos adotados pelos indivíduos no processo saúde e doença de forma positiva ou negativa (LUCENA et al., 2021).

Uma vez que as principais medidas de prevenção e de assistência à saúde nesse grupo de pessoas deveriam ocorrer no domicílio durante a pandemia, compreender o impacto positivo ou negativo da família e da comunidade no dia a dia da pessoa com HAS poderá identificar fragilidades e fortalezas na oferta do apoio social e dessa forma, poderá contribuir para um cuidado resolutivo.

Estudos que avaliam a importância desse conjunto de fatores ainda são limitados, uma vez que, a problemática é atual. A literatura especializada dispõe prioritariamente de recomendações sobre o manejo clínico da COVID-19 nas pessoas com DCNT, mas sem aprofundar a questão do acompanhamento dos/as usuários/as com HAS na APS através da perspectiva dos mesmos em relação aos fatores ambientais e sociais que podem influenciar, como também no papel dos profissionais e gestores no enfrentamento da HAS.

A compreensão das dificuldades inerentes a este processo pode contribuir efetivamente para o desenvolvimento de políticas de saúde e programas que melhor abordem a magnitude do problema e possibilitem identificar indicadores de adesão ao tratamento, grupos de risco e repensar as formas de cuidado à saúde, favorecendo a redução das complicações por doenças cardiovasculares.

Diante da necessidade de abordagem dessa temática, foram traçadas hipóteses a serem respondidas com o desenvolvimento desse trabalho. As hipóteses foram traçadas para estudar a Rede de Apoio Social às pessoas com hipertensão arterial na APS e avaliar as dimensões Enfoque na

Família e Orientação para a Comunidade do instrumento PCAtool, sendo que a investigação foi realizada tanto na perspectiva do/a usuário/a com hipertensão arterial como do profissional da ESF que presta o serviço. Os dois atores, usuário/a e profissional, possuem visões complementares sobre o problema da hipertensão arterial. O/A usuário/a vivencia o adoecimento, as dificuldades do tratamento, o apoio da família, o acesso aos serviços de saúde, entre outros, enquanto o profissional planeja e executa as ações de saúde, o processo de trabalho, as demandas de metas, as adversidades do território, entre outros.

O levantamento de informações sobre o papel da família e da comunidade na condução do tratamento da pessoa com HAS poderá possibilitar às equipes de saúde desenvolver estratégias de intervenção mais eficazes de inserção dos familiares e da comunidade no processo de assistência domiciliar. Portanto, a avaliação das dimensões do PCAtool *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* nos serviços da APS é importante para promover transformações que possam refletir na qualidade da assistência, além de reforçar o compromisso e o envolvimento entre profissionais de saúde, indivíduo, família e comunidade.

## 1.2 HIPÓTESES

Para avaliação das possíveis diferenças na percepção dos/as usuários/as com hipertensão arterial e dos profissionais de saúde em relação às dimensões do PCAtool *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* antes e durante a pandemia da COVID-19 foram traçadas as seguintes hipóteses:

- A magnitude dos indicadores relativos à mensuração das dimensões do PCAtool *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* variou entre as percepções dos atores (usuários/as com hipertensão arterial e profissionais de saúde).
- A magnitude dos indicadores relativos à mensuração das dimensões do PCAtool *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* diminuiu durante a pandemia da COVID-19 na percepção dos/as usuários/as com hipertensão arterial e dos profissionais de saúde.

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo geral

Avaliar as dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* na atenção à hipertensão arterial sistêmica na perspectiva dos/as usuários/as com hipertensão arterial e dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, antes e durante a pandemia da COVID-19 no município de João Pessoa/PB.

### 1.3.2 Objetivos específicos

- Avaliar a composição Rede de Apoio Social das pessoas com hipertensão arterial na APS e o seu papel durante a pandemia da COVID-19.
- Validar um instrumento de avaliação dos itens das dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* na perspectiva dos profissionais de saúde da Atenção Primária prestadores de serviço às pessoas com hipertensão arterial;
- Avaliar o desempenho dos indicadores do serviço de saúde no cuidado à pessoa com hipertensão arterial através das dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* na perspectiva dos/as usuários/as antes e durante a pandemia da COVID-19;
- Avaliar o desempenho dos indicadores do serviço de saúde no cuidado à pessoa com hipertensão arterial através das dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária antes e durante a pandemia da COVID-19;
- Comparar a magnitude dos indicadores relativos às dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* no cuidado à pessoa com hipertensão arterial na perspectiva dos/as usuários/as e dos profissionais da Atenção Primária antes e durante a pandemia da COVID-19;

# 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

## 2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é uma condição clínica crônica e multifatorial caracterizada pela elevação sustentada da PA acima dos limites considerados normais, ou seja, níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou  $90$  mmHg e que geralmente está associada a lesões em órgãos alvos como, encéfalo, coração e rins, além de alterações metabólicas (WEBER et al., 2014; MALACHIAS et al., 2016). Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais (BARROSO et al., 2021).

São comuns complicações decorrentes de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença renal, entre outros, os quais elevam as taxas de morbimortalidade (SBC, 2010; MANCIA et al., 2013). Segundo as últimas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020) a PA pode ser classificada como segue no Quadro 2.1.

**Quadro 2.1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020)**

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
PA ótima	< 120	< 80
PA normal	120-129	80-84
Pré-hipertensão	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	$\geq 180$	$\geq 110$

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA

Considera-se Hipertensão sistólica isolada se PAS > 140 mmHg e PAD < 90 mmHg devendo ser classificada em estágios 1,2 e 3.

PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica;  
Fonte: Arq Bras Cardiol, v.116, n. 3, p.516- 658, 2021.

A Tabela 2.1 resume os achados de diferentes estudos de base populacional sobre a prevalência de HAS no Brasil. Em termos de custos ao Sistema Único de Saúde (SUS), a HAS tem custos atribuíveis maiores do que os da obesidade e do DM. No ano de 2018, estimaram-se gastos de US\$ 523,7 milhões no SUS, com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos (NILSON et al., 2020).

A abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da HAS deve ser o grande foco das ESF. Nesse sentido, há vários pontos que merecem destaque e muitos se confundem ou se somam ao tratamento não medicamentoso. A idade tem relação direta com a hipertensão arterial, ou seja, indivíduos idosos têm maior prevalência de HAS devido às próprias alterações decorrentes do envelhecimento. Na meta-análise realizada por Picon et al. (2013) a prevalência de HAS na população idosa foi de 68%. Esta alta prevalência no país está associada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira (MALAQUIAS et al., 2016).

**Tabela 2.1 - Prevalência de Hipertensão Arterial no Brasil com base em estudos populacionais**

Estudo	Método diagnóstico da pressão arterial	Nº de hipertensos avaliados	Hipertensos (%)
Picon et al (2012)	Aferida	17.085	28,7 (26,2 - 31,4)
PNS (2013)	Autorreferida	62.986	21,4
VIGITEL (2014)	Autorreferida, por telefone	40.853	25,0
PNS (2014)	Aferida	59.402	22,3
Scala, Magalhães e Machado (2015)	Aferida	-	21,9 - 46,6
VIGITEL (2018)	Autorreferida, por telefone	33.356	24,7

PNS: Pesquisa Nacional de Saúde; VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico;

Fonte: Adaptado de MALAQUIAS et al (2016) e BRASIL (2019).

Quanto ao sexo, as prevalências de HAS são distintas com um maior predomínio de HAS em mulheres idosas (SBC, 2010; MALAQUIAS et al., 2016; BARROSO et al., 2021) e o maior número de mulheres diagnosticadas pode estar relacionado com a maior procura pelos serviços de saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 pelo Ministério da Saúde encontrou prevalência auto-referida de HAS em mulheres de 24,2% e em homens de 18,3%, no entanto, nos entrevistados com PA aferida no domicílio, a prevalência de homens com HAS ou em uso de anti-hipertensivos foi de 32,3% (MALTA et al., 2018; MILL, 2019).

A literatura refere maior predomínio de HAS em indivíduos de cor não branca (SBC, 2010; MALAQUIAS et al., 2016), o que pode ser observado em estudo populacional no Brasil realizado por Chor et al. (2015), com prevalência de HAS de 30,3% em brancos, 38,2% em pardos e 49,3% em negros. A diversidade cultural e as diferenças regionais do país podem explicar a variação (MILL, 2019).

A etnia é considerada um fator de risco importante para a HAS, no entanto as condições socioeconômicas e de hábitos de vida parecem ser fatores mais relevantes para as diferenças na prevalência da HAS do que a implicação étnica propriamente dita (BARROSO, et al., 2021). A condição socioeconômica ruim e a baixa escolaridade estão associadas aos maiores percentuais de HAS e suas conseqüentes complicações (MILL, 2019). Santiago et al. (2019) em estudo realizado em municípios do Estado do Pernambuco também constataram maior impacto da hipertensão arterial nos grupos menos favorecidos economicamente e de baixo nível de escolaridade.

O sobrepeso/obesidade impacta na ocorrência e na dificuldade de tratamento da HAS, além de predispor ao diabetes e as complicações cardiovasculares como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral. Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) no ano de 2018 mostram que no conjunto das 27 capitais pesquisadas, a frequência de excesso de peso foi de 55,7%, sendo ligeiramente maior entre homens (57,8%) do que entre mulheres (53,9%) e para a obesidade a frequência de adultos obesos foi de 19,8%, sendo ligeiramente maior entre as mulheres (20,7%) do que entre os homens (18,7%). Associado ao sobrepeso/obesidade está o sedentarismo, que conseqüentemente influencia nos altos índices de HAS (SBC, 2010).

Em relação à alimentação, o elevado consumo de sódio costuma estar associado a complicações cardiovasculares. Estudos de medida de excreção de sódio mostraram que naqueles indivíduos com ingestão elevada do elemento, a pressão arterial sistólica (PAS) e a pressão arterial diastólica (PAD) são maiores em comparação com os que ingeriam as quantidades recomendadas, além disso, o consumo excessivo de sódio é um dos principais fatores de risco modificáveis para a prevenção e o controle da HAS e das doenças cardiovasculares e que, em 2013, US\$ 102 milhões dos gastos do SUS com hospitalizações foram atribuíveis ao consumo excessivo de sódio (MILL, 2019).

A prática de atividade física, a manutenção do peso adequado e o consumo de alimentos saudáveis, pontos alvo de recomendações para a prevenção e controle da PA são difíceis de serem atingidos, uma vez que levam em conta os hábitos da população, e em especial a condição socioeconômica. O aumento no consumo dos produtos industrializados que tende a ser um fator complicador para o controle da PA pode ter relação não apenas com a escolha do indivíduo, mas a sua segurança alimentar. O produto saudável na maioria das vezes tem um custo elevado e não cabe no orçamento da família.

Outro fator de risco que contribui para o desenvolvimento da HAS e de complicações cardiovasculares é o consumo abusivo de álcool e esta associação atinge indivíduos de todas as classes sociais (SBC, 2010). Andrade et al. (2015) compararam a relação da PA em indivíduos consumidores e não consumidores de álcool, sendo o consumo de 30-40g de álcool/dia fator de risco de HAS em mulheres e a partir de 31g/dia para homens.

Portanto, a HAS está associada a uma série de fatores de risco, sejam eles de natureza clínica e/ou social, o que torna a prevenção e o controle um desafio as pessoas com hipertensão arterial e aos serviços de saúde.

## 2.2 MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Entre 2001 e 2002 quando foi implementado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus pelo Ministério da Saúde, ocorreram 530.913 óbitos por doenças do aparelho circulatório, muitas vezes associadas à descompensação clínica da HAS e/ou da diabetes. O número de óbitos saltou para 716.652 entre os anos de 2017 e 2018 (BRASIL, 2020b).

O plano de atenção à HAS e ao diabetes objetivou vincular os portadores destes agravos a ESF para que o tratamento e acompanhamento fosse realizado na APS, a fim de reduzir os impactos das doenças cardiovasculares na morbimortalidade da população brasileira. Para tanto, foram realizadas a capacitação dos profissionais para enfrentamento desses agravos e a reorganização dos serviços, por meio da garantia do fornecimento da medicação, fornecimento de insumos para o trabalho das equipes de saúde e o estímulo à prevenção primária a partir de medidas individuais e coletivas (BRASIL, 2001).

Dentro das ações do plano de reorganização destacou-se a efetivação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA). O HIPERDIA correspondeu a um sistema informatizado disponível para municípios e estados, com intuito de cadastrar e acompanhar pessoas com hipertensão arterial e/ou diabéticos no âmbito da APS (BRASIL, 2001). Esta ferramenta propiciou à gestão da saúde uma visão ampliada da situação desses agravos no país, mediante o reconhecimento do perfil epidemiológico, dos fatores de risco e complicações associadas a estas doenças, permitindo uma tomada de decisão coerente com a situação da população (FARIAS, 2014).

Nas últimas décadas, os avanços e a expansão do acesso às tecnologias de informação facilitaram a ampliação e o processo de implantação dos sistemas de informação em saúde no Brasil (MORAIS, 2019). Dessa forma, com o objetivo de disponibilizar novas tecnologias e ferramentas de monitoramento, o Ministério da Saúde, a partir do Projeto de Reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica (AB), em março de 2011 e consolidado através da publicação da Portaria GM/MS nº 1412, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a), lançou o novo Sistema de Informação em Saúde da AB e implantou o sistema informatizado único, denominado e-SUS AB.

O sistema foi proposto para unificar o HIPERDIA e outros sistemas de informações em saúde, consolidando-se as informações de cada indivíduo, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para o aumento da qualidade do cuidado em saúde à população como um todo (BRASIL, 2013b; MORAIS, 2019).

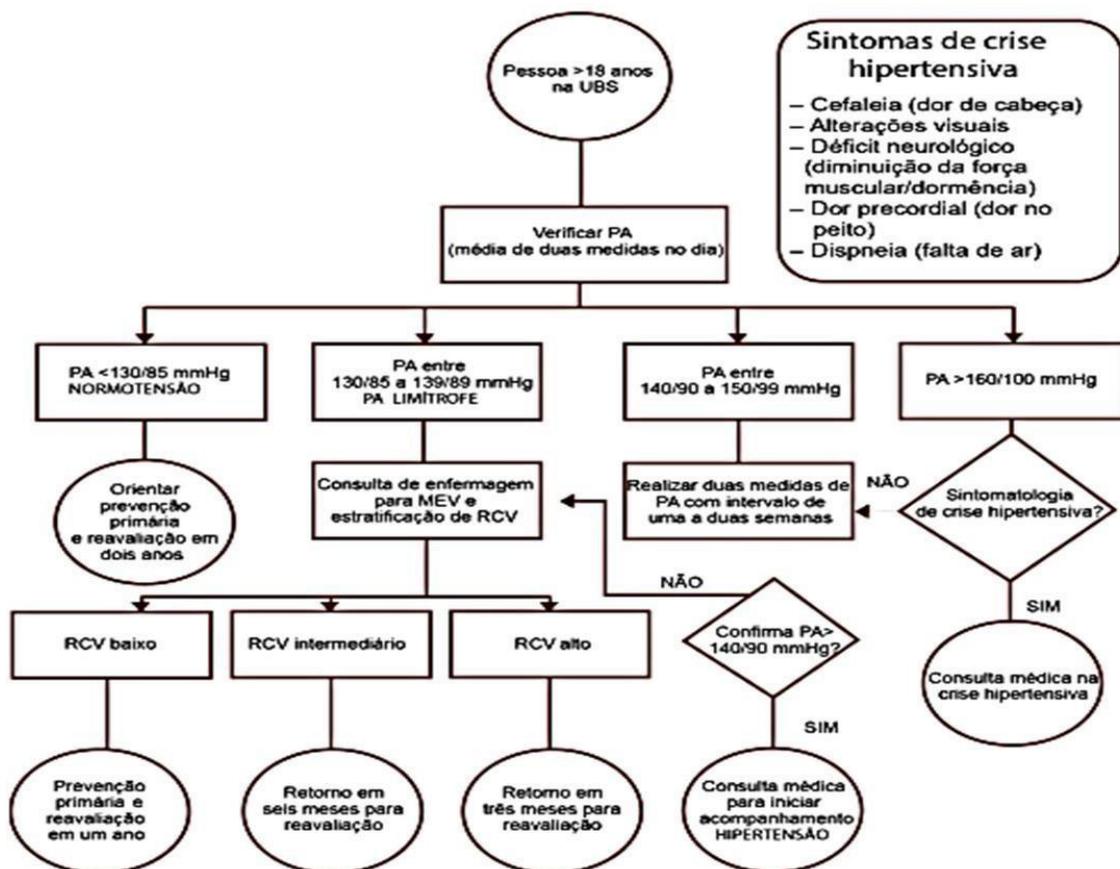
É evidente que o controle da PA é um processo complexo e que o simples fato do/a usuário/a com hipertensão arterial fazer uso da medicação proposta não garante a normalização dos níveis pressóricos, ou seja, o controle exige mudanças no estilo de vida, leva em consideração as condições socioeconômicas e os costumes das pessoas com hipertensão arterial, apoio familiar e comunitário, orientações dos profissionais de saúde, entre outros (FARIAS, 2014).

A atualização do sistema não previa mudanças no acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial na APS, ou seja, o acompanhamento segue centrado em uma equipe multidisciplinar adscrita em um território o que possibilitaria uma abordagem ampliada do problema. Além disso, como discutido por Sousa, Souza e Scochi (2006) a atuação das ESF deve manter o foco de atuação na família (ambiente físico e social) o que pode permitir a execução de ações que ultrapassam o processo simplesmente curativo.

O MS objetivou a partir da responsabilização das ESF pelo cuidado primário do/a usuário/a com hipertensão arterial, a vinculação destes às equipes de saúde para tratamento, controle e redução das complicações destes agravos, o monitoramento das ações realizadas e o fornecimento de informações aos gestores que possibilitem tomadas de decisão efetivas, através de estratégias de intervenção como, estimativas do acesso aos serviços de saúde, planejamento da demanda para encaminhamentos, fornecimento de medicações e capacitação das equipes (BRASIL, 2001). Apesar de todos os esforços do governo, verifica-se que o controle dos níveis pressóricos e a consequente redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares ainda não atingiram patamares adequado, o que representa um problema.

O controle inadequado da PA não é exclusivo do Brasil e pode ser exemplificado por um estudo americano que revelou que nos Estados Unidos pelo menos um terço da população é acometida pela HAS e metade destes não tem a doença controlada (CDC, 2011). A Figura 2.1 apresenta o modelo de Rastreamento, Diagnóstico e conduta para a HAS na APS.

**Figura 2.1 - Rastreamento, Diagnóstico e conduta na hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária a Saúde**



Legenda: PA (pressão arterial); MEV (modificação no estilo de vida); RCV (risco cardiovascular).

Fonte: Adaptado de BRASIL (2014a) - Cadernos de Atenção Básica: Estratégias de Cuidado da pessoa com doença crônica, 2014.

O cuidado da pessoa com HAS deve ser multiprofissional e o objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características da pessoa. O desafio das equipes da APS é importante, pois além de diagnosticar e tratar casos novos, deve manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2014b).

As medidas de controle da HAS são centradas em mudanças do estilo de vida com vistas a diminuir a influência dos fatores de risco. Assim, a atuação da equipe de saúde objetiva a prevenção e o controle dos fatores de risco. No entanto, estas mudanças não dependem apenas da equipe nem da pessoa acometida, muito do problema da HAS tem relação com acesso à alimentação de qualidade, trabalho, moradia, convívio social, entre outros. Fatores estes que mudam o patamar da HAS de uma condição exclusivamente de saúde para condições socioeconômicas.

Além disso, as mudanças de hábitos devem estar associadas à utilização adequada da medicação proposta. O uso de medicação é crônico, muitas vezes com associação de medicamentos, além de outras comorbidades, o que dificulta o seguimento. Estas dificuldades são agravadas pelo fato da maioria das pessoas com HAS serem idosos.

Outro fator complicador para o acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial na APS é a elevada demanda de atendimentos, serviços e programas, além do número elevado de pessoas com hipertensão arterial adscritos às ESF, o que dificulta uma abordagem diferenciada em algumas situações e a qualidade do serviço prestado (FARIAS, 2014).

### 2.3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

A APS pode ser definida como: um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (BRASIL, 2010).

O conceito de APS ganhou força a partir da Conferência Internacional de Alma-Ata em 1978 como uma estratégia a ser adotada na operacionalização dos serviços de saúde, sob uma assistência sanitária contínua, que proporcione serviços de prevenção, promoção, cura e reabilitação a custos possíveis (PRATES et al., 2017).

No final da década de 1990 e início dos anos 2000, foram desenvolvidos, em vários países, instrumentos para avaliar a qualidade da APS por meio da experiência de usuários/as, profissionais e/ou gestores no cotidiano dos serviços. Entre esses instrumentos destaca-se o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (D'AVILA et al., 2017).

O PCATool apresenta versões autoaplicáveis destinadas às crianças, adultos, profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde, sendo proposto por Starfield (2002) para avaliar os aspectos críticos relacionados à APS em países industrializados, desenvolvido pela *Johns Hopkins University*. O PCATool baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Starfield (2002) afirma que, para a avaliação da APS, é necessário identificar se os serviços são orientados por seus atributos, uma vez que a sua presença promove melhores indicadores de saúde, maior satisfação do/a usuário/a, menores custos e maior equidade, e, conseqüentemente, têm impacto positivo no estado de saúde de populações e pessoas. Nos últimos anos, desde a 1ª edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, a definição operacional da APS sistematizada por Starfield (2002) vem sendo muito utilizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). Com base nessa definição, pode-se conceituar os quatro atributos essenciais e três atributos derivados dos serviços de APS (Figura 2.2.). O Quadro 2.2 apresenta a definição de cada atributo.

**Figura 2.2 - Atributos medidos pelo conjunto de Instrumentos do PCATool-Brasil nas unidades de saúde, equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde**



Fonte: Adaptado de Brasil (2020c).

Os atributos podem ser avaliados individualmente, no entanto, a interação dos mesmos na prática profissional favorece a avaliação como um todo do serviço prestado (FARIAS, 2014). Um serviço pode ser considerado provedor de APS quando apresenta os atributos essenciais, ampliando seu poder de interação com as pessoas e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados. Quanto mais atributos o serviço consiga garantir maior a capacidade de ofertar uma atenção integral à população. A presente tese aborda na sua temática os atributos derivados: orientação familiar e orientação comunitária.

**Quadro 2.2 - Atributos Essenciais da Atenção Primária a Saúde**

Atributo		Definição do Atributo
Essenciais	Acesso de Primeiro Contato	Acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
	Longitudinalidade	Existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.
	Integralidade	Leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que as pessoas 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, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.
	Coordenação da Atenção	Pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.
Derivados	Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar)	Avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
	Orientação comunitária	Reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade, orientando os serviços para seu benefício.
	Competência cultural	Adaptação dos serviços de saúde às especificidades culturais da comunidade atendida.

Fonte: STARFIELD (2002); Brasil (2020c).

O PCATool permite, por meio de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, aplicadas por entrevistadores treinados, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS (BRASIL, 2010).

O PCATool por estar baseado na combinação de elementos de estrutura e de processo para cada atributo, permite a obtenção de escores e a classificação de orientação à APS, além da

possibilidade de comparação entre serviços de saúde e o estabelecimento de metas. Stein (2013) em seu estudo, conclui que o PCATool pode ser uma ferramenta escolhida pelos gestores e pesquisadores para a avaliação da qualidade da APS.

No ano de 2019, no Brasil, foram realizadas mudanças na organização da APS, iniciando com a criação da Secretaria Nacional de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (REIS et al., 2019). Entre as ações realizadas pela SAPS destacam-se o desenvolvimento da carteira de serviços da APS (CUNHA et al., 2020), que lista os serviços considerados essenciais para as equipes que atuam no âmbito da APS e o incentivo financeiro para uso de prontuário eletrônico. Além disso, a SAPS reorganizou o financiamento da APS propondo um modelo de pagamento por desempenho baseado em 21 indicadores (SELLERA et al., 2020). Além disso, foram estabelecidos indicadores globais de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente, utilizando instrumentos de avaliação da APS, a exemplo do PCATool-Brasil e do *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9 – Questionário de Avaliação da Relação Médico Paciente) (BRASIL, 2020c).

No Brasil, Harzheim et al. (2006) foram os primeiros a realizar a adaptação e validação da versão infantil do PCATool através de um estudo transversal na cidade de Porto Alegre. Macinko, Almeida e Sá (2007) validaram a versão para usuários/as adultos em estudo na cidade de Petrópolis no Estado do Rio de Janeiro. Em 2010, o MS publicou algumas dessas versões através do Manual do referido instrumento (BRASIL, 2010). Hauser et al. (2013) realizaram a adaptação e validação do instrumento na versão profissionais para a realidade brasileira. E em 2020 o MS publicou a versão atualizada do instrumento (BRASIL, 2020c). O Quadro 2.3 apresenta um resumo de alguns estudos com o uso do instrumento no país nos últimos 5 anos.

Várias adaptações ao instrumento foram realizadas no Brasil e passaram a avaliar a qualidade da APS também em relação à atenção a agravos específicos, a exemplo de Lanza et al. (2019) que validaram um instrumento para avaliação do cuidado à Hanseníase na perspectiva de profissionais em Minas Gerais e Paes et al. (2014) que validaram um instrumento para avaliar o grau de satisfação quanto ao manejo da HAS de adultos e o controle da PA no contexto da APS na Paraíba. A seção seguinte apresenta o histórico de avaliação da APS com uso do PCATool no contexto da HAS desenvolvido por Paes.

### Quadro 2.3 - Resumo de estudos que utilizaram o PCATool no Brasil.

Local	Autor	Temática
Porto Alegre	Cardozo et al. (2020)	Testar a validade fatorial e a confiabilidade do PCATool adaptado à Saúde Bucal
Paraná	Furlan e Marcon (2017)	Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose sob a perspectiva de usuários
	Queiroz et al. (2021)	Avaliação da orientação familiar e comunitária na adolescência.
	Martins et al. (2022)	Avaliação dos atributos da APS de acordo perspectiva de mulheres em idade reprodutiva
Rio de Janeiro	Leoneza et al. (2017)	Acesso às unidades de saúde da família na perspectiva de hipertensos
Piauí	Nadabe e Silva (2018)	Avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina
Santa Catarina	Vidal et al. (2019)	Percepção do usuário sobre a qualidade dos serviços da APS
Pará	Souza et al. (2019)	Avaliação da APS com PCATool versão Brasil
Ceará	Rodrigues et al. (2019)	Avaliação do atributo “Orientação Comunitária”
	Costa et al. (2021)	Avaliação da APS na ótica dos usuários
	Coelho et al. (2022)	Avaliação da APS no contexto da Zica

Fonte: PCAT BRASIL/UFRGS (2022).

## 2.4 HISTÓRICO DOS PROJETOS DE ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DESENVOLVIDOS POR PAES ET AL., NO ESTADO DA PARAÍBA

A avaliação da APS no contexto da HAS foi desenvolvida a partir da construção de uma coorte de pessoas com hipertensão arterial acompanhadas pelas ESF dos municípios de João Pessoa e Campina Grande, ambos no estado da Paraíba. As pesquisas iniciais contaram com a colaboração de um grupo de pesquisadores da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), entidades governamentais (coordenadores e diretores estaduais e municipais, gestores, profissionais dos serviços de saúde), estudantes de doutorado, mestrado e iniciação científica, cujos resultados gerados a partir destas pesquisas constituíram diversos trabalhos científicos.

Os projetos desenvolvidos por Paes publicaram ao longo dos últimos 10 anos diversos estudos sobre o acompanhamento, controle e satisfação das pessoas com hipertensão arterial e profissionais de saúde quanto ao cuidado da HAS na APS. O Quadro 2.4 apresenta a autoria dos trabalhos, temas e principais achados e resultados quanto ao controle da PA de pessoas com hipertensão arterial acompanhados pelas equipes de saúde da família nos municípios de João Pessoa e Campina Grande na Paraíba, sendo o primeiro foco espacial do estudo dessa tese.

A publicação dos estudos foi fruto do desenvolvimento de quatro projetos de pesquisa. O primeiro teve como título “Avaliação da Efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e

associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do Nordeste do Brasil”, com o apoio do CNPq através do Edital: CT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS No. 37/2008.

**Quadro 2.4 - Produção oriunda dos projetos desenvolvidos por Paes: Controle da pressão arterial x acompanhamento do/a usuário/a com hipertensão arterial pela equipe de saúde da família**

Autor/ano	Tema	Resultado
Silva (2011)	Adesão/vínculo com a Unidade de Saúde da Família e o controle da PA.	Evidenciou adesão e vínculo satisfatório com a equipe, porém a maioria das pessoas com hipertensão arterial estavam com PA não controlada.
Moreira (2012)	Qualificação e imputação de dados do HIPERDIA.	Identificou falhas no preenchimento dos dados da ficha HIPERDIA.
Dantas (2013)	Saúde do homem e o controle da pressão arterial.	Sem evidências significativas de controle da pressão arterial mesmo nos usuários acompanhados regularmente pela unidade.
Lima (2013)	Satisfação dos usuários e o controle da PA.	Elevado grau de satisfação dos usuários, porém com controle da PA insatisfatório.
Farias (2014)	Controle da PA por tempo de acompanhamento em anos.	O tempo de acompanhamento em anos não influenciou no controle da PA.
Buchmeier (2014)	Influência do Programa Bolsa Família e o da PA.	Os programas de renda não têm influência significativa no controle da PA.
Silva (2015)	Acompanhamento e o controle da PA em trabalhadores com HAS.	Sem evidências significativas do tempo de acompanhamento e o controle da PA em trabalhadores com HAS.
Silva (2019)	Avaliação da mortalidade das pessoas com hipertensão arterial vinculados APS através de uma coorte.	Os cuidados com os hipertensos revelaram-se insuficientes, com uma adesão inadequada ao tratamento, associação a fatores de risco e complicações relacionadas com a HAS, o que pode ter desencadeado óbitos precoces.
Morais (2019)	Construção de um índice sintético para avaliar a percepção sobre a satisfação com APS e o apoio social percebido pelos usuários da coorte de pessoas com HAS.	O índice construído se apresentou como um instrumento de utilização prático, útil e efetivo para avaliação do apoio social.

Legenda: PA (pressão arterial)

Fonte: Projetos Paes.

O segundo e o terceiro com o mesmo título, mas com editais diferentes, intitulado “Desempenho do programa saúde da família comparado com o das unidades básicas de saúde no controle da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em municípios do estado da Paraíba:

um estudo de coorte.” com o apoio do CNPq através do Edital: MCT/CNPq N.º 67/2009 e FAPESC (N.º 02/2009).

O quarto projeto, intitula-se “Continuidade da Avaliação da Efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde em João Pessoa, Paraíba”, buscando contribuir com a área acadêmica e da saúde, bem como para qualificação dos serviços das redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde brasileiro, para os profissionais de saúde e sociedade em geral, com vistas para o melhoramento da assistência prestada ao usuário com hipertensão arterial.

Embora os projetos iniciais tenham tido como unidade geográfica de estudo os municípios de João Pessoa/PB, Campina Grande/PB e Natal/RN (descontinuado em 2019), esta tese enfoca o município de João Pessoa. A unidade amostral dos projetos foi formada por indivíduos maiores de 18 anos, cadastrados no Programa HIPERDIA nos anos 2006/2007, residentes no município de João Pessoa, segundo as normas da Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes (criada em 2002, sendo desativada em julho de 2013).

## 2.5 A FAMÍLIA E A COMUNIDADE NO CONTEXTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Como mencionado, entre os atributos da APS estão a atenção à saúde centrada na família e na comunidade, sendo importante compreendê-las em suas dinâmicas e agregá-las no contexto de acompanhamento dos/as usuários/as pelas ESF.

A ESF tem como princípio estabelecer uma parceria/vínculo com a família e a comunidade onde está inserida com objetivo de torná-las autônomas e independentes, contribuindo assim para melhoria do cuidado e a construção da cidadania (SILVA; GIOVANELLA; MAINBOURG, 2014). No contexto das doenças crônicas esse papel das ESF se torna essencial.

No que tange ao tratamento da HAS, observa-se que ele é frequentemente associado ao uso de medicamentos para o controle pressórico, a mudança de hábitos de vida, a prática de exercício físico regular e a segurança alimentar. O seguimento dessas recomendações muitas vezes não depende apenas do usuário/a, pois carrega uma questão social. A assistência integral e resolutiva depende da adequada interação entre usuários/as, profissionais de saúde e comunidade durante o processo de cuidado integral. Dessa forma, os papéis da família e da comunidade possuem um peso significativo no contexto de doenças crônicas como a HAS.

O tratamento da HAS é crônico o que pode acarretar alterações emocionais para a pessoa que convive com a HAS, devido à adaptação aos novos hábitos, afetando sua vida social, cultural, econômica, bem como atingindo os seus familiares e amigos, o que pode comprometer a adesão ao tratamento (SANTOS et al., 2018; ZANGIROLANI et al., 2018; GEWEHR et al., 2018). Cabe as ESF acompanhar as pessoas com hipertensão arterial diante dessa difícil tarefa de controlar a PA e reduzir as complicações e a morbidade.

O manejo da HAS como discutido até aqui é visto em sua grande maioria como uma questão individual e não em uma abordagem social. Os hábitos alimentares e o estilo de vida de uma pessoa com HAS deveriam ser seguidos por todas as pessoas, mesmo as sem HAS. Ou seja, comer menos sal e alimentos ultraprocessados, praticar atividade física, ingerir mais água, entre outros. Dessa forma, uma comunidade que tem hábitos saudáveis tenderia a acolher melhor e apoiar as pessoas com HAS.

Em virtude do avanço das doenças cardiovasculares na população, é cada vez mais comum que as famílias brasileiras convivam com, no mínimo, um de seus membros em condição de cronicidade de uma doença e com os agravos/sequelas que a acompanham. Compreender a participação familiar no enfrentamento das doenças crônicas, como também suas implicações na adesão ao tratamento são fundamentais (BARRETO; MARCON, 2014).

O contexto familiar é o ponto chave da identificação e explicação do adoecimento de seus membros e onde os fenômenos da saúde e da doença adquirem maior repercussão. A doença impacta em todos os membros da família, assim como a interação familiar exerce influência sobre a sua cura ou manejo. Portanto, tais características tornam a família uma unidade de cuidados que deve ser compreendida pelos profissionais de saúde em suas inter-relações, ao mesmo tempo em que é uma unidade prestadora de cuidados, podendo tornar-se parceira dos serviços de saúde no cuidado de seus membros (MARTINS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012; SILVA; GIOVANELLA; MAINBOURG, 2014).

A família quando ativa no processo de cuidado da HAS é vista como influenciadora no comportamento de autocuidado da pessoa com hipertensão arterial, por exercer importante papel em todo o processo de relação da pessoa acometida pela doença, seu tratamento e a adaptação a um novo estilo de vida (SARAIVA et al., 2007). Nessa lógica, os profissionais das equipes de saúde da família precisam estar cientes e instrumentalizados para contribuir com as famílias de pessoas com HAS, através do compartilhamento da assistência, envolvendo os familiares no processo saúde-doença do paciente crônico e ensinando-lhe os cuidados básicos imprescindíveis para o controle da

doença e auxiliando que outros membros da família também não sejam acometidos (BARRETO; MARCON, 2014).

Com relação ao enfoque comunitário, observa-se que esse atributo oferece parâmetros que muitas vezes não são compreendidos pelos profissionais responsáveis pela atenção à determinada comunidade. Para uma assistência integral, a identificação do/a usuário/a em seu núcleo familiar e inserido em contexto um comunitário e sociocultural específico é fundamental. A equipe de saúde deve conhecer a estrutura e a dinâmica da família, como também entender o contexto em que o indivíduo está inserido, uma vez que a comunidade também pode encontrar-se em uma condição de vulnerabilidade e com seus membros acometidos ou com possibilidades de adoecer (NOGUEIRA et al., 2011).

O apoio além da sua moradia, os aparelhos sociais da comunidade, entre outros fatores que podem possibilitar a inclusão participativa e o envolvimento desses atores no cuidado a pessoa com hipertensão arterial, em conjunto, podem estabelecer a coparticipação e responsabilidade no processo terapêutico (ARAÚJO et al., 2015).

## 2.6 REDE DE APOIO SOCIAL DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL RELATIVO ÀS DIMENSÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE “ENFOQUE NA FAMÍLIA E ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE” NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Na pandemia da COVID-19, distintas instituições governamentais e não governamentais e sociedade em geral, mobilizaram-se no contexto nacional e internacional para estabelecer as medidas urgentes para o seu enfrentamento. Dentre essas, aquelas que têm como objetivo central o cuidado aos idosos, especialmente portadores de comorbidades, como a hipertensão arterial, para que adotassem medidas de restrição de contato social, uma vez que esse grupo (como também para as demais comorbidades) é susceptível a quadros graves da doença, além de um número maior de óbitos (LIMA et al., 2020).

Autores como Vieira e Servo (2020) e Lima, Pereira e Machado (2020) avaliaram a atuação do governo brasileiro no enfrentamento da pandemia como insatisfatória e esta condição está associada a diversos fatores como a limitada governança nacional, a ausência de articulação entre setores e esferas de governo para o controle da epidemia, o ineficiente fortalecimento do sistema de

saúde, a insuficiência das medidas de apoio social e econômico, além de lacunas na comunicação e diálogo entre autoridades nacionais e a sociedade (SILVA et al., 2020).

O MS priorizou as pessoas com doenças crônicas em suas ações, como a imunização/vacinação contra gripe após a primeira onda de casos da COVID-19, além do registro e alimentação de dados relacionados com a testagem prioritária reivindicada para essa população específica, como forma de gerar análises de impacto sobre a COVID-19 nesta população, o que fortaleceu a vigilância epidemiológica e as ações de cuidado e apoio durante a pandemia, com base no risco potencial existente. Para tanto, foram recomendadas a elaboração de fluxos e alternativas ao acesso de medicamentos e demais itens necessários para manutenção da vida de pessoas vivendo com doenças crônicas durante o período de isolamento social, o que contribuiu para a manutenção destas pessoas com risco potencial no isolamento domiciliar protetivo.

Dessa forma, para o cuidado no âmbito da APS as equipes de saúde precisaram voltar sua atenção ao fortalecimento dos cuidados domiciliares, seja na relação equipe/usuário, usuário/família, usuário/comunidade, ou apenas pelo próprio usuário/a que não possua uma rede de apoio presente.

O cuidado dispensado aos usuários com hipertensão arterial pelas ESF necessita estabelecer laços contínuos a fim de garantir a promoção da saúde adequada e a minimização de agravos a saúde deste grupo. Para tanto, uma rede social bem articulada pode ser decisiva para o sucesso de diversas atividades tais como melhora na adesão ao tratamento farmacológico, manutenção de uma alimentação saudável e prática de atividade física regular (SILVA et al, 2021).

O estabelecimento de ações viáveis para os cuidados em saúde na APS reforça a importância e a efetividade do SUS e da ESF numa perspectiva de um trabalho articulado e integrado com dimensões que possam garantir a proteção da população, inclusive para aquelas pessoas em situação de maior vulnerabilidade, como os residentes em instituições de longa permanência, comunidades, os de baixa renda, entre outros, além da implementação de política pública em caráter emergencial, objetivando a redução de internamentos, necessidade de terapia intensiva e, principalmente, que sejam evitados os óbitos como vem ocorrendo mundialmente e em território nacional (ANDRADE et al., 2020).

Nesse contexto de cuidado domiciliar a Rede de Apoio Social ganha notoriedade. Conforme já enfatizado, além do trabalho da equipe de saúde, é fundamental a participação da família e da comunidade no cuidado da pessoa com hipertensão arterial. O auxílio na verificação da PA, a busca

do medicamento prescrito e a comunicação com a equipe de saúde são exemplos de situações em que a rede de apoio pode ser realizada.

Estudo de Borges et al. (2020) observou mudanças no estado de saúde em decorrência da pandemia de COVID-19 com 26,2% dos indivíduos referindo piora em relação ao controle da hipertensão arterial. A Rede de Apoio Social poderia contribuir para os efeitos positivos no tratamento e no processo de saúde-doença-cuidado com efeitos positivos nas relações do/a usuário/a com serviços e profissionais de saúde, na adoção de novos estilos de vida e melhora da qualidade de vida e prevenção dos riscos às doenças (GALLANT, 2003; MORAIS, 2019).

A maneira como o apoio da família, pessoas, grupos e instituições prestam o suporte à pessoa com hipertensão arterial favorece a promoção da saúde e pode trazer repercussões positivas na saúde, além de um possível papel relevante na vida das pessoas, no sentido de amenizar as limitações que enfrentam durante o tratamento (BARROS; SANTOS; ERDMANN, 2008; TRAD et al., 2010).

O/A usuário/a com hipertensão arterial que não possui uma rede apoio atuante pode apresentar maiores dificuldades para aderir a comportamentos que promovam a saúde e previnam condições crônicas e complicações, como também a adesão ao tratamento, tendendo à piora da sua condição (BOUTIN-FOSTER, 2005), o que pode ter agravado a situação no período da pandemia. Segundo Meirelles e Erdmann (2006) em nível comunitário, pode-se enumerar como fatores indispensáveis para o bem-estar e a saúde das pessoas, a condição de vida, o acesso aos serviços de saúde e uma Rede de apoio social bem estruturada.

Os profissionais de saúde das ESF podem ser considerados membros da rede de apoio dos/as usuários/as com HAS. Silva et al. (2021) em estudo realizado no Piauí identificou que o/a médico/a da ESF tem papel relevante no cenário de cuidado do/a usuário/a com HAS sendo considerado o centro da rede, e observou que esta categoria valoriza o cuidado baseado em tratamentos farmacológicos e ações curativistas. Para os mesmos autores as categorias Enfermeiro/a e agente comunitário de saúde (ACS) pelo fato de conhecer de perto os/as usuários/as, o contexto no qual estão inseridos, bem como suas peculiaridades, anseios e os círculos sociais nos quais estão envolvidos, também podem ter destaque dentro da rede social do/a usuário/a com hipertensão arterial.

A literatura nacional no que se refere ao estudo da Rede de Apoio Social, hipertensão arterial e as dimensões da APS ainda carece de uma maior investigação, uma vez que a rede de apoio é muitas vezes vista apenas como um recurso para o suporte emocional e afetivo (MORAIS, 2019). A perspectiva da pessoa com HAS e a sua Rede de Apoio são importantes, pois interferirão na

acessibilidade, na criação de vínculos e na consequente horizontalidade do cuidado, onde terá reflexos nas ações e estratégias no cotidiano dos serviços.

## 2.7 PANORAMA DA COVID-19 NO BRASIL E NA PARAÍBA E IMPACTOS NA ASSISTENCIA À SAÚDE

A COVID-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. O SARS-CoV-2 é um betacoronavírus descoberto em amostras de lavado broncoalveolar obtidas de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019. Pertence ao subgênero Sarbecovírus da família Coronaviridae e é o sétimo coronavírus conhecido a infectar seres humanos ([www.gov.br/coronavirus](http://www.gov.br/coronavirus)).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) recebeu a primeira notificação de um caso confirmado de COVID-19 no dia 26 de fevereiro de 2020 e, o primeiro óbito, no dia 17 de março do mesmo ano. O perfil do primeiro caso confirmado se tratava de um idoso do sexo masculino, residente em São Paulo-SP, que havia retornado de viagem à Itália. O primeiro óbito ocorreu em um homem idoso também morador da cidade de São Paulo-SP, sem histórico de viagem ao exterior e o mesmo possuía as comorbidades diabetes e hipertensão. A transmissão comunitária da COVID-19 foi reconhecida em todo o território nacional em 20 de março de 2020 (MOURA, 2022).

Com base nos dados diários informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) ao MS, de 26 de fevereiro de 2020 a 31 de dezembro de 2022, foram confirmados 36.331.281 casos e 693.853 óbitos por COVID-19 no Brasil. Para o País, a taxa de incidência acumulada foi de 17.153,2 casos por 100 mil habitantes, enquanto a taxa de mortalidade acumulada foi de 327,7 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2022b).

O maior registro de notificações de casos novos em um único dia (298.408 casos) ocorreu no dia 3 de fevereiro de 2022 e de novos óbitos (4.249 óbitos), em 8 de abril de 2021. Destaca-se que a data de notificação pode não representar o dia de ocorrência dos eventos, mas exprime o período no qual os dados foram informados nos sistemas de informação do MS (BRASIL, 2022b).

Considerando os dados acumulados de casos e óbitos, desde 26 de fevereiro de 2020 até 31 de dezembro de 2022, o Estado do Espírito Santo apresentou a maior incidência do País, 32.262 casos/100 mil hab., enquanto a maior taxa de mortalidade foi registrada no Rio de Janeiro, que apresentou 440,6 óbitos/100 mil habitantes (BRASIL, 2022b).

Especificamente no Nordeste, o primeiro caso confirmado da doença foi registrado no dia 06 de março de 2020 pelo Estado da Bahia e, o primeiro óbito, foi registrado em 25 de março do mesmo ano, no Estado de Pernambuco (BRASIL, 2020d). Na Paraíba, o registro do primeiro caso ocorreu em 21 de março de 2020 e, o primeiro óbito, no dia 31 do mesmo mês e ano (<https://paraiba.pb.gov.br/coronavirus/dados-epidemiologicos-covid>).

A Região Nordeste teve uma incidência de 12.561,4 casos/100 mil hab. e mortalidade, de 233,3 óbitos/100 mil hab., com o estado da Paraíba apresentando a maior incidência (17.333 casos/100 mil hab.), e o Ceará, a maior mortalidade (305,5 óbitos/100 mil habitantes). Na Região Sudeste o coeficiente de incidência foi de 16.185,7 casos/100 mil hab. e o de mortalidade, de 374,5 óbitos/100 mil hab., com o estado do Espírito Santo apresentando a maior incidência (32.262 casos/100 mil hab.), e o Rio de Janeiro, a maior mortalidade (440,6 óbitos/100 mil hab.) (BRASIL, 2022b).

Conforme dados do Painel Coronavírus do governo da Paraíba, foram registrados um total de 708.521 casos confirmados, com 10.542 óbitos, o que representa uma taxa de letalidade de 1,49. Com relação aos óbitos por faixa etária, 7.148 óbitos ocorreram a partir dos 60 anos de idade (67,8%). No município de João Pessoa, foram registrados 3.284 óbitos.

A presença de comorbidades estiveram frequentemente associadas a um maior risco de ocorrência de casos graves da doença e óbitos (EJAZ et al., 2020; WANG, 2020). O perfil de pessoas infectadas com idade acima dos 65 anos, especialmente os do sexo masculino foi o com maior susceptibilidade a internação hospitalar com o maior tempo de permanência em uma unidade de terapia intensiva (UTI) e conseqüentemente o grupo de maior mortalidade pela doença. Além disso, determinantes sociais da saúde, a exemplo das condições de moradia, educação, segurança alimentar, ocupação, acesso à saúde, aspectos econômicos, entre outros, também influenciaram no risco de infecção e de resultados graves em decorrência da doença (CDC, 2021; SANYAOLU et al., 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou o isolamento social como uma das ações não farmacológicas que contribuíram para a redução da propagação e a transmissão da COVID-19 (WHO, 2020). A importância da realização do distanciamento social pelas pessoas com DCNT foi ainda mais enfatizado e houve uma adesão mais elevada que pode ser justificada pelo medo de adoecimento e pelo sentimento de maior vulnerabilidade desta população (BARONE et al., 2020; MALTA et al., 2021).

Apesar de benéfica, a medida acarretou alguns efeitos negativos à saúde, especialmente nas pessoas com DCNT. Vários estudos mostraram que o isolamento social ocasiona mudanças na rotina das atividades diárias, diminuição na prática de atividade física, aumento do consumo de bebidas alcóolicas e tabaco, além de prejudicar o acesso aos serviços de saúde e, dessa forma, impactar negativamente na continuidade do cuidado ofertado aos indivíduos com DCNT, e favorecer o agravamento do seu estado de saúde (KLUGE et al., 2020; MALTA et al., 2020).

A Fundação Oswaldo Cruz publicou em novembro de 2021 uma nota técnica (Monitora COVID-19) com o resumo de observações de diferentes sistemas de informação em saúde utilizados no Brasil como forma de tornar público o cenário de desassistência em saúde que o país enfrentou durante a pandemia da COVID-19, e o contingente de atendimentos que ficaram represados.

A redução no número de atendimentos nos serviços de saúde ocorreu em todas as esferas da assistência, ou seja, desde o serviço ofertado na APS até a realização de cirurgias de alta complexidade, o que pode influenciar em maiores problemas no longo prazo. Vale ressaltar que as ações de promoção e prevenção em saúde já apresentavam uma tendência de queda em períodos anteriores ao processo pandêmico (FIOCRUZ, 2021).

Outro fator agravante a dificuldade de acesso aos serviços de saúde reside no fato da pandemia ter ocorrido em um cenário de desigualdades sociais e econômicas, o que pode potencializar a morbimortalidade por DCNT e agravar o cenário da desassistência em saúde (MALTA, et al., 2017). A gravidade dos casos de COVID-19 foi ampliada em consequência da distribuição desigual das DCNT e seus fatores de risco, impactando especialmente as populações vulneráveis e destacando a importância dos determinantes sociais da saúde (BAMBRA et al., 2020).

Malta et al., (2021) destacam em seu estudo que os indivíduos com DCNT referiram maior procura e dificuldades na utilização de serviços de saúde durante a pandemia. A busca pelos serviços de saúde esteve associada as necessidade de saúde da população, com base na morbidade, gravidade ou urgência da doença. As DCNT, a exemplo da HAS, estão entre as doenças que demandam mais ações, procedimentos e serviços de saúde, sendo essa percepção anterior a pandemia da COVID-19. Diante da problemática de dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a Rede de Apoio Social das pessoas com DCNT pode ter adquirido maior importância no contexto de auxílio nos cuidados de saúde.

# 3 MATERIAIS E MÉTODOS

---

## 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal e de base populacional, com abordagem quantitativa, que avaliou as dimensões família e comunidade – que compõem a versão adaptada do PCATool dos profissionais e dos/as usuários/as - na atenção à hipertensão arterial na perspectiva de usuários/as com hipertensão arterial e de profissionais da APS, antes e durante a pandemia da COVID-19 no município de João Pessoa/PB.

## 3.2 LOCAL DA PESQUISA

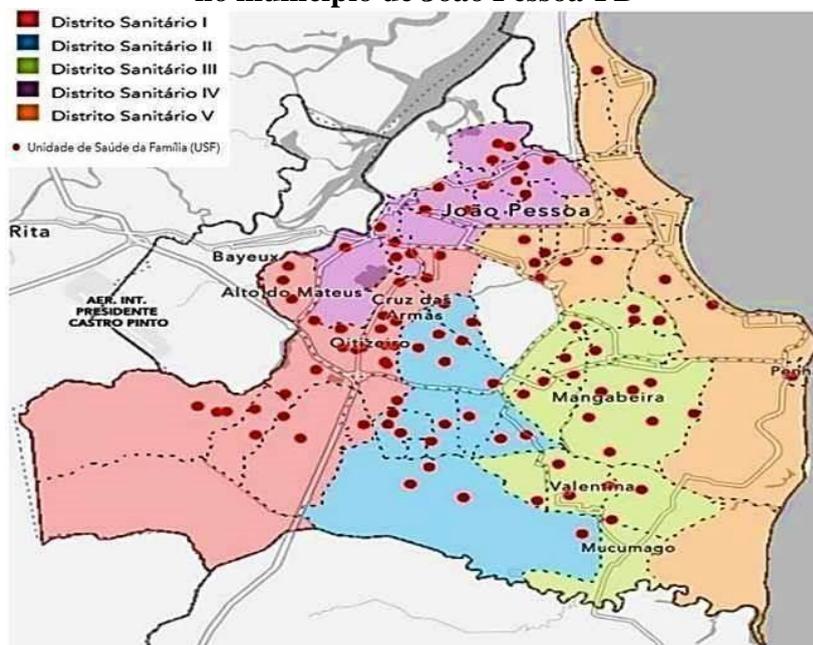
O município de João Pessoa, capital e principal centro financeiro e econômico do estado da Paraíba, possui uma população estimada de 805.015 habitantes segundo a estimativa populacional divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2019 (IBGE, 2019).

Está localizado na porção mais oriental da Paraíba, limitando-se ao norte com o município de Cabedelo através do rio Jaguaribe, ao sul com o município do Conde pelo rio Gramame, a leste com o Oceano Atlântico, e a oeste com os municípios de Bayeux pelo rio Sanhauá e Santa Rita pelos rios Mumbaba e Paraíba, respectivamente (IBGE, 2019).

Com o objetivo de organizar a rede de cuidado progressivo do sistema de saúde e garantir a população o acesso aos serviços básicos, especializados e a assistência hospitalar, a rede de serviços de saúde do município de João Pessoa está distribuída territorialmente em cinco Distritos Sanitários (DS) que recortam toda a extensão territorial da cidade (Figura 3.1).

A APS por sua vez contava em 2019 com 200 ESF, divididas nos cinco DS: 50 ESF no DS I, seguido de 45 no DS II, 50 no DS III, 28 no DS IV e 27 no DS V. A população total cadastrada nas ESF totalizava 591.682 pessoas cadastradas, sendo destas 65.698 com HAS (Tabela 3.1). O município contava ainda com cinco Unidades Básicas de Saúde que funcionavam como referência e horário oposto ao da Saúde da Família para a população de área descoberta das ESF, e desta forma alcançando uma cobertura da ESF, correspondente a 86% da população total, em 2020 (<https://egestorab.saude.gov.br/>).

**Figura 3.1 - Distribuição geográfica dos distritos sanitários no município de João Pessoa-PB**



Fonte: Adaptado de Plano Diretor Prefeitura Municipal de João Pessoa (2021)

**Tabela 3.1 - Número total de usuários/as cadastrados/as e usuários/as com hipertensão arterial cadastrados/as nas Equipes de Saúde da Família por Distrito Sanitário no município de João Pessoa (maio/2019)**

	Distrito Sanitário					Total
	I	II	III	IV	V	
Usuários/as cadastrados/as	140.090	131.222	172.623	82.212	65.535	591.682
Usuários/as com HAS cadastrados/as	15.660	14.347	18.247	10.206	7.238	65.698

Legenda: HAS (hipertensão arterial sistêmica)

Fonte: Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de João Pessoa

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A obtenção da amostra seguiu os procedimentos utilizados nos estudos anteriores realizados por Paes (2008; 2009), sendo constituída de usuários/as cadastrados/as nas ESF, maiores de 18 anos, de ambos os sexos do município de João Pessoa. A amostra foi representativa do universo de pessoas com hipertensão arterial no município de João Pessoa, o que permitiu realizar comparações entre grupos, a exemplo de pessoas com hipertensão arterial e profissionais de saúde e entre os DS.

Para o projeto foi calculada uma amostra de usuários/as com base no processo de amostragem casual simples em estágios sucessivos, selecionada por conglomerados em estágio

único com probabilidade proporcional ao tamanho dos mesmos, uma vez que o município está distribuído por DS, com área de atuação bem delimitada, o que favoreceu o processo desse tipo de amostragem.

Considerando-se a população de pessoas com hipertensão arterial cadastradas nas ESF em 2019 em João Pessoa (N= 65.698) de acordo com os dados do consolidado da “Sala de Situação” da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (Tabela 3.1), adotou-se como parâmetro de sucesso uma prevalência  $p=0,111$  (obtido a partir do número total de pessoas com hipertensão arterial cadastradas até o mês de maio de 2019, dividido pelo número total de pessoas cadastradas nas ESF até o mês de maio de 2019), nível de confiança de 95% e margem de erro amostral máximo  $\epsilon = 0,035$  (3,5%), resultando em uma amostra de 305 usuários/as com hipertensão arterial. A fórmula para o cálculo do tamanho de amostra  $n$  inicial foi dada por:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1 - p) \cdot N}{\epsilon^2 \cdot (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

onde,

$n$ = tamanho da amostra

$p$ = prevalência de pessoas com hipertensão arterial nas ESF

$\epsilon$ = erro amostral

$N$ = população total cadastrada na ESF

Uma amostra de 30 elementos (10%) foi acrescentada para ajuste na divisão das unidades e para sobrepor futuras perdas, totalizando 335 usuários/as com hipertensão arterial. Procedeu-se a uma seleção autoponderada e sistemática das 200 ESF de João Pessoa, que existiam em 2019, resultando em 40 equipes (conglomerados), proporcional ao tamanho do DS, estrategicamente definidos por cada ESF. No segundo estágio, foi feita a seleção proporcional dos/as usuários/as com hipertensão arterial de acordo com o tamanho de cada equipe, de forma sistemática, com o valor do ciclo de 1642, calculado pela razão do total de pessoas com HAS cadastradas nas ESF (65.698) dividido por 40 (conglomerados), que correspondeu a 20% do total de ESF.

A partir do consolidado da “Sala de Situação” da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa em ordem crescente do número do cadastro, sorteou-se um número casual inicial a partir da função de número aleatório do Sistema *Microsoft Excel* que gerou o valor 181, sendo então esse o primeiro elemento de estudo, seguindo o ciclo a cada 1642 elementos. Assim, o conglomerado que possuiu o/a usuário/a com hipertensão arterial número 181 foi o primeiro a ser selecionado.

Paracada conglomerado definido foram selecionados 8-9 usuários/as com hipertensão arterial para participar da pesquisa.

O processo de seleção dos profissionais de saúde ocorreu nas ESF que foram selecionadas para a aplicação dos instrumentos (seção 3.4) com os/as usuários/as. Para cada ESF que foi sorteada no processo de amostragem dos/as usuários/as descrito acima, foram convidados a participar da pesquisa, o/a médico/a, o/a enfermeiro/a e o total de agentes comunitários de saúde (ACS) da unidade. Dessa forma, a amostra de profissionais prevista foi de 40 médicos/as e 40 enfermeiros/as. O total de ACS dependeu do tamanho da área de abrangência territorial da ESF. O detalhamento das amostras para profissionais e usuários/as pode ser encontrada na seção 4.2 e 4.3, respectivamente.

### 3.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS DO PROJETO

Este estudo utilizou quatro instrumentos, aqui denominados de I1, I2, I3 e I4:

Os instrumentos I1 e I2 foram adaptados do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) versão usuários/as adultos/as e profissionais da saúde, os quais procuram medir a qualidade de atributos específicos e a qualidade global do processo da APS, de forma que foram desenvolvidos para avaliar os aspectos críticos relacionados à APS em países industrializados, desenvolvido pela *Johns Hopkins University* propostos por Starfield (2002).

Esses instrumentos possuem para cada dimensão de avaliação, perguntas e respostas correspondentes a uma escala de possibilidades pré-estabelecidas (Escala tipo *Likert*), no qual foram atribuídos valores entre “um” e “cinco” para as respostas: 1 – nunca, 2 - quase nunca, 3 - às vezes, 4 - quase sempre e 5 - sempre, além da opção 0 - não se aplica ou não sabe/não respondeu (STARFIELD, 2002). Através das respostas pode-se calcular um índice de satisfação (qualidade) para cada uma das dimensões.

O instrumento I1, que aplicado a usuários/as para as dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade*, já foi validado por Paes et al. (2014), enquanto o instrumento I2, referente aos profissionais das ESF que abordou as mesmas dimensões no contexto do profissional que presta serviço na APS, foi validado nesta tese por Paes, Farias e Leite (2022).

Os instrumentos I3 e I4 foram elaborados para captar a perspectiva dos/as usuários/as com hipertensão arterial e dos profissionais da APS com foco na rede de Apoio Social durante o período pandêmico pela COVID-19 na atenção à HAS.

### 3.4.1 Instrumento I1

O primeiro instrumento (I1) para os/as usuários/as com hipertensão arterial, teve por objetivo avaliar o grau de satisfação de pessoas adultas com hipertensão arterial em relação ao controle da HAS no contexto da APS brasileira (ANEXO A). O instrumento contém em sua primeira parte, um espaço destinado às informações secundárias (nome, endereço, ESF, dados antropométricos, PA, fatores de risco e informações sociodemográficas). Na sua segunda parte, 65 itens/indicadores foram formulados para a hipertensão arterial, os quais foram classificados em oito dimensões. Na presente tese foram utilizadas as informações referentes às dimensões *Enfoque na Família* (Mi) e *Orientação para a Comunidade* (Ni), objeto de estudo desta tese. O Quadro 3.1 apresenta os itens que foram abordados.

**Quadro 3.1 - Dimensões *Enfoque na Família* e *Orientação para a Comunidade* do instrumento de avaliação satisfação de pessoas com hipertensão arterial e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no contexto da Atenção Primária à Saúde**

M. ENFOQUE NA FAMÍLIA		
Responda seguindo a escala de 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 - Sempre; 0 – Não se aplica		Resposta
M1	Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o senhor(a)?	
M2	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o Senhor(a) sobre a Hipertensão Arterial, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?	
M3	Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?	
N. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE		
Responda seguindo a escala de 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 - Sempre; 0 – Não se aplica		Resposta
N1	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância da sua participação e da sua família em instituições da comunidade (igrejas, associação de bairro, etc.) como apoio para resolver seus problemas de saúde?	
N2	Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre Hipertensão Arterial com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?	
N3	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência dos amigos e colegas no seu tratamento?	

Fonte: Paes et al (2014).

Para o momento anterior à pandemia da COVID-19 foram utilizados os dados do Banco de dados (coletado) da Coorte dos/as usuários/as com hipertensão arterial acompanhados pelas ESF nos anos de 2010 (PAES, 2008; 2009). Já para o período pandêmico foi realizada a replicação do instrumento para a realidade atual. De forma complementar, foram coletadas informações sobre

variáveis sociodemográficas: sexo, idade e cor autodeclarada dos/as usuários/as participantes.

### 3.4.2 Instrumento I2

O segundo instrumento (I2) teve por objetivo avaliar às dimensões da Atenção Primária à Saúde *Enfoque na Família* (Fi) e *Orientação para a Comunidade* (Ci) antes e durante o contexto da pandemia da COVID-19 na perspectiva de profissionais da saúde, contendo 06 itens/indicadores. O Quadro 3.2 apresenta os itens que compõem as dimensões validadas estatisticamente neste trabalho, cujo processo de validação se encontra detalhado na Seção 4.1 do capítulo Resultados e Discussão.

**Quadro 3.2 - Dimensões *Enfoque na Família* e *Orientação para a Comunidade* do instrumento de avaliação da satisfação de profissionais de saúde e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no contexto da Atenção Primária à Saúde**

F. ENFOQUE NA FAMÍLIA		
Responda seguindo a escala de 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 - Sempre; 0 – Não se aplica		Resposta
F1	Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o doente de Hipertensão Arterial?	
F2	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o doente de Hipertensão Arterial sobre a doença, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?	
F3	Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da família do doente de Hipertensão Arterial no tratamento?	
C. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE		
Responda seguindo a escala de 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 - Sempre; 0 – Não se aplica		Resposta
C1	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância da participação do doente e família em instituições da comunidade (igrejas, associação de bairro, etc.) como apoio para resolver seus problemas de saúde?	
C2	Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre Hipertensão Arterial com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?	
C3	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência dos amigos e colegas no tratamento do doente de Hipertensão Arterial?	

Fonte: Paes, Farias e Leite (2022).

Da mesma forma que o instrumento I1, para o momento antes da pandemia foram utilizados dados coletados nos projetos Paes (2008; 2009) referente aos profissionais de saúde no ano de 2011. Para o momento pandêmico (2021) o instrumento foi reaplicado na versão validada estatisticamente. Para os profissionais de saúde ainda foram coletadas informações referentes à qual ESF e função o profissional exerce a atividade.

### 3.4.3 Instrumentos I3 e I4

O terceiro (I3) e quarto (I4) instrumentos, também com enfoque quantitativo, foram propostos como forma de captar informações na perspectiva dos/as usuários/as com hipertensão arterial e profissionais da APS sobre o impacto da pandemia pela COVID-19 na atenção a HAS com ênfase na rede de Apoio Social (Quadro 3.3 e 3.4), portanto foram aplicados apenas durante o período da pandemia. O instrumento I3 foi aplicado no segundo semestre de 2021 e o I4 no primeiro semestre de 2022.

Reforça-se o entendimento que o Apoio Social se refere à pessoa com hipertensão arterial na perspectiva das dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* que compõem a versão adaptada do PCATool dos profissionais e usuários/as.

Estes instrumentos (I3 e I4) tiveram seu conteúdo validado por especialistas com experiência em estudos sobre a HAS, como forma de complementar as informações das dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* diante do contexto da pandemia da COVID-19.

#### **Quadro 3.3 - Rede de Apoio Social na pandemia da COVID-19 na perspectiva das pessoas com hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde (Instrumento I3)**

1.O Senhor(a) reside com quem? Para a resposta Outro(s) deve-se especificar. Mais de uma opção pode ser assinalada.
<input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Filho (quantos): <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Outro membro da Família <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Outros (especificar):
2. Como sua família lhe auxilia no cuidado da sua hipertensão arterial? (Você pode marcar mais de uma opção). Para a resposta Outro(s) deve-se especificar. Mais de uma opção pode ser assinalada.
<input type="checkbox"/> Minha família não me auxilia no cuidado da hipertensão arterial. <input type="checkbox"/> No preparo da alimentação <input type="checkbox"/> Na aquisição de medicamentos <input type="checkbox"/> Nos horários dos medicamentos <input type="checkbox"/> Na aferição da pressão arterial <input type="checkbox"/> Estímulo a atividade física <input type="checkbox"/> Contato com a Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> Outros (especificar):
3. Durante a pandemia da COVID-19 o Senhor(a) teve dificuldade em cuidar da hipertensão arterial?
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
4. Em caso afirmativo na questão anterior, qual a sua dificuldade em cuidar da hipertensão arterial na pandemia da COVID-19? (Você pode marcar mais de uma opção)
<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Dificuldade de marcar consulta na Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso a alimentação

<p><input type="checkbox"/> Estresse e ansiedade causada pela pandemia <input type="checkbox"/> Medo de ir até a Unidade de Saúde devido a COVID-19. <input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso a medicação <input type="checkbox"/> Outro(s)</p>
<p>5. A equipe de saúde tem ofertado algum cuidado a você durante a pandemia da COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>
<p>6. Em relação ao controle de sua pressão arterial, quais dessas ações a equipe de saúde desenvolveu junto a você no contexto de pandemia da COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> A equipe não realizou nenhuma atividade <input type="checkbox"/> Visitas domiciliares de ACS <input type="checkbox"/> Visitas domiciliares de outros profissionais de saúde <input type="checkbox"/> Dispensação de medicamentos <input type="checkbox"/> Grupos de apoio/educação em saúde <input type="checkbox"/> Atendimento médico e ou de enfermagem na unidade de saúde <input type="checkbox"/> Contato por <i>whatsapp</i> ou telefone para saber como você está <input type="checkbox"/> Teleatendimento <input type="checkbox"/> Outro(s)</p>
<p>7. Alguma pessoa de sua comunidade auxilia o Senhor(a) no cuidado da sua hipertensão arterial? Mais de uma opção pode ser assinalada.</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguém ajuda <input type="checkbox"/> Parente ou familiar que não mora comigo <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Alguém da associação de bairro <input type="checkbox"/> Alguém da igreja <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde <input type="checkbox"/> Outro(s)</p>
<p>8. Caso tenha respondido que alguém lhe auxilia no cuidado da sua hipertensão arterial, como se dá essa ajuda? Mais de uma opção pode ser assinalada.</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> No preparo da alimentação <input type="checkbox"/> Na aquisição de medicamentos <input type="checkbox"/> Nos horários dos medicamentos <input type="checkbox"/> Aferição da pressão arterial <input type="checkbox"/> Estímulo a atividade física <input type="checkbox"/> Contato com a Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> Outro(s)</p>

Fonte: Elaboração própria.

**Quadro 3.4 - Rede de Apoio Social na pandemia da COVID-19 na perspectiva dos profissionais de saúde da APS (Instrumento I4)**

1. Na maioria dos casos, como se dá o apoio da família para o cuidado da pessoa com hipertensão no domicílio? (Você pode marcar mais de uma opção)
<input type="checkbox"/> Não tem apoio familiar <input type="checkbox"/> No preparo da alimentação <input type="checkbox"/> Na aquisição de medicamentos <input type="checkbox"/> Nos horários dos medicamentos <input type="checkbox"/> Aferição da pressão arterial <input type="checkbox"/> Estímulo a atividade física <input type="checkbox"/> Contato com a Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> Outro
2. Na área de abrangência da sua equipe existe alguma pessoa e/ou grupo (associação de bairro, igreja, etc) que realiza atividades que contribuam com o controle da hipertensão arterial dos/as usuários/as? (Você pode marcar mais de uma opção)
<input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> Líder comunitário <input type="checkbox"/> Líder religioso <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Igreja <input type="checkbox"/> Projeto Social <input type="checkbox"/> Outro(s)
3. Como se dá o cuidado da Equipe de Saúde da Família com as pessoas com hipertensão durante a pandemia da Covid-19? (Você pode marcar mais de uma opção)
<input type="checkbox"/> O cuidado não foi priorizado <input type="checkbox"/> Visitas domiciliares de ACS <input type="checkbox"/> Visitas domiciliares de outros profissionais de saúde <input type="checkbox"/> Dispensação de medicamentos <input type="checkbox"/> Grupos de apoio/educação em saúde <input type="checkbox"/> Atendimento médico e ou de enfermagem na unidade de saúde <input type="checkbox"/> Contato por whatsapp ou telefone para saber como você está <input type="checkbox"/> Teleatendimento <input type="checkbox"/> Outro(s)
4. Na área de abrangência da sua equipe houve descontinuidade do cuidado a hipertensão arterial durante a pandemia da Covid-19?.
<input type="checkbox"/> As ações foram mantidas com todos os hipertensos. <input type="checkbox"/> As ações foram mantidas com a maioria dos hipertensos. <input type="checkbox"/> As ações foram mantidas com a minoria dos hipertensos. <input type="checkbox"/> As ações foram interrompidas.

Fonte: Elaboração própria.

O Quadro 3.5 esquematiza a metodologia de obtenção dos dados com base em cada instrumento utilizado.

**Quadro 3.5 - Coleta de dados de acordo com os instrumentos da pesquisa e o período (antes e durante a pandemia da COVID-19)**

Instrumentos	Título	Antes da pandemia da COVID-19	Durante a pandemia da COVID-19
	I1- Avaliação da satisfação de pessoas com hipertensão arterial e o controle da HAS no contexto da APS.	Banco de dados (coletado) da Coorte de pessoas com hipertensão arterial acompanhados pelas ESF nos anos de 2010.	Reaplicação do instrumento no contexto da pandemia (primeiro semestre do ano 2022)
	I2- Apoio Social de pessoas com hipertensão arterial relativo às dimensões da APS “ <i>Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade</i> ”, referente aos profissionais.	Banco de dados (coletado) referente aos profissionais de saúde no ano de 2010*.	Aplicação do instrumento no contexto da pandemia (segundo semestre do ano 2021).
	I3 - Instrumento de avaliação da rede de Apoio Social na pandemia da COVID-19 na perspectiva das pessoas com hipertensão na APS.	Não se aplica.	Aplicação do instrumento no contexto da pandemia (primeiro semestre do ano 2022)
	I4 - Instrumento de avaliação da rede de Apoio Social na pandemia da COVID-19 na perspectiva dos profissionais da APS.	Não se aplica.	Aplicação do instrumento no contexto da pandemia (segundo semestre do ano 2021)

Nota: \*Projetos Paes (2008; 2009).

### 3.5 PROCEDIMENTOS PARA A VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL RELATIVO ÀS DIMENSÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE “ENFOQUE NA FAMÍLIA” E “ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE” NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O processo de adaptação e de validação do instrumento de avaliação do Apoio Social de pessoas com hipertensão arterial relativo às dimensões da Atenção Primária a Saúde *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* na perspectiva de profissionais da saúde (I2), envolveu as seguintes etapas: consulta aos especialistas, imputação de dados e análise fatorial confirmatória.

Para a validação do referido instrumento foi utilizado o banco de dados dos profissionais de saúde disponíveis para os municípios de João Pessoa/PB e Campina Grande/PB (PAES, 2008; 2009).

### 3.5.1 Consulta aos especialistas

Para esta etapa foram convidados (APÊNDICE A) cinco especialistas (pesquisadores vinculados aos Projetos Paes (2008; 2009) da Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal de Campina Grande e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte) da área em que se trata o estudo, para uma avaliação qualitativa do instrumento PCATool versão profissional adaptado a temática da HAS, referente à abrangência dos domínios propostos e a pertinência ou representatividade dos itens que compuseram cada um dos construtos ou domínios pré-estabelecidos para análise: *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade*. Os especialistas consultados possuem experiência na temática abordada, com publicações e pesquisas científicas (mestrado e doutorado) sobre o tema do estudo.

Cada um dos especialistas selecionados recebeu um formulário (APÊNDICE B) que explicava os objetivos do estudo, a metodologia proposta para validação do instrumento, as instruções específicas sobre o procedimento de análise do instrumento, bem como a importância e contribuição da participação de cada um para o estudo.

O procedimento de avaliação dos especialistas seguiu o modelo proposto por Coluci, Alexandre e Milani (2015). Os referidos autores validam a importância dos especialistas e enfatizam que a avaliação de conteúdo de um instrumento é uma etapa primordial ao desenvolvimento de novos instrumentos de medida, pois permitem avaliar inicialmente os conceitos abstratos propostos como indicadores observáveis e mensuráveis e identificar se os itens selecionados para o instrumento realmente expressam os domínios dos construtos desejados.

Para cada um dos domínios, a avaliação foi realizada considerando três etapas:

1) Avaliação dos domínios propostos: Foi verificado se a estrutura do domínio e seu conteúdo estavam corretos, se o conteúdo contido no domínio era representativo e se estava apropriado aos respondentes.

2) Avaliação da pertinência de cada um dos itens: Foi avaliado cada item separadamente, investigando se os itens realmente refletiam os conceitos envolvidos, e se eram relevantes e adequados para atingir os objetivos propostos.

3) Sugestões de mudanças nos domínios: Cada especialista tinha a opção de sugerir a exclusão ou as mudanças de itens nos domínios e opinar se os itens realmente pertenciam ao domínio correspondente.

Esta metodologia foi aplicada em trabalhos anteriores, a exemplo dos publicados por Bakke (2016) e Morais (2019) em trabalhos na mesma temática.

A partir das etapas estabelecidas, os especialistas emitiram seu julgamento para cada um dos domínios analisados, utilizando critérios para julgamento e resultado da avaliação. Para cada etapa analisada, foi considerada como resultado: “adequado sem modificação”, os resultados que obtiveram taxa de concordância igual ou superior a 75%. Para aqueles que a taxa de concordância foi inferior a 75%, foram analisadas as sugestões e as adequações sugeridas por cada especialista. Para cada uma das sugestões realizadas, utilizou-se como critério para avaliação (Coluci, Alexandre e Milani, 2015):

- A retirada de itens nos domínios propostos foi considerada quando o item foi sugerido por um número igual ou superior a 50% dos especialistas;
- A mudança de itens entre os domínios propostos foi considerada quando o item foi sugerido por um número igual ou superior a 50% dos especialistas;
- A mudança de ordem dos itens em um domínio proposto foi considerada quando o item foi sugerido por um número igual ou superior a 50% dos especialistas;

Para o cálculo da taxa de concordância dos especialistas utilizou-se a fórmula:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de participantes que concordam}}{\text{n}^{\circ} \text{ total de participantes}} \times 100$$

Considerando a avaliação de tais critérios, obteve-se a versão do instrumento a partir das adequações sugeridas pela análise dos especialistas e seguiu-se com a próxima etapa de validação.

### 3.5.2 Imputação dos dados faltantes nas respostas dos profissionais de saúde

A imputação consiste no processo de estimar os dados perdidos de uma observação com base em valores válidos de outras variáveis. O objetivo é empregar relacionamentos conhecidos que possam ser identificados nos valores da amostra para auxiliar na representação ou mesmo estimar as substituições de valores ausentes (HAIR et al., 2014).

No presente estudo, as respostas do tipo “Não sabe/Não respondeu” foram consideradas como “dado faltante” (*Missing Data*), além de dados incompletos, sendo substituídos por respostas

na Escala tipo *Likert*.

Segundo Hair et al. (2014) a problemática dos dados ausentes é oriunda de qualquer evento sistemático externo ao respondente (como erros de entrada dos dados ou problemas na coleta de dados) ou qualquer ação por parte do respondente (como recusa para responder) que leva a valores ausentes. A necessidade de se concentrar nas razões para a falta de dados vem do fato de que o pesquisador deve entender os processos que levam aos dados perdidos para selecionar o curso de ação apropriado.

O impacto da falta de dados prejudica não só pela sua influência nos resultados, mas também pelo seu impacto prático no tamanho da amostra disponível para análise, e em alguns casos, métodos tradicionais de análise de dados completos não podem ser utilizados diretamente, devido à magnitude de dados faltantes (NUNES, 2007). Se, por exemplo, a substituição dos dados perdidos não é aplicada, qualquer observação com essa ausência, em qualquer das variáveis, será excluída da análise (HAIR et al., 2009).

Vários métodos estatísticos para trabalhar com dados incompletos têm sido desenvolvidos e podem ser classificados em Métodos de imputação única e em Métodos de imputação múltipla (NUNES, 2007; MOREIRA, 2012). Os métodos de imputação única consistem na substituição de dados faltantes quando os dados perdidos são substituídos uma única vez por alguns dos métodos (ENGELS; DIEHR, 2003): 1) Substituição por um valor de tendência central; 2) *Hot Deck*; 3) Estimativa de Máxima Verossimilhança; e 4) Métodos para dados longitudinais.

Já a imputação múltipla permite além da estimativa pontual dos parâmetros, a inclusão da incerteza da imputação dos dados na variância dos resultados estimados, corrigindo o maior problema associado à imputação única (NUNES, 2007).

Ainda segundo Nunes (2007) a escolha entre os métodos de imputação se dá de acordo com a proporção de dados faltantes em qualquer uma das variáveis. A técnica de imputação única é aplicada quando um percentual de dados faltantes se encontra entre 5% e 15%, caso contrário se utiliza a imputação múltipla. De acordo com o critério, no presente estudo utilizou-se a imputação única, através do método *Hot Deck*, uma vez que foi encontrado um percentual de 3,7% de dados faltantes. Este método foi empregado por Moreira (2012) e Morais (2019) em bancos de dados dos Projetos Paes (2008; 2009)

No método *Hot Deck* os valores dos respondentes, similares em relação às variáveis auxiliares, foram selecionados para a imputação, doando características definidoras para os dados. Assim, localiza-se o indivíduo com o dado observado mais parecido com o indivíduo com dado

faltante em relação às variáveis auxiliares e substitui-se tal dado faltante pelo valor do respondente pareado. Havendo mais de um respondente pareado, deverá ser usado o método de imputação do “vizinho mais próximo”, onde algum critério de classificação é desenvolvido para determinar o registro mais semelhante àquele com o dado faltante e determinado registro se torna “doador” desses dados. No estudo, foram utilizadas como variáveis chave dos usuários doadores informações de: Distrito Sanitário, Idade, Faixa Etária e Sexo (MOREIRA, 2012).

### 3.5.3 Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) é uma técnica da modelagem de equações estruturais que permite avaliar em que medida a configuração e as estimativas de parâmetros de determinado modelo (instrumento) são invariantes (equivalentes) para diferentes grupos (HAIR, et al., 2014). Como os constructos (“Enfoque na Família” e “Orientação para a Comunidade”) avaliados no modelo proposto já foram determinados a priori, ou seja, os itens de cada dimensão já eram determinados, descartou-se o uso da análise fatorial exploratória, a qual é usualmente utilizada quando não se tem ainda formado os constructos.

Uma vez que o banco de dados foi validado por especialistas e executado o procedimento de recuperação dos dados faltantes, deu-se prosseguimento à validação estatística dos itens do Questionário I2 na perspectiva de profissionais da saúde através da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) associada a testes de validação dos constructos. A AFC permitiu testar como os itens medidos representam os constructos, além de obter uma melhor compreensão da qualidade dessas medidas. Para a realização da AFC e todas suas etapas, incluindo os índices de ajustes, foi utilizado o pacote estatístico IBM SPSS Amos (v. 26.0.0).

Na AFC a validade do constructo diz respeito ao grau de quanto um conjunto de itens ou variáveis realmente representam ou expressam o construto latente teórico. Ela pode ser expressa a partir da validade convergente e discriminante (HAIR et al., 2014). Na validade convergente, os itens de um construto específico devem convergir ou compartilhar uma elevada proporção de variância comum. Já na validade discriminante, por sua vez, mede o grau em que um construto é único e captura fenômenos que outras medidas não conseguem medir e é verdadeiramente diferente dos demais.

Um indicador de validade convergente é a confiabilidade do construto e pode ser calculado a partir do quadrado da soma das cargas fatoriais para cada construto e a partir da soma dos termos

de variância de erro para um construto. A validade discriminante por sua vez possui evidência quando a estimativa das variâncias extraídas deve ser maior do que a estimativa quadrática e cuja variância extraída é calculada pela soma dos quadrados das cargas fatoriais, dividida pela soma dos quadrados das cargas fatoriais somadas com a soma dos erros (HAIR et al., 2014).

A confiabilidade dos constructos da escala também foi verificada por meio do  $\alpha$  de Cronbach em conjunto com a medida de confiabilidade composta (CC). Tal medida é calculada com base nas cargas fatoriais dos itens do constructo e estima sua consistência interna, podendo assumir valores entre 0 (falta de consistência total) e 1 (consistência interna total). Espera-se que tanto o  $\alpha$  de Cronbach quanto a CC sejam maiores ou iguais a 0,7 para que se possa considerar que o constructo avaliado possua as propriedades de consistência interna e reprodutibilidade.

Os índices de ajustes utilizados para avaliar a qualidade global do ajuste foram: *Normalized Adjustment Index* (NFI), *Relative Adjustment Index* (RFI), *Incremental Fit Index* (IFI), *Tucker Lewis Index* (TLI), *Comparative Fit Index* (CFI), *Parsimony Ratio* (PRATIO), *Normalized Parity Adjustment Index* (PNFI), *Parcimony Comparative Fit Index* (PCFI) e *Root Mean Square of Aproximation* (RMSEA). O Quadro 3.6 apresenta os níveis de aceitação para os indicadores de ajustes do modelo.

**Quadro 3.6 - Indicadores de ajuste do modelo final na Análise Fatorial Confirmatória**

Indicador de Ajuste	Nível de Aceitação
Normalized Adjustment Index (NFI)	ajustamento bom > 0,9 ajustamento muito bom > 0,95
Relative Adjustment Index (RFI)	ajustamento bom > 0,9 ajustamento muito bom > 0,95
Incremental Fit Index (IFI)	ajustamento bom > 0,9 ajustamento muito bom > 0,95
Tucker Lewis Index (TLI)	ajustamento bom > 0,9 ajustamento muito bom > 0,95
Comparative Fit Index (CFI)	ajustamento bom > 0,9 ajustamento muito bom > 0,95
Parsimony Ratio (PRATIO)	ajustamento bom > 0,6 ajustamento muito bom $\geq$ 0,8
Normalized Parity Adjustment Index (PNFI)	ajustamento bom > 0,6 ajustamento muito bom $\geq$ 0,8
Parcimony Comparative Fit Index (PCFI)	ajustamento bom > 0,6 ajustamento muito bom $\geq$ 0,8
Root Mean Square of Aproximation (RMSEA)	ajustamento muito bom < 0,05 p-valor $\geq$ 0,05

Fonte: Adaptado Kline (2005); Hair et al., (2014).

A representação gráfica dos parâmetros estimados no modelo final testado pode ser

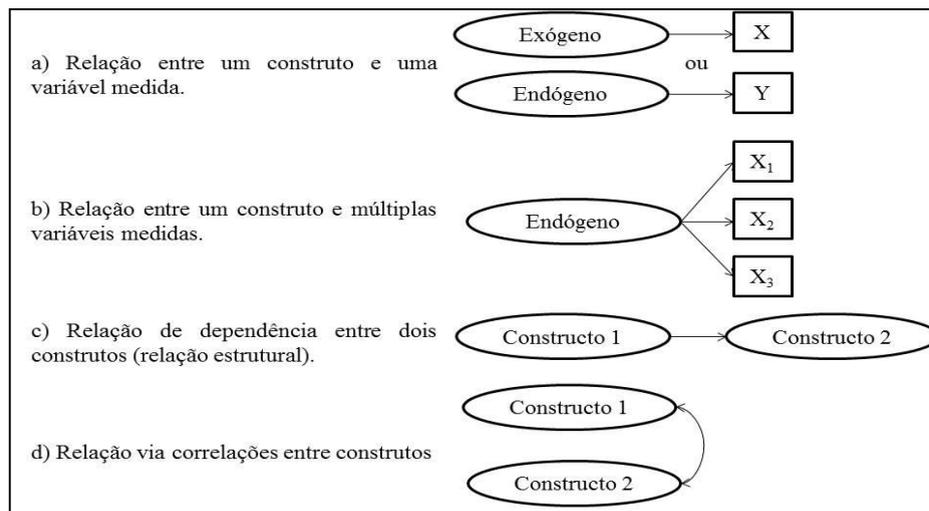
observada através da representação do Diagrama de Caminhos que permite visualizar a relação entre os construtos, no modelo estrutural, e as relações de cada dimensão com as variáveis indicadoras, que compõem o modelo de mensuração (HAIR et al., 2014).

Para representar as dimensões ou construtos utilizam-se convencionalmente círculos e para as variáveis indicadoras utilizam-se quadrados ou retângulos. Para auxiliar na distinção dos indicadores para construtos endógenos versus exógenos, medidas variáveis (indicadores) para construtos exógenos são geralmente referidos como variáveis X, enquanto os indicadores de construção endógena são geralmente referidos como variáveis Y.

As variáveis medidas X e/ou Y estão associadas com seus respectivos construtos por uma seta direta do(s) construto(s) para a variável medida. Os construtos exógenos correspondem aos independentes de outros construtos e endógenos que diz respeito às variáveis latentes dependentes de pelo menos, outro construto (HAIR et al., 2009).

A representação do diagrama de caminhos foi resumida na Figura .2.

**Figura 3.2 - Visão geral da modelagem de equações estruturais**

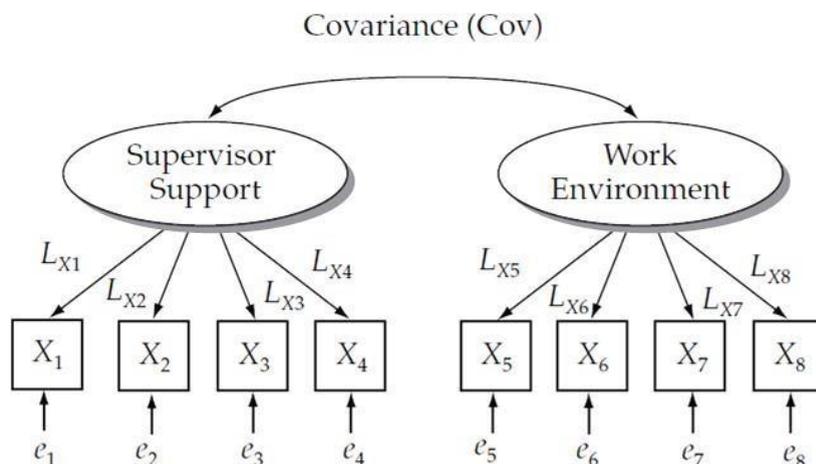


Fonte: Adaptado de Hair et al., (2014).

O diagrama de caminhos, além de mostrar os indicadores do modelo de mensuração, também impõem as relações estruturais entre os construtos e representa uma etapa importante da AFC. Uma das vantagens da AFC é a sua capacidade de avaliar a validade de construto de uma teoria de mensuração proposta.

Na Figura 3.3 pode-se observar um exemplo da representação visual (diagrama de caminhos) de um modelo de mensuração.

**Figura 3.3 - Exemplo da representação visual (diagramas de caminhos) de um modelo de mensuração**



Nota:  $L_{X1}$ - $L_{X8}$  (relações entre os construtos latentes e os respectivos itens medidos (ou seja, cargas fatoriais);  $X_1$ - $X_8$  (variáveis indicadoras medidas);  $e_1$  -  $e_8$  (erros associados a cada item medido). A seta curvada entre os dois construtos denota uma relação correlacional entre eles.

Fonte: Hair et al., (2014).

### 3.6 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nos cinco distritos sanitários do município de João Pessoa/PB e foi iniciada após a liberação presencial junto ao representante (diretor/a) de cada distrito sanitário mediante apresentação das declarações de anuência e encaminhamento aos DS da Secretaria Municipal de Saúde. O responsável por cada DS comunicou aos respectivos gerentes de cada ESF sobre a realização da pesquisa.

A coleta de dados foi dividida em duas etapas, iniciando pelos profissionais de saúde. Como mencionado anteriormente, para cada ESF com usuários/as com HAS selecionados na amostra foram convidados a participar da pesquisa os profissionais médico/a, enfermeiro/a e ACS.

O projeto de pesquisa submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa foi aprovado com a possibilidade da coleta de dados ocorrer nos formatos presencial e/ou remoto. Inicialmente a coleta de dados foi planejada para ser realizada de forma remota (*online*) através da transcrição dos instrumentos da pesquisa (I1 - I4) para um formulário na plataforma *Google Forms* visando facilitar o acesso e a participação dos participantes diante do contexto da pandemia da COVID-19. No entanto, nas primeiras unidades de saúde visitadas, a aceitação do formulário digital pelos profissionais de saúde não foi como esperado, com um percentual insatisfatório (<10%) de

respostas, especialmente pela negativa dos diretores de distrito em fornecer os dados telefônicos ou *e-mail* dos profissionais, como também pela própria recusa dos profissionais. Dessa forma, optou-se por dar seguimento à pesquisa no formato presencial, uma vez que os decretos sanitários relativos à COVID-19 já permitiam.

A coleta foi iniciada no mês junho no DS V, seguido dos distritos III, II, IV e finalizada no mês de agosto no DS I. Toda a coleta de dados dos profissionais foi realizada pelo pesquisador responsável pela presente tese no horário de funcionamento das unidades de saúde.

Devido ao tamanho da amostra dos/as usuários/as, para realização da coleta de dados dos/as mesmos/as, foi formado por uma dupla de pesquisadores, representado por egressos do curso de Fisioterapia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE, que passaram por um treinamento tanto no que se refere à aplicação dos instrumentos como para a coleta dos dados secundários.

A coleta de dados dos/as usuários/as ocorreu nas unidades de saúde entre os meses de janeiro e março de 2022. Como a coleta de dados dos/as usuários/as com HAS ocorreu nas mesmas unidades onde a coleta de dados dos profissionais foi realizada, os profissionais foram informados desta segunda etapa da pesquisa e em sua grande maioria foi realizado um agendamento prévio para coleta de dados dos/as usuários/as. Nesta fase, os ACS e enfermeiros/as foram responsáveis por comunicar e convidar os/as usuários/as para a participação na pesquisa.

Destaca-se que esta etapa foi toda realizada de forma presencial e a coleta de dados abrangeu o território de 40 Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, distribuídas em inúmeros bairros, em sua maioria localizada na periferia. Cabe ressaltar, que a execução do projeto ocorreu sem incentivo financeiro, e os custos para coleta de dados foram de responsabilidade do pesquisador responsável, dessa forma, não foi possível um engajamento de um maior número de pesquisadores, o que ampliou o tempo de coleta de dados.

### 3.7 TRATAMENTO DOS DADOS PARA AS ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados coletados foram transportados para uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel® e para facilitar a tabulação dos dados foi criada uma máscara, seguindo-se então um processo de dupla digitação para checagem de consistência e amplitude dos valores das respostas de cada variável e identificação de possíveis erros de digitação. Os bancos de dados coletados antes da pandemia já haviam sido tabulados e checados através dos projetos anteriores (PAES; 2008;

2009). Todos os erros foram identificados e corrigidos com base nas informações contidas nos instrumentos e posteriormente transferidas para um pacote estatístico IBM SPSS versão 22.0, onde foram realizadas as análises estatísticas:

- 1) Foram traçados os perfis dos/as usuários/as com hipertensão arterial e profissionais de saúde através das medidas de tendência central e de dispersão necessárias para a realização dos testes de hipóteses;
- 2) Foram calculados os índices compostos (IC) para cada dimensão (*Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade*) nas duas versões do instrumento (Usuários/as e Profissionais). Para a obtenção dos índices, os escores das perguntas das dimensões foram somados e a média dessa soma representou o IC da dimensão *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* (Figura 3.4).

Após a construção dos índices compostos para analisar o grau de satisfação dos/as usuários/as com hipertensão arterial e profissionais de saúde, foi utilizada a escala dos valores médios para classificação da magnitude desses índices: valores abaixo de 3 (índice insatisfatório); entre 3 e 4 (índice regular); acima de 4 (índice satisfatório). Esta classificação foi utilizada por Silva e Paes (2017) seguindo a recomendação de Almeida e Macinko (2006) e foi mantida nesta tese para efeito comparativo e de uniformidade com os demais trabalhos publicados.

**Figura 3.4 - Desenvolvimento dos Índices Compostos das dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade**



Fonte: Adaptado de SILVA (2011).

- 3) Para verificar o comportamento de normalidade dos dados dos atores (usuário/a com hipertensão arterial e profissionais de saúde) envolvidos, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Este teste é expresso através do seguinte desenvolvimento:

Dada uma amostra aleatória  $x_1, x_2, \dots, x_n$ , uma função de distribuição empírica  $S(x)$  é a fração de observações amostrais menores ou iguais ao valor de  $x$ . Se  $y_1, y_2, \dots, y_n$  são as estatísticas de ordem da amostra aleatória observada, sem observações repetidas, então a função de distribuição empírica é definida como (DANIEL; CROSS, 2013):

$$S(x) = \begin{cases} 0 & \text{para } x < y_1; \\ \frac{k}{n} & \text{para } y_k \leq x < y_{k+1}, k = 1, 2, \dots, n \\ 1 & \text{para } x \geq y_n \end{cases}$$

A estatística do teste *Kolmogorov-Smirnov* (KS) é dada por:

$$D_n = \sup_x [|F(x) - S(x)|]$$

e é usada para testar a hipótese nula que a função de distribuição acumulada  $F_x$  é igual a alguma função de distribuição, sob hipótese,  $S(x)$ , ou seja,

$H_0: F_{(x)} = S_{(x)}$  (A amostra possui uma distribuição normal)

$H_1: F_{(x)} \neq S_{(x)}$  (A amostra não possui uma distribuição normal)

em que,  $D_n$  é o menor limite superior de todas as diferenças pontuais  $|F_{n(x)} - S_{(x)}|$ .

O nível de significância adotado no teste foi  $\alpha=0,05$ , ou seja, se o p-valor for maior ou igual à  $\alpha$ , aceita-se a hipótese de que os dados seguem uma distribuição normal. Para as duas dimensões avaliadas nas perspectivas dos profissionais e usuários/as com hipertensão arterial, os resultados do p-valor foram menores que 0,05 indicando uma distribuição não normal dos dados.

- 4) Foram realizadas comparações entre os índices compostos dos/as usuários/as com

hipertensão arterial e dos profissionais de saúde antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo as dimensões, *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade*.

Uma vez que os dados não possuíam uma distribuição normal, seguiu-se com uso da estatística não paramétrica com os testes *U de Mann-Whitney* e/ou teste de *Kruskal-Wallis* para a comparação das médias dos índices compostos (que medem o grau de satisfação das respostas), atribuindo-se um nível de significância de 5%.

O *U de Mann-Whitney* (também chamado teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*) foi utilizado para identificar as diferenças entre os pares de grupos (Usuários/as antes x Usuários/as durante a pandemia; Profissionais antes x Profissionais durante a pandemia; Usuários/as antes x Profissionais antes da pandemia; e Usuários/as durante x Profissionais durante a pandemia).

O teste *U de Mann-Whitney* é um teste não paramétrico baseado em classificação que pode ser usado para avaliar a hipótese nula de que as medianas de duas populações sejam idênticas (ARANGO, 2009; DANIEL; CROSS, 2013).

Dessa forma, testaram-se as hipóteses:

- 1)  $H_0$ : as medianas dos dois grupos são iguais e;
- 2)  $H_1$ : as medianas dos dois grupos são diferentes.

Para executar um teste *U de Mann-Whitney*, as suposições a seguir devem ser atendidas:

- 1) A variável dependente deve ser contínua ou ordinal;
- 2) As variáveis independentes devem consistir em dois grupos independentes e categóricos (isto é, uma variável dicotômica);
- 3) Deve-se ter independência de observações, o que significa que não há relação entre as observações em cada grupo da variável independente ou entre os próprios grupos.

A estatística do teste se dá pela seguinte fórmula:

$$U = n_1n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - R_1$$

$$U = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2 + 1)}{2} - R_2$$

Onde:

$n_1$  e  $n_2$  são os tamanhos das amostras

$R_1$  e  $R_2$  são a soma das classificações das observações da amostra 1 e 2, respectivamente.

Quanto mais baixo for o valor de U, maior será a evidência de que as populações são diferentes. Isso se explica porque U é a soma de ordens, portanto seu valor será baixo se na categoria 1 estiverem os primeiros da ordem (obviamente em 2 estarão os dados de ordem superior) e é claro então que neste caso se evidencia uma diferença entre as populações. Deve-se escolher sempre o menor valor de U para ser utilizado no cálculo de z:

$$Z = \frac{U - \mu_U}{\delta_U}$$

$$\mu_U = \frac{n_1 n_2}{2}$$

$$\delta = \sqrt{\frac{n_1 n_2 (n_1 + n_2 + 1)}{12}}$$

Onde:

Z = Estatística Z

$\mu_U$  = Média

$\sigma_U$  = desvio padrão

Já o teste de *Kruskal Wallis* foi aplicado para avaliar as diferenças entre os graus de satisfação das categorias profissionais (ACS, médico/a e enfermeiro/a) entre os anos. O teste de *Kruskal Wallis* avalia a hipótese nula de que as medianas de duas populações sejam idênticas, sendo utilizado para mais de duas amostras. Assim, pode-se testar as seguintes hipóteses:

$H_0$ : Não existe diferença entre os grupos de estudo

$H_1$ : Existe diferença entre os grupos de estudo

A aplicação do teste envolve os seguintes passos:

1. As observações das  $k$  amostras  $n_1, n_2, \dots, n_k$  são combinadas em uma única série de tamanho  $n$  e dispostos em ordem de grandeza do menor para o maior. As observações são então substituídas por *ranks* a partir de 1, que é atribuído a menor observação, e  $n$ , que é atribuído à maior observação. Quando duas ou mais observações têm o mesmo valor, cada observação recebe a média das fileiras para as quais está empatada.
2. As classificações atribuídas às observações em cada um dos  $k$  grupos são adicionadas separadamente a  $k$  somas de classificação.
3. A estatística de teste é dada por:

$$H = \frac{12}{n(n+1)} \sum_{j=1}^k \frac{R_j^2}{n_j} - 3(n+1)$$

Onde:

$k$  = número de amostras

$n_j$  = número de observações na amostra  $j$

$n$  = número de observações nas amostras combinadas

$R_j$  = a soma das classificações na  $j$ -ésima amostra

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu às exigências do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/2012) para pesquisas envolvendo seres humanos, sendo a pesquisa realizada em 2010 aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (protocolo nº 341/10 de 29/06/2010) (ANEXO B) e para 2021 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob CAAE nº 37478920.2.0000.5188/2020 (ANEXO C).

Os/As usuários/as com hipertensão arterial e os profissionais de saúde participantes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e que o mesmo não envolveria risco à saúde. Para aderir ao estudo foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C). O projeto seguiu todo o fluxo de autorização da Secretaria de Saúde da Prefeitura

Municipal de João Pessoa, mediante anuência (ANEXO D) e encaminhamento do pesquisador para realização da pesquisa nos distritos sanitários (ANEXO E).

# 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

Os resultados/discussão foram apresentados seguindo a sequência: 1) Resultados da validação do instrumento de avaliação do Apoio Social relativo às dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* na versão profissionais de saúde; 2) Resultados da avaliação do Apoio Social relativo às dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* na perspectiva dos profissionais de saúde das ESF nos anos 2010 (antes da pandemia) e 2021 (depois da pandemia); 3) Resultados da avaliação do Apoio Social relativo às dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* na perspectiva das pessoas com hipertensão arterial nos anos 2010 (antes da pandemia) e 2022 (durante a pandemia); 4) Comparação dos resultados da avaliação do Apoio Social relativo às dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* na perspectiva das pessoas com hipertensão arterial ano 2010 (antes da pandemia) x profissionais de saúde ano 2010 (antes da pandemia) e pessoas com hipertensão arterial ano 2022 (durante a pandemia) x profissionais de saúde ano 2021 (durante pandemia).

## 4.1 RESULTADOS DA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL RELATIVO ÀS DIMENSÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE “ENFOQUE NA FAMÍLIA E ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE”

Como mencionado no item 3.5 da tese, a validação do instrumento envolveu as seguintes etapas: consulta aos especialistas, imputação de dados e AFC.

4.1.1 Validação dos domínios e representatividade dos itens selecionados para o instrumento a partir da avaliação pelos especialistas.

Os especialistas realizaram suas contribuições na avaliação no que diz respeito à pertinência e representatividade dos itens para compor o instrumento de avaliação do apoio social relativo às

dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* no contexto da hipertensão arterial da APS na Paraíba.

Todos os especialistas receberam o instrumento versão profissional adaptado para a avaliação dos serviços prestados às pessoas com hipertensão arterial, no qual constavam as instruções sobre o procedimento de análise e um formulário de avaliação. Para cada avaliação foram consideradas três possibilidades: instrumento adequado sem modificação, eliminação ou alteração dos itens. Ao final, foram consideradas para o estudo os 06 itens iniciais da escala subdivididos nas dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* que satisfizeram os critérios de inclusão dos especialistas, permitindo-se a aplicação da AFC.

A partir da avaliação dos especialistas, os dois domínios propostos inicialmente foram considerados válidos e todos os itens foram mantidos. A dimensão *Enfoque na Família* manteve três itens assim como a dimensão *Orientação para a Comunidade* (Quadro 3.2).

4.1.2 Validação estatística do instrumento de avaliação do apoio social relativo às dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* no contexto da hipertensão arterial da APS na Paraíba.

As fases da validação obedeceram às recomendações propostas pelo *The Consensus-based Standards for the selection of Health Measurement Instruments* (COSMIN), sendo a avaliação da confiabilidade e a da validade considerada as principais propriedades de medida de um instrumento e que permite mensurar, mediante seus resultados, a qualidade das evidências de uma validação (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Para a realização da análise estatística, as respostas dos 06 (itens das dimensões) (Quadro 3.2) selecionados foram transferidas para um banco de dados no pacote estatístico IBM SPSS versão 22.0. No entanto, antes de proceder à análise estatística do instrumento, foi realizada uma estatística descritiva das variáveis envolvidas, com a finalidade de verificar a proporção de dados perdidos ou *missings*, identificados no banco de dados em questão como respostas do tipo não sabe/não respondeu (NS/NR). Em média 9 valores foram imputados por variável, o que representou um percentual médio de imputação de 3,7%, considerado estatisticamente inexpressivo.

Segundo as recomendações de Nunes (2007), para proporções entre 0,05 e 0,15 pode se realizar a imputação de dados única ou múltipla, não sendo necessário excluir nenhuma das variáveis selecionadas para o instrumento, uma vez que todas atenderam aos critérios para imputação. Desta

forma, prosseguiu-se realizando a substituição dos valores faltantes através do método *Hot Deck*, no qual os dados faltantes foram substituídos pela média das respostas observadas nos outros indicadores da mesma dimensão, desde que estes possuíssem no mínimo 50% de respostas registradas. A opção pelo método de imputação foi justificada pela qualificação da consistência interna (HARZHEIM et al., 2013).

#### 4.1.2.1 Descrição da amostra dos bancos de dados utilizados para a validação estatística do instrumento.

Para a análise utilizou-se o banco de dados versão profissionais de saúde das ESF dos municípios de João Pessoa/PB e de Campina Grande/PB. Apesar da presente tese avaliar dados do município de João Pessoa, optou-se por utilizar também as informações de Campina Grande com objetivo de ampliar a amostra do banco de dados e favorecer a validação estatística do instrumento.

Os bancos de dados foram oriundos dos Projeto Paes (2008; 2009). No município de João Pessoa, a amostra de profissionais foi composta de 52,6% (n=72) de ACS, 21,2% (n=29) de médicos/as e 26,3% (n=36) de enfermeiros/as. A grande maioria de profissionais trabalhava na função há no máximo dois anos (68,1%) e 31,9% possuíam experiência na área superior a dois anos. Em relação à titulação 60,7% dos/as médicos/as e 66,7% dos/as enfermeiros/as eram especialistas e 72,9% dos ACS possuíam segundo grau completo.

No município de Campina Grande a amostra de profissionais totalizou 50,9% de ACS (n=56), 23,6% de médicos/as (n=26) e 25,5% enfermeiros/as (n=28). Do total em Campina Grande, 36,4% dos profissionais desempenhavam a função há no máximo dois anos e 45,5% a mais de quatro anos. Desses profissionais, 80% dos/as médicos/as e enfermeiros/as eram especialistas e 10,7% dos ACS possuíam ensino superior incompleto e 82,1% não informaram a titulação (SILVA e PAES, 2017).

#### 4.1.2.2 Análise Fatorial Confirmatória.

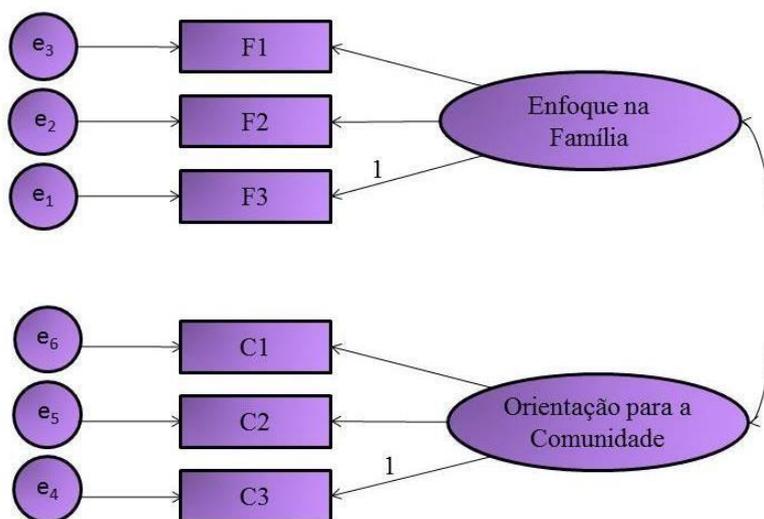
Após a imputação dos dados, foi dada continuidade ao processo de validação do instrumento a partir da realização da análise fatorial confirmatória (AFC). Foram consideradas para o estudo as 6 variáveis originais que satisfizeram os critérios de inclusão, permitindo assim, a continuidade de aplicação da análise fatorial.

A AFC tem a propriedade de avaliar o quanto à especificação dos fatores se combina com a realidade, ou seja, com os dados verdadeiros. Consiste em uma técnica multivariada de análise utilizada como um teste confirmatório da estrutura esperada, ou seja, a partir da AFC as hipóteses são testadas para confirmar se a estrutura fatorial pré-estabelecida se adequa aos dados observados (HAIR et al., 2014).

O modelo também testou a hipótese de correlação entre os constructos *Enfoque na Família* e *Orientação para a Comunidade*. Os resultados dos testes de significância da AFC sustentaram a hipótese da presença de dois constructos e a manutenção de todos os itens propostos.

A Figura 4.1 mostra a representação do diagrama de caminhos, o que permitiu confirmar que cada uma das variáveis selecionadas estava significativamente relacionada com os seus fatores designados: F1, F2 e F3 relacionados à dimensão *Enfoque na Família* e C1, C2 e C3 relacionados à dimensão *Orientação para a Comunidade*.

**Figura 4.1 - Diagrama de caminhos - análise confirmatória para o modelo hipotetizado para o Apoio Social a pessoa com hipertensão arterial relativo às dimensões *Enfoque na Família* e *Orientação para a Comunidade* na perspectiva de profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde**

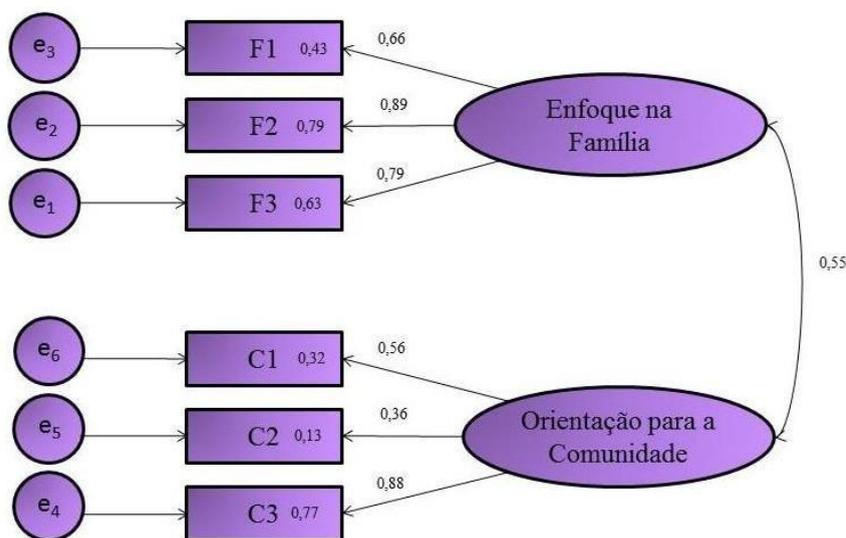


Nota: F1, F2 e F3: itens componentes da dimensão *Enfoque na Família*; C1, C2 e C3: itens componentes da dimensão *Orientação para a Comunidade*, conforme instrumento I2; e1 – e6: erro do modelo.

Fonte: Elaboração própria.

A partir da especificação do modelo de mensuração (designação de variáveis indicadoras para os construtos que elas devem representar), obtiveram-se as hipóteses estruturais do modelo. Em outras palavras, o modelo verificou as relações de correlação existentes entre os construtos. A partir da especificação do modelo de mensuração e estrutural, obteve-se a solução final padronizada através da AFC. A representação gráfica dos parâmetros estimados no modelo testado pode ser observada através da representação do diagrama de caminhos (Figura 4.2).

**Figura 4.2 - Diagrama de caminhos - resultado da análise confirmatória para o modelo final hipotetizado**



Nota: F1, F2 e F3: itens componentes da dimensão Enfoque na Família; C1, C2 e C3: itens componentes da dimensão Orientação para a Comunidade. e1-5: erro do modelo. Fonte: Elaboração própria.

Além da contribuição para a validade da escala, o modelo testou uma hipótese importante que é a de correlação entre os construtos *Enfoque na Família* e *Orientação para a Comunidade*, evidenciando-se que a correlação foi significativa (p-valor=0,000), positiva e de magnitude moderada e igual a 0,55 (Figura 4.2). Essa correlação significativa entre os construtos indica que os mesmos estão relacionados e atuam de forma conjunta e complementar no cuidado à saúde da pessoa com hipertensão arterial na visão dos profissionais da APS.

A Tabela 4.1 apresenta os resultados quanto a qualidade global do ajuste, confiabilidade e consistência interna, através da análise do  $\alpha$  de Cronbach, carga fatorial, da medida de confiabilidade composta e das validades convergente e discriminante.

**Tabela 4.1 - Análise fatorial confirmatória e de consistência interna para a composição final dos fatores do questionário de avaliação da satisfação dos profissionais de saúde quanto aos serviços prestados aos usuários com hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde**

	Item	Comunalidade	Especificidade	Validade fatorial
Enfoque na Família (F)	F1 - Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o doente de Hipertensão Arterial?	0,659	0,341	0,434
	F2 - Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o doente de Hipertensão Arterial sobre a doença, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?	0,888	0,112	0,788
	F3 - Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da família do doente de Hipertensão Arterial no tratamento?	0,792	0,158	0,708
$\alpha$ de Cronbach: 0,817				
Confiabilidade composta: 0,903				
Validade convergente: 0,859				
Orientação para Comunidade (C)	C1 - Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância da participação do doente e família em instituições da comunidade (igrejas, associação de bairro, etc.) como apoio para resolver seus problemas de saúde?	0,563	0,437	0,316
	C2 - Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre Hipertensão Arterial com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?	0,365	0,635	0,133
	C3 - Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência de amigos/colegas no tratamento do doente de Hipertensão Arterial?	0,879	0,121	0,772
$\alpha$ de Cronbach: 0,618				
Confiabilidade composta: 0,732				
Validade convergente: 0,556				

Fonte: Dados da Pesquisa.

Para determinar a composição final dos fatores, as comunalidades de cada item foram avaliadas. Harzheim et al. (2013) consideram uma estimativa de comunalidade acima de 0,35 como satisfatória para contribuição na explicação do modelo. No entanto, Hair et al. (2014) recomendam valores acima de 0,50 como satisfatórios. Identificou-se que o item C2 (Tabela 4.1) apresentou estimativa de comunalidade (0,365), abaixo do recomendado por esse último autor o que refletiu numa validade fatorial menor que 0,25, do ponto de corte recomendado (HAIR et al., 2014). Apesar do item C2 não apresentar uma contribuição da magnitude esperada, o mesmo foi considerado

significativo e apresenta uma contribuição que pode ser interpretada como razoável para o modelo. Além disso, o item apresentou-se como uma complementação da informação do item C1. Outra justificativa para a manutenção desse item foi o resultado favorável dos índices que confirmaram o bom ajuste do modelo.

Ainda assim, não seria demasiado que o mesmo fosse reconsiderado posteriormente para se for o caso, passar por uma possível alteração na reformulação desse item ou de sua redação, uma vez que pode ter ocorrido algum tipo de viés de interpretação na resposta. Para tanto, demandaria nova pesquisa de testagem com uma amostra representativa da população de usuários/as com hipertensão arterial cadastrados na APS. Nessa perspectiva, recomenda-se que ao usar esse instrumento proposto em populações com fortes características socioeconômicas e culturais distintas do município de João Pessoa/PB, seja redobrada a atenção para a pergunta desse item para não incorrer em algum eventual tipo de viés.

O  $\alpha$  de Cronbach é uma medida que tem sido muito utilizada para avaliar a confiabilidade de constructos de uma escala de mensuração. Entretanto, ela sofre críticas devido a influência do número de itens do constructo, tendo em vista que muitos itens influenciam para um maior valor do coeficiente e um menor número deles diminui o valor do coeficiente. Para os constructos em análise que possuem apenas três itens, observa-se que o  $\alpha$  de Cronbach foi influenciado pelo menor número de itens e apresentou os seguintes valores: 0,817 para a dimensão *Enfoque na família* e 0,618 para *Orientação para a comunidade*.

A partir do modelo final estabelecido, foram verificadas as medidas de mensuração do modelo, com base na confiabilidade composta, na validade convergente e na validade discriminante. A confiabilidade composta estima a consistência interna dos itens reflexivos do constructo, sendo considerada aceitável com valores  $\geq 0,7$ . Este pressuposto foi satisfeito nas dimensões propostas (Tabela 4.1).

A validade convergente avalia até que ponto os indicadores de uma construção específica convergem ou compartilham uma alta proporção de variância em comum, sendo usual considerar valores  $\geq 0,5$  (MOREIRA, 2012). As dimensões *Enfoque na Família* e *Orientação para a Comunidade* apresentaram validades convergentes de 0,859 e 0,556 respectivamente (Tabela 4.1).

Já a validade discriminante, avalia o quanto um constructo é verdadeiramente distinto de outros, tanto em termos de quanto ele se correlaciona com outros constructos e como os itens medidos distintamente representam somente esse constructo único (HAIR et al., 2014). A validade discriminante pode ser verificada quando a validade convergente dos fatores for superior ou igual

ao quadrado da correlação entre os fatores *Enfoque na Família* e *Orientação para a Comunidade* ( $r = 0,549$  e  $r^2 = 0,301$ ), sendo esta condição aceita para os construtos avaliados (Tabela 4.1).

A Tabela 4.2 apresenta o resultado dos índices de adequação testados para a confirmação do modelo.

**Tabela 4.2 - Índices de adequação dos modelos testados na Análise Fatorial Confirmatória**

Indicador de ajuste	Modelo final
CMIN/GL <sup>1</sup>	18,046
NFI <sup>2</sup>	0,959
RFI <sup>3</sup>	0,924
IFI <sup>4</sup>	0,977
TLI <sup>5</sup>	0,956
CFI <sup>6</sup>	0,977
PRATIO <sup>7</sup>	0,533
PNFI <sup>8</sup>	0,512
PCFI <sup>9</sup>	0,521
RMSEA <sup>10</sup>	0,072

<sup>1</sup>Qui-quadrado sobre graus de liberdade; <sup>2</sup>Normalized Adjustment Index; <sup>3</sup>Relative Adjustment Index; <sup>4</sup>Incremental Fit Index; <sup>5</sup>Tucker Lewis Index; <sup>6</sup>Comparative Fit Index; <sup>7</sup>Parsimony Ratio; <sup>8</sup>Normalized Parity Adjustment Index; <sup>9</sup>Parsimony Comparative Fit Index; <sup>10</sup>Root Mean Square of Aproximation.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Com relação ao modelo proposto, os índices CNIN/GL e RFI (0,924) apresentaram bom ajuste e os índices NFI (0,959), IFI (0,977), TLI (0,956) e CFI (0,977) apresentaram ajustamento  $> 0,95$ , considerado como muito bom. Os índices PRATIO (0,553), PNFI (0,512) e PCFI (0,521) também apresentaram um ajuste aceitável ( $> 0,5$ ) e o RMSEA (0,072) considerado como muito bom ajuste (KLINE, 2005).

Como os parâmetros estimados no modelo final foram significativos e os índices de ajustes foram todos aceitos, há evidências estatísticas para afirmar que a escala proposta para avaliar o Apoio Social a pessoa com hipertensão arterial relativo às dimensões *Enfoque na Família* e *Orientação para a Comunidade* na perspectiva dos profissionais da APS apresentou aplicabilidade e validade satisfatória, além de fácil aplicação uma vez que possui apenas duas dimensões e um total de seis itens. Como mencionado anteriormente, os resultados da validação foram publicados por Paes, Farias e Leite (2022).

## 4.2 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL RELATIVO ÀS DIMENSÕES ENFOQUE NA FAMÍLIA E ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE NOS ANOS 2010 (ANTES DA PANDEMIA) E 2021 (DURANTE A PANDEMIA)

Os resultados aqui apresentados refletiram a visão dos profissionais das ESF em dois recortes no tempo (2010 e 2021) no município de João Pessoa, a partir das dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade*.

A Tabela 4.3 apresenta a descrição do quantitativo de profissionais entrevistados nos anos de 2010 e 2021 nos cinco DS de João Pessoa. O total de profissionais (médico/a + enfermeiro/a + ACS) entrevistados foi de 136 em 2010 e de 293 em 2021. Para os dois anos estudados, o distrito sanitário III destacou-se com o maior quantitativo de profissionais em virtude do tamanho (número de unidades) do distrito o que favoreceu um quantitativo maior de equipes de saúde incluídas no processo de amostragem. No lado oposto o distrito sanitário V foi o de menor quantitativo.

**Tabela 4.3 - Número e percentual de profissionais das equipes de saúde da família por Distrito Sanitário, 2010 e 2021, João Pessoa/PB**

Distrito	2010		2021	
	N	%	n	%
I	30	22,1	74	25,2
II	32	23,5	73	25,0
III	38	27,9	95	32,4
IV	20	14,7	34	11,6
V	16	11,8	17	5,8
Total	136	100,0	293	100,0

Fonte: Elaboração própria.

No ano de 2021 para quase todos os DS, o quantitativo de profissionais participantes foi consideravelmente superior ao ano de 2010, o que pode ser justificado por uma maior adesão dos profissionais à pesquisa e pelo aumento no número de Unidades de Saúde da Família (USF) integradas que levou a um tamanho amostral maior.

Na Tabela 4.4 encontra-se a distribuição geral por especialidade dos profissionais participantes do estudo nos anos de 2010 e 2021 nos cinco DS de João Pessoa. Um maior número de ACS predominou na amostra de ambos os anos (52,9% em 2010 e 70,0% em 2021), uma vez que corresponde a categoria profissional com maior quantitativo em uma equipe de saúde da família.

Seguiram-se em ordem decrescente os/as enfermeiros/as (26,5% em 2010 e 18,4% em 2021) e médicos/as (20,6% em 2010 e 11,6% no ano de 2021) cujos quantitativos amostrais são explicados pelas mesmas razões.

**Tabela 4.4 - Número e percentual dos profissionais das equipes de saúde da família entrevistados/as por especialidade, 2010 e 2021, João Pessoa/PB**

Ano	Especialidade	n	%
2010	Médico/a	28	20,6
	Enfermeiro/a	36	26,5
	Agente comunitário de saúde	72	52,9
2021	Médico/a	34	11,6
	Enfermeiro/a	54	18,4
	Agente comunitário de saúde	205	70,0

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 4.5 mostra os valores descritivos dos indicadores da escala do tipo *Likert*: mínimo, máximo e média, levando-se em conta as respostas de todas as categorias profissionais, os quais foram obtidos nas duas dimensões avaliadas (*Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade*).

A diferença nas médias para os itens da dimensão *Enfoque na Família* levou a uma diminuição em 2021 no valor médio do nível de satisfação em todos eles F1 (- 0,20), F2 (- 0,20) e F3 (- 0,04) quando comparado com o ano de 2010. Note-se que os desvios padrões correspondentes a cada item não ultrapassou 1,00 na escala (oscilando em torno de 0,90), nos dois anos, o qual revela uma dispersão aproximada entre os itens nas respostas.

Para a dimensão *Orientação para a Comunidade* houve uma redução das médias para os itens C1 (- 0,57) e C3 (- 1,00) em relação ao tempo, seguindo a mesma lógica da dimensão *Enfoque na Família*. O C2 apresentou comportamento diferente com um ligeiro aumento da média (+ 0,05) o que pode estar associado aos erros inerentes às respostas. A maior variação da média entre os anos para as duas dimensões ocorreu no item C3. Este item corresponde ao de menor média geral em 2010 e 2021. Chama-se à atenção para a maior dispersão de respostas na dimensão *Orientação para a Comunidade* nos dois anos ( $DP > 1$ ), com exceção do item C3 no ano de 2010.

**Tabela 4.5 - Número mínimo, máximo, média e desvio padrão e diferença entre as médias atribuído ao grau de satisfação dos profissionais para os itens das dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade*, 2010 e 2021, João Pessoa/PB**

Dimensão	Item	2010			2021			Diferença entre as médias
		Mín	Máx	Média (DP)	Mín	Máx	Média (DP)	
Enfoque na família	F1- Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o usuário que tem Hipertensão Arterial?	2	5	4,66 (±0,638)	1	5	4,46 (±0,945)	-0,20
	F2- Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o usuário que tem Hipertensão Arterial sobre a doença, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?	2	5	4,51 (±0,746)	1	5	4,31 (±0,865)	-0,20
	F3- Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da família do usuário que tem Hipertensão Arterial no seu tratamento?	3	5	4,41 (±0,771)	1	5	4,37 (±0,910)	-0,04
		Índice Composto das Dimensões						
		4,52			4,38			
Orientação para a comunidade	C1- Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância da participação do usuário hipertenso e família em instituições da comunidade (igrejas, associação de bairro, etc.) como apoio para resolver seus problemas de saúde?	1	5	3,88 (±1,180)	0	5	3,31 (±1,368)	-0,57
	C2- Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre Hipertensão Arterial com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?	1	5	3,08 (±1,309)	0	5	3,13 (±1,266)	+0,05
	C3- Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência dos amigos e colegas no tratamento do usuário com Hipertensão Arterial?	2	5	4,16 (±0,946)	0	5	3,16 (±1,374)	-1,00
		Índice Composto das Dimensões						
		3,70			3,20			

Legenda: Min – mínimo; Máx – máximo; DP - desvio padrão.  
Fonte: Elaboração própria

De maneira geral para os dois anos estudados observou-se um maior interesse/conhecimento dos profissionais sobre quem mora com a pessoa com HAS e o seu possível envolvimento no

cuidado do que o interesse/conhecimento sobre a participação da comunidade no cuidado as pessoas com HAS e a realização de atividades sobre o tema nos aparelhos sociais.

Apesar de que os profissionais podem não ser exatamente os mesmos nos dois momentos do tempo, ao levar em conta esses dois aspectos - maior insatisfação (pela redução dos escores) com o passar do tempo e maior dispersão nas respostas, pode-se especular sobre uma maior autonomia e contundência crítica nas respostas dos profissionais de saúde no segundo momento do tempo quanto aos serviços prestados e suas interações profissionais com as famílias e as comunidades em que atuam.

De acordo com a classificação das médias em um índice composto para analisar o grau de satisfação dos profissionais, observa-se que a média de todos os itens das duas dimensões ficaram acima de 3, o que caracteriza o resultado como “regular” (entre 3 e 4) ou satisfatórios (>4). No entanto, é possível que a partir das respostas dos/as usuários/as com hipertensão arterial confrontadas com as dos profissionais tenha-se uma melhor compreensão sobre essas diferenças, o qual é discutido na seção 4.4.

Em estudos realizados no Brasil com o uso do PCATool resultados com repostas mais baixas para os itens dessas dimensões foram uma unanimidade independentemente da versão proposta (ELIAS et al., 2006; IBÁÑEZ et al., 2006; MACINKO; ALMEIDA; SÁ, 2007; VAN STRALEN et al., 2008; VIANA et al., 2008; PEREIRA et al., 2011; SALA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2013; VIANA, 2012; FRACOLLI et al., 2014).

No presente estudo, observa-se que de forma geral a dimensão *Orientação para Comunidade* sinalizou médias inferiores à dimensão *Enfoque na Família*. Diante desse resultado, pode-se especular que a busca por informações da família da pessoa com HAS, como também o contato com a mesma foi bem melhor avaliado em comparação com a interação com a comunidade.

Uma ressalva aos valores das médias pode ser feita no ano de 2021 devido à pandemia da COVID-19, o que favoreceu a uma alteração na dinâmica de trabalho e conseqüentemente no acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial na APS, ou seja, a redução dos escores era esperada. No entanto, quando se compara a diferença das médias entre os anos, o resultado variou pouco, ou seja, manteve um padrão semelhante de satisfação, como se a pandemia não tivesse impactado de forma expressiva o processo de trabalho das equipes.

Um serviço de saúde que exerça de forma satisfatória os atributos de orientação familiar e comunitária possui um cuidado mais qualificado aos usuários, colaborando para melhora dos indicadores de saúde, visto que na orientação familiar o cuidado é centrado no sujeito e família e no

conhecimento integral dos seus problemas de saúde. A dimensão *Enfoque na Família* discursa sobre o olhar do profissional sobre as implicações da família na saúde do indivíduo, e vice-versa. Abre o escopo de possibilidades da influência do ambiente familiar sobre a saúde individual, permitindo que o trabalho da equipe de saúde flua de maneira mais integrada a esse fator, podendo ser utilizada como ferramenta de auxílio em diversas situações (CARVALHO, 2019).

Já na *Orientação para a Comunidade* tem-se que, da mesma maneira que o indivíduo é influenciado pela sua família, a comunidade e as pessoas que nela convivem também repercutem na experiência individual. Relacionamentos com grupamentos religiosos, escolares, afetivos, etc. terão sua maneira de influenciar o indivíduo, e vice-versa. Conhecer esses grupos e seus comportamentos específicos permitirá ao serviço pensar em maneiras mais abrangentes de atingir um determinado problema de saúde que possa ser influenciado por uma cultura local específica (CARVALHO, 2019).

A orientação comunitária reconhece as necessidades de saúde da comunidade e a importância da sua relação com os/as usuários/as e famílias para o planejamento e avaliação conjunta dos serviços, invertendo a lógica do cuidado hegemônico centrado na figura médica (JANKE et al., 2020). Na teoria, a efetivação da orientação familiar e comunitária ocorre quando se pratica a integralidade, pois ela considera o indivíduo em seus contextos e avalia as necessidades que precisam ser atendidas para promover atenção integral nos âmbitos familiar e comunitário, bem como seus determinantes de saúde (REICHERT et al., 2016; JANKE et al., 2020), no entanto, na prática o processo de efetivação é complexo.

Há algumas décadas a Estratégia de Saúde da Família ganhou evidência como um programa de reorganização do sistema de saúde no Brasil e apesar de avanços ainda se buscam mudanças realmente expressivas na organização, financiamento e oferta de serviços de saúde, decorrentes principalmente da necessidade de se disponibilizar para a população serviços básicos, acessíveis, equitativos e de melhor qualidade (BRASIL, 2014b).

Nesse contexto, os profissionais das ESF obtiveram avanços no saber e no fazer, mediante a construção de um espaço assistencial ímpar para a equipe, com todos os profissionais podendo ser percebidos como fundamentais e essenciais na execução e seguimento das ações de saúde, envolvendo desde as intervenções diretas a partir da consulta e prescrição de medicamentos até as intervenções indiretas, como no fenômeno da educação em saúde para a população (CARNEIRO et al., 2008; CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013).

Apesar da importância, o trabalho dos profissionais das ESF na estratégia saúde da família vem sendo submetido a impasses e desafios, especialmente no que diz respeito à sua atuação, divisão de responsabilidades, condições de trabalho, relações interdisciplinares, políticas salariais, acesso à qualificação e indefinição de vínculo empregatício. Além disso, ainda existe o contexto da sobrecarga pelo número de atendimentos, cobertura de áreas descobertas, avaliação de indicadores de saúde, dentre outras questões (OLIVEIRA; SPIRI, 2006; FERRAZ; SANTOS, 2007).

Estas condições refletem na atuação dos profissionais que em muitas situações tem dificuldade na priorização de suas atividades e destinam mais tempo àquelas de caráter curativo ou administrativo em detrimento das atividades de promoção e prevenção da saúde. Pode-se inferir que esse quadro foi ainda mais comprometido no contexto da pandemia da COVID-19 e as consequências seguirão por anos.

O estudo de Camargo, Anjos e Amaral (2013), ressaltou uma questão importante sobre o trabalho interdisciplinar das ESF em relação ao cuidado de pessoas com hipertensão arterial e faz um questionamento sobre a ação dos profissionais de maneira individual e coletiva. Os autores identificaram que o/a profissional médico/a visualiza sua atuação com ênfase nas intervenções que tratam das questões fisiopatológicas, do corpo físico, o que confirma que as práticas curativas persistem e bloqueiam a possibilidade de uma lógica de trabalho que valorize as subjetividades e as singularidades dos sujeitos envolvidos e que dessa forma integrem a família e a comunidade.

Ainda no mesmo estudo, o ACS relatou a importância de seu trabalho na comunidade, especialmente durante a visita domiciliar, no entanto, não mencionou a realização de visitas multidisciplinares. A visita do ACS teve como prioridade o aconselhamento sobre o controle dos fatores de risco da hipertensão arterial. Assim, a preocupação foi com o cuidado individual, fora do contexto da comunidade. Já o enfermeiro/a mostrou ser o profissional que melhor conhecia as ações preconizadas para a equipe e como elas são relevantes para o funcionamento do programa, mas esbarra na burocracia do sistema (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013).

Como forma de avaliar se houve diferença significativa entre os índices compostos de satisfação das categorias de profissionais (médico/a, enfermeiro/a e ACS) para cada ano estudado (2010 e 2021) e para cada dimensão (*Enfoque na Família e Orientação para Comunidade*), foi aplicado previamente o teste de normalidade dos dados (Tabela 4.6).

**Tabela 4.6 Resultados dos Testes de Normalidade aplicados às dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade na perspectiva dos profissionais de saúde, 2010 e 2021, João Pessoa/PB**

		Testes de Normalidade											
		2010						2021					
		Teste KS <sup>a</sup>			Teste SW			Teste KS <sup>a</sup>			Teste SW		
	Item	Est	df	Sig	Est	Df	Sig	Est	df	Sig	Est	df	Sig
Enfoque na Família	F1	,435	116	,000**	,597	116	,000**	,359	291	,000**	,700	291	,000**
	F2	,370	116	,000**	,701	116	,000**	,365	291	,000**	,705	291	,000**
	F3	,349	116	,000**	,723	116	,000**	,357	291	,000**	,711	291	,000**
Orientação para a Comunidade	C1	,236	116	,000**	,839	116	,000**	,193	291	,000**	,894	291	,000**
	C2	,189	116	,000**	,892	116	,000**	,213	291	,000**	,909	291	,000**
	C3	,302	116	,000**	,781	116	,000**	,160	291	,000**	,916	291	,000**

Legenda: a: Correlação de Significância de *Lilliefors*; Teste KS: *Kolmogorov-Smirnov*; Teste SW: *Shapiro-Wilk*. Est: Estatística do Teste; Df: Graus de Liberdade; Sig: Significância Estatística. \*\*: p < 0,05;

Observação: Hipótese H<sub>0</sub>: os dados não possuem distribuição normal (p < 0,05) e Hipótese H<sub>1</sub>: os dados possuem distribuição normal (p > 0,05). Em caso de p < 0,05 deve-se aceitar a hipótese nula.

Fonte: Dados da pesquisa (2010/2021).

De acordo com os resultados obtidos não foi possível confirmar a normalidade dos dados, uma vez que de acordo com a Hipótese H<sub>0</sub>: *os dados não possuem distribuição normal* (p < 0,05). Ou seja, para os testes de *Kolmogorov-Smirnov* (KS) e *Shapiro-Wilk* (SW) aplicados encontrou-se o valor p < 0,05, o que justificou a escolha de testes não paramétricos para a comparação dos graus de satisfação (medidos pelos índices compostos) entre as categorias de profissionais nos anos estudados.

A Tabela 4.7 apresenta o resultado da comparação dos graus de satisfação entre o cruzamento das categorias profissionais para cada ano (médico/a x enfermeiro/a x ACS) e entre os grupos (somatório das respostas de todos os profissionais entrevistados por ano estudado). Para tanto foram aplicados os testes de *Kruskal-Wallis* e *U de Mann-Whitney*.

Ao comparar a satisfação dos atores entre as categorias profissionais (médico/a x enfermeiro/a x ACS) para o ano 2010 não foram encontradas diferenças significativas (p-valor > 0,05) em relação à satisfação dos profissionais para as duas dimensões, ou seja, os testes evidenciaram que os profissionais tiveram um entendimento semelhante quanto à satisfação na prestação de serviços as

peças com hipertensão arterial nas duas dimensões avaliadas. Já no ano de 2021 foi evidenciada diferença significativa ( $p$ -valor  $< 0,05$ ) apenas na dimensão *Enfoque na Família*.

**Tabela 4.7 - P-valor do teste de *Kruskal-Wallis* e *U de Mann-Whitney* para diferenças de médias entre as categorias profissionais, 2010 e 2021, João Pessoa/PB**

Dimensão	2010*	2021*	2010/2021**
	Méd/Enf/ACS	Méd/Enf/ACS	Grupo (total de profissionais)
Enfoque na Família	0,052	0,003***	0,021***
Orientação para a Comunidade	0,249	0,280	0,000***

Legenda: Méd: médico(a); Enf: enfermeiro(a); ACS: agente comunitário de saúde; \*Comparação realizada entre as categorias profissionais através do teste de *Kruskal-Wallis*; \*\* Comparação realizada entre os dois grupos (méd + enf + ACS para cada ano) pelo teste *U de Mann-Whitney*; \*\*\* $p$ -valor  $< 0,05$ .

Observação: Hipótese  $H_0$ : não existem diferenças entre as médias das respostas por categoria profissional e Hipótese  $H_1$ : existem diferenças entre as médias das respostas por categoria profissional; Para  $p < 0,05$  deve-se rejeitar a hipótese nula.

Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao grupo profissional por ano (médico/a + enfermeiro/a + ACS) observou-se diferença significativa ( $p$ -valor  $< 0,05$ ) para as duas dimensões, ou seja, no somatório das respostas os grupos revelaram diferenças estatísticas entre os anos estudados.

Na pandemia o processo de trabalho das equipes precisou ser readequado, em virtude das restrições logísticas e do próprio isolamento social da comunidade. Tais mudanças comprometeram o trânsito entre os diferentes territórios de abrangência das ESF, o vínculo presencial com os usuários/comunidade, especialmente, no contexto das visitas domiciliares, assim como exigiu mudanças nos fluxos assistenciais e na inter-relação entre os membros da equipe, dificultando, inclusive, a realização de reuniões presenciais para o planejamento mensal de atividades (MACIEL et al., 2020).

A Tabela 4.8 apresenta o resultado da comparação dos graus de satisfação entre as categorias profissionais e os anos para cada dimensão: Médico/a ano 2010 x Médico/a ano 2021, Enfermeiro/a ano 2010 e Enfermeiro/a ano 2021 e ACS ano 2010 e ACS ano 2021. Foram encontradas diferenças significativas ( $p$ -valor  $< 0,05$ ) na comparação entre as respostas das categorias Enfermeiro/a ano 2010 e Enfermeiro/a ano 2021 apenas na dimensão Enfoque na Família. Para a dimensão Orientação para a Comunidade foram encontradas diferenças significativas entre as categorias Médico/a ano 2010 x médico/a ano 2021 ( $p$ -valor 0,001) e ACS ano 2010 e ACS ano 2021 ( $p$ -valor 0,044).

**Tabela 4.8 - P-valor do teste U de Mann-Whitney para diferenças de médias entre as categorias profissionais e anos pesquisados, 2010 e 2021, João Pessoa/PB**

Dimensão	Méd (2010) x Méd (2021)	Enf (2010) x Enf (2021)	ACS (2010) x ACS (2021)
Enfoque na Família	0,056	0,010*	0,352
Orientação para a Comunidade	0,001*	0,141	0,044*

Legenda: Méd: médico(a); Enf: enfermeiro(a); ACS: agente comunitário de saúde; \*p-valor < 0,05 no teste *U de Mann Whitney*; Observação: Hipótese H<sub>0</sub>: não existem diferenças entre as médias das respostas por categoria profissional e Hipótese H<sub>1</sub>: existem diferenças entre as médias das respostas por categoria profissional; Para p<0,05 deve-se rejeitar a hipótese nula. Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 4.9 observa-se a magnitude da diferença dos índices compostos por categoria profissional (médico/a, enfermeiro/a e ACS) para os dois anos estudados (2010 e 2021) para as dimensões *Enfoque na Família* e *Orientação para a Comunidade*.

**Tabela 4.9 - Índices compostos das médias e diferença para as dimensões *Enfoque na Família* e *Orientação para a Comunidade* por categoria profissional, 2010 e 2021, João Pessoa/PB**

Dimensão	2010			2021			Diferença 2020-2021		
	Média do Índice Composto por Categoria Profissional								
	Méd	Enf	ACS	Méd	Enf	ACS	Méd	Enf	ACS
Enfoque na Família	4,45	4,63	4,47	4,07	4,35	4,41	-0,38	-0,28	-0,06
Orientação para a Comunidade	3,75	3,46	3,33	3,08	3,31	3,19	-0,67	-0,15	-0,14

Legenda: Méd: médico(a); Enf: enfermeiro(a); ACS: agente comunitário de saúde. Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que para a dimensão *Enfoque na Família* houve uma redução na magnitude do índice composto no tempo para todas as categorias profissionais, a qual pode ser aferida pelas diferenças negativas entre os anos. O comportamento de redução dos níveis entre os anos também ocorreu para a dimensão *Orientação para a Comunidade*. Para esta última, as reduções foram mais impactantes do que para a dimensão *Enfoque na Família*.

Para a dimensão *Enfoque na Família* no ano de 2010 a maior média correspondeu à categoria Enfermeiro/a (4,63), seguida de ACS (4,47) e Médico/a (4,45) e em 2021 a categoria ACS (4,41), seguida do/a Enfermeiro/a (4,35) e Médico/a (4,075). Com relação à dimensão *Orientação para a Comunidade*, no ano de 2010 a maior média foi encontrada para a categoria Médico/a (3,75), seguida do/a Enfermeiro/a (3,46) e em 2021 na categoria Enfermeiro/a (3,31) seguida de ACS (3,19) e Médico/a (3,08). Ou seja, durante o tempo, esse indicador apontou que os/as Enfermeiros/as e

ACS se destacaram como as categorias mais “positivas” na avaliação quanto aos serviços e na interação com a família e a comunidade em que eles atuaram. O maior impacto na redução no período do nível de satisfação foi encontrado para a categoria dos/as Médicos/as (-0,38 em 2010 e -0,67 em 2021).

De acordo com a classificação da satisfação dos índices compostos, para os dois anos os escores ficaram acima de 3,0 para todas as categorias profissionais, o que caracteriza a satisfação como “regular” e “satisfatória”. Como já observado, apesar de continuarem regulares ou satisfatórios os níveis de satisfação dos profissionais, houve uma diminuição entre 2010 e 2021 em ambas as dimensões.

A redução dos índices compostos ao comparar 2021 com 2010 para todas as categorias pode ter uma explicação pelo impacto da pandemia no processo de trabalho das equipes, e do desfinanciamento da saúde, que já vem dificultando o trabalho com qualidade desde antes da pandemia (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021). Além disso, houve a incapacidade de realização de atividades em ambientes externos e grupos e o fechamento de serviços considerados como não essenciais nos decretos institucionais. Outros pontos a se destacar são a dificuldade de cobertura das áreas descobertas e as condições mais precárias de vida da população e dos locais para práticas coletivas.

A equipe da ESF deve trabalhar a fim de garantir o cumprimento dos princípios da APS brasileira definidos pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2017). Cada membro da equipe deve cumprir as tarefas do seu campo de conhecimento e trabalhar em equipe para poder oferecer a sua comunidade o melhor serviço possível dentro das possibilidades da sua realidade.

Como exemplo das atribuições e responsabilidades descritas na PNAB (2017), destaca-se as relacionados ao profissional médico/a: I) realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade; II – Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na unidade de saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); III – Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e IV – Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e agente de combate a endemias em conjunto com os outros membros da equipe; e VII – Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017). Diante

do exposto fica claro que exercer essas funções mesmo com uma formação específica para a APS não é simples e ainda mais em um momento de pandemia.

Como na APS a atenção ao usuário/a deve ser longitudinal, a cada encontro novas informações se adicionam possibilitando um ganho qualitativo aos atendimentos. No entanto, o que se observa é uma dificuldade de manutenção prolongada dos profissionais em especial o médico/a em uma equipe de saúde. Entre os fatores que dificultam a fixação do médico/a na equipe, pode-se citar: insatisfação profissional, condições de trabalho inadequadas, carga de trabalho pesadas, distorções na remuneração, deficiências na política de formação profissional para especialidade, interferência política na prestação de serviços públicos de saúde (NEY; RODRIGUES, 2012). Associado a este problema antigo somou-se a pandemia da COVID-19 e toda sua carga negativa de trabalho, além do impacto social e psicológico nos profissionais. Dessa forma, reitera-se o questionamento: como os profissionais mantiveram os escores das dimensões avaliadas, de forma “regular” ou “satisfatória”?

Em estudo realizado por Silva e Paes (2017) os profissionais de saúde exacerbaram sua percepção em relação aos serviços prestados. Em um comparativo entre a satisfação de usuários/as e profissionais, os serviços foram mais bem avaliados por quem os prestaram e, dentro de quem os prestaram. Isso pode justificar índices “satisfatórios” (>4) de médicos/as, enfermeiro/a e ACS na dimensão *Enfoque na Família* e índices “regulares” na dimensão *Orientação para a Comunidade*, mesmo durante a pandemia, onde como já mencionado, a rotina dos profissionais das ESF e das pessoas com hipertensão arterial foi alterada na pandemia e a ida até a unidade de saúde muitas vezes foi espaçada devido a um prolongamento da validade da prescrição do anti-hipertensivo, além da impossibilidade da realização de atendimento com ênfase na hipertensão arterial ou dos grupos de educação em saúde, como os de idosos, bem comum na realidade das unidades.

Além disso, os itens do questionário avaliaram o grau de satisfação quanto à assistência prestada o que pode induzir a uma autoavaliação da qualidade do serviço realizado pelo profissional e causar receio em avaliar o seu desempenho. Outro ponto pode ter relação com o desconhecimento em relação aos atributos da APS, ou seja, o que de fato representa as dimensões *Enfoque na Família* e *Orientação para a Comunidade*.

Outra possível justificativa reside no fato dos profissionais terem avaliado que mesmo com as limitações impostas pela pandemia mantiveram alta carga de trabalho, ou seja, eles não compararam as suas atividades com o período antes da pandemia, mas avaliaram o que fizeram

considerando as dificuldades durante a pandemia. Esse argumento pode ser legítimo, já que o instrumento não solicitava uma comparação dos períodos.

Considerando o mencionado acima, embora muitas ações da ESF tenham sido interrompidas ou descontinuadas, sabe-se que o/a ACS é o/a profissional da ESF que atua diretamente na área de abrangência da unidade e em contato frequente com as famílias e a comunidade, ou seja, o seu trabalho é realizado continuamente fora da unidade de saúde, o que pode ter contribuído para a manutenção do índice composto como “regular” pela categoria.

Uma vez que durante a pandemia da COVID-19 as principais medidas de prevenção e de assistência à saúde as pessoas com doenças crônicas deveriam ocorrer no domicílio, compreender o impacto da família e da comunidade no cuidado da pessoa com hipertensão arterial é fundamental para um cuidado resolutivo.

A compreensão das dificuldades inerentes ao controle da pressão arterial e à rede de apoio da pessoa com hipertensão arterial pode contribuir efetivamente para o desenvolvimento de políticas de saúde e programas que melhor abordem a magnitude do problema e possibilitem identificar indicadores de seguimento do tratamento, e repensar as formas de cuidado à saúde, favorecendo a redução das complicações por doenças cardiovasculares. Para os profissionais de saúde, a compreensão da realidade do cotidiano da pessoa com hipertensão arterial, a partir de suas necessidades diárias e da sua família, como também, da comunidade, pode cooperar na condução do tratamento da hipertensão arterial e contribuir nesse momento de crise com as medidas protetivas contra a COVID-19.

Dessa forma, durante a aplicação dos questionários com os profissionais de saúde foram realizados questionamentos aos profissionais das equipes de saúde da família sobre como se dá o Apoio Social das pessoas com hipertensão arterial durante a pandemia da COVID-19 (Tabela 4.10).

Na perspectiva dos profissionais de saúde, o Apoio Social (Item I) das pessoas com hipertensão arterial ocorre em ordem de prioridade, no auxílio ao usuário no contanto/acompanhamento a unidade de saúde (79%), a exemplo de situações de agendamento de consultas, seguido de preparo da alimentação (71,7%) e aquisição de medicamentos (71%) e auxílio nos horários de uso dos medicamentos (61,4%). Pode-se observar um apoio relacionado a um tratamento conservador, centrado em consulta médica e uso de medicamentos. Apenas 4 profissionais relataram ausência de rede de apoio as pessoas com hipertensão arterial.

**Tabela 4.10 - Apoio Social às pessoas com hipertensão arterial durante a pandemia da COVID-19 na perspectiva dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, 2021, João Pessoa/PB**

I - Na maioria dos casos, como se dá o apoio da família para o cuidado da pessoa com hipertensão no domicílio?		
	n	%
Não tem apoio familiar	4	1,4
No preparo da alimentação	210	71,7
Na aquisição de medicamentos	208	71,0
Nos horários dos medicamentos	180	61,4
Aferição da pressão arterial	130	44,4
Estímulo à atividade física	100	34,1
Contato com a Unidade de Saúde	234	79,9
Outro(s)	28	9,60
II - Na área de abrangência da sua equipe existe alguma pessoa e/ou grupo (associação de bairro, igreja, etc) que realiza atividades que contribuam com o controle da hipertensão arterial dos usuários?		
	n	%
Não existe	19	6,5
ACS	198	67,6
Líder comunitário	27	9,20
Líder religioso	14	4,80
Escola	21	7,20
Igreja	53	18,1
Projeto Social	38	13,0
Outro(s)	96	38,8
III - Como se deu o cuidado da Equipe de Saúde da Família com as pessoas com hipertensão durante a pandemia da Covid-19?		
	n	%
O cuidado não foi priorizado	17	5,8
Visitas domiciliares de ACS	205	70,0
Visitas domiciliares de outros profissionais de saúde	113	38,6
Dispensação de medicamentos	182	62,1
Grupos de apoio/educação em saúde	29	9,80
Atendimento médico e ou de enfermagem na unidade de saúde	236	80,5
Contato por <i>Whatsapp</i> ou telefone para saber como o paciente está	200	68,3
Teleatendimento	43	14,7
Outro(s)	33	11,3
IV - Na área de abrangência da sua equipe houve descontinuidade do cuidado a hipertensão arterial durante a pandemia da Covid-19?		
	n	%
As ações foram mantidas com todos os hipertensos	53	18,1
As ações foram mantidas com a maioria dos hipertensos	63	21,5
As ações foram mantidas com a minoria dos hipertensos	45	15,4
As ações foram interrompidas	131	44,7

Fonte: Dados da Pesquisa (2021)

Com relação ao Apoio Social prestado pela comunidade (Item II), 67,6% dos profissionais relataram a figura do ACS como principal meio de apoio à pessoa com hipertensão arterial. Em segundo e terceiro lugar respectivamente, foram citados por 18,1% dos profissionais o papel da Igreja e 13% de projetos sociais. A pandemia impactou em larga escala o atendimento de saúde dos pacientes com doenças crônicas e a exemplo da HAS as consultas médicas e de enfermagem chegaram a ser suspensas, ocorrendo apenas liberação da prescrição para a continuidade no uso dos

medicamentos (ALMEIDA; GUIMARÃES NETO, 2021), dessa forma, o reconhecimento do ACS como figura central no Apoio Social na comunidade foi potencializado.

A crença religiosa é vista como fornecedora de apoio durante momentos de dificuldades. Estudos de Eckersley (2007) e Faquinello, Marcon e Waidmann (2011) observaram a existência de uma relação positiva da crença religiosa para a saúde e o bem-estar das pessoas, tais como: um suporte social, a capacidade de dar respostas ao significado existencial além de representar um código moral a ser seguido.

Quanto às ações realizadas pela equipe de saúde as pessoas com hipertensão arterial durante a pandemia (Item III), destacaram-se: o atendimento médico e de enfermagem (80,5%), a realização de visitas domiciliares (38,6%), contato por *whatsapp* ou telefone (68,3%) para saber informações da saúde do/a usuário/a e a dispensação de medicamentos. Novamente, a imagem da assistência à saúde no modelo biomédico/curativo foi identificada.

A pandemia afetou a assistência dos pacientes portadores de doenças crônicas, uma vez que limitou a continuidade dos programas em saúde nos serviços. Estudo de Silva et al (2021) realizado no Rio de Janeiro evidenciou que, durante a pandemia, houve elevação dos níveis pressóricos dos pacientes avaliados e isso, segundo afirmaram os/as enfermeiros/as, foi decorrente, dentre outros fatores, da descontinuidade do cuidado e a falta de acompanhamento, decorrentes do isolamento social.

Na realidade da pandemia e dada a importância da assistência continuada voltada para essa clientela, foi necessário que os profissionais e gestores em saúde implementassem novas estratégias para o atendimento, de modo a evitar consequências graves resultantes do descontrole dessas patologias. No que se refere às estratégias que foram utilizadas para contornar as limitações do distanciamento social imposto pela pandemia, pode-se destacar, por exemplo, o telemonitoramento/teletendimento (BONCOMPAGNI et al., 2022), mas, no presente estudo a realização de consultas via teletendimento foi mencionada por apenas 43 profissionais (14,7%).

Gijón-Condea et al. (2021) destacam que apesar do aumento da utilização da telessaúde, as visitas domiciliares em geral diminuíram entre grupos que necessitam de cuidados a longo prazo. Além disso, certas populações eram menos propensas a acessar os cuidados primários durante a pandemia de COVID-19, incluindo idosos e aqueles atendidos apenas por hospitais públicos.

Existiram barreiras/limitações para o uso do telemonitoramento, a exemplo da indisponibilidade governamental de recursos tecnológicos ou de rede de internet nos serviços de saúde, como também da dificuldade de acesso de pessoas de baixa renda, a dificuldade do manuseio

desses recursos por idosos, além da necessidade de preparo e treinamento dos profissionais (LANA et al., 2020; COSTA et al., 2021).

O papel de novos dispositivos tecnológicos, a exemplo de monitores de PA, aplicativos móveis ou diferentes plataformas de assistência à saúde destaca as potenciais desigualdades na assistência que esse modelo de assistência pode causar, pois nem toda população tem acesso às tecnologias, internet, telefones móveis, entre outros (BECKMAN et al., 2021; CIRINO et al., 2021).

No item IV, os profissionais foram questionados quanto à descontinuidade das ações da ESF relacionadas ao cuidado dos/as usuários/as com HAS, onde 44,7% dos profissionais afirmaram que as ações foram interrompidas, no entanto houve uma divergência nas respostas, a exemplo de 18,1% dos profissionais que afirmou que as ações foram mantidas sem alteração e 21,5% que afirmaram que as ações foram mantidas com a maioria dos/as usuários/as com HAS.

#### 4.3 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL RELATIVO ÀS DIMENSÕES ENFOQUE NA FAMÍLIA E ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE NA PERSPECTIVA DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS ANOS 2010 (ANTES DA PANDEMIA) E 2022 (DURANTE A PANDEMIA)

As amostras de usuários/as com hipertensão arterial atenderam as estimativas de representatividade da população, dessa forma, procedeu-se com a análise descritiva da distribuição dos participantes por distrito sanitário e as variáveis sociodemográficas.

A Tabela 4.11 apresenta a descrição do quantitativo de usuários/as com hipertensão arterial avaliados nos anos de 2010 e 2022 nos cinco DS de João Pessoa. Ao todo foram 306 usuários/as em 2010 e 337 no ano de 2022. O número de usuários/as selecionados por distrito sanitário respeitou o quantitativo de ESF, ou seja, um número maior de usuários/as foi abordado nos distritos com maior número de ESF cadastradas.

Na amostra houve o predomínio de indivíduos do sexo feminino (72,5% em 2010 e 68% em 2020). A faixa etária predominante foi de idosos (acima de 60 anos) para os dois anos avaliados. Com relação à raça, o percentual de não brancos foi predominante, em especial na autodeclaração de cor parda. No ano de 2022 menos de 1% dos avaliados se autodeclararam indígena ou quilombola (0,6% e 0,9% respectivamente).

As características sociodemográficas dos participantes da pesquisa são corroboradas por vários estudos nacionais que mostram que, historicamente, dentre os usuários do SUS, há predomínio de mulheres e não brancos (GUIBU et al., 2017; FONTENELLE et al., 2019; COSTA et al., 2021), além disso, a amostra de 2022 seguiu o padrão de distribuição do projeto de Paes (2008), nas variáveis: sexo, raça e faixa etária.

**Tabela 4.11 - Distribuição absoluta e relativa dos/as usuários/as com hipertensão arterial avaliados segundo Distrito Sanitário e variáveis sociodemográficas, 2010 e 2022, João Pessoa/PB**

Variáveis	2010		2022	
	N	%	n	%
<b>Distrito</b>				
I	69	22,5	85	25,2
II	73	23,9	64	19,0
III	101	33,0	88	26,1
IV	37	12,1	64	19,0
V	26	8,50	36	10,7
<b>Sexo</b>				
Masculino	84	27,5	108	32,0
Feminino	222	72,5	229	68,0
<b>Faixa etária</b>				
Adulto (18-59 anos)	151	49,3	160	47,5
Idoso (≥ 60 anos)	155	50,7	177	52,5
<b>Raça/Etnia</b>				
Negro	50	16,3	76	22,6
Pardo	147	48,1	171	50,7
Branco	109	35,6	84	24,9
Indígena	-	-	2	0,6
Quilombola	-	-	3	0,9

Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao sexo, nas faixas etárias mais jovens, a PA costuma ser mais elevada entre homens, mas a elevação pressórica se apresentou maior nas mulheres. Dessa forma, em idosas a PA comumente foi mais elevada e prevalente (BARROSO et al, 2021). O predomínio de mulheres nos serviços de saúde é fruto do reflexo cultural, com uma tendência dos homens a aderir menos ao tratamento (SILVA et al, 2013). No estudo de Silva e Paes (2017) que avaliou as dimensões do PCATool em pessoas com hipertensão arterial nas ESF de João Pessoa, o perfil dos indivíduos selecionados também seguiu essa mesma conformação.

A raça é considerada um fator de risco importante para a HAS, mas condições socioeconômicas e de hábitos de vida parecem ser fatores mais relevantes para as diferenças na prevalência da HAS do que a implicação étnica propriamente dita, o que pode explicar um maior número de indivíduos da cor não branca nas unidades de saúde selecionadas no estudo (MENNI et al., 2013; BRASIL, 2016).

Ao considerar o processo da transição epidemiológica que o Brasil e seus municípios vem experimentando nas últimas décadas, observa-se que em torno de 65% dos indivíduos acima dos 60 anos apresentaram HAS, e esse número deve aumentar, o que acarretará um incremento substancial da prevalência de idosos com HAS e de suas complicações (MENNI et al., 2013). Assim, esse perfil observado para o município de João Pessoa pode refletir características presentes em muitos outros municípios brasileiros ao se levar em consideração os/as usuários/as com hipertensão arterial na APS.

A Tabela 4.12 mostra os valores descritivos dos indicadores obtidos nas duas dimensões avaliadas pelos/as usuários/as com hipertensão arterial participantes do estudo.

As maiores médias foram atribuídas pelos/as usuários/as na dimensão *Enfoque na Família*. A diferença nas médias para os itens nessa dimensão mostrou uma diminuição em 2022 no valor médio do nível de satisfação em todos eles M1 (- 0,51), M2 (- 0,32) e M3 (- 0,46) quando comparado com o ano de 2010.

Para a dimensão *Orientação para a Comunidade* também houve uma redução das médias para os itens N1 (- 0,61), N2 (- 0,99) e N3 (- 0,38) em relação ao tempo, seguindo a mesma lógica da dimensão *Enfoque na Família*. A maior variação da média entre os anos para as duas dimensões ocorreu no item C2. Este item avalia com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre hipertensão arterial com as igrejas, associações de bairro, escolas, entre outros. Dessa forma, à pandemia da COVID-19 pode ter favorecido essa não ocorrência.

No entanto, cabe ressaltar que quando se compara a diferença das médias entre os anos, o resultado variou pouco, ou seja, manteve um padrão semelhante de escores baixos e que diminuiriam ainda mais.

De acordo com a classificação das médias em um índice composto para analisar o grau de satisfação dos/as usuários/as com hipertensão arterial, observa-se que a média de todos os itens das duas dimensões no ano de 2022 ficaram inferiores a 3, o que caracteriza o resultado como “insatisfatório”. O mesmo ocorreu em 2010 (com exceção do M1) antes da pandemia, ou seja, a

insatisfação dos/as usuários/as com o serviço prestado pelas ESF não pode ser explicada apenas pela pandemia da COVID-19.

**Tabela 4.12 - Número mínimo, máximo, média e desvio padrão atribuído ao grau de satisfação dos/as usuários/as com hipertensão arterial para os itens das dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade*, 2010 e 2022, João Pessoa/PB**

Dimensão	Item	2010			2022			Diferença entre as médias
		Mín	Máx	Média (DP)	Mín	Máx	Média (DP)	
Enfoque na família	M1- Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o senhor(a)?	0	5	3,35 (±1,779)	0	5	2,84 (±1,588)	-0,51
	M2- Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o Senhor(a) sobre a Hipertensão Arterial, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?	0	5	2,47 (±1,898)	0	5	2,15 (±1,598)	-0,32
	M3- Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?	0	5	2,48 (±1,840)	1	5	2,02 (±1,571)	-0,46
		Índice Composto das Dimensões						
		2,75			2,33			
Orientação para a comunidade	N1- Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância da sua participação e da sua família em instituições da comunidade (igrejas, associação de bairro, etc.) como apoio para resolver seus problemas de saúde?	0	5	2,27 (±1,780)	0	5	1,66 (±1,320)	-0,61
	N2- Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre Hipertensão Arterial com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?	0	5	2,59 (±1,972)	1	5	1,60 (±1,191)	-0,99
	N3- Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência dos amigos e colegas no seu tratamento?	0	5	1,95 (±1,659)	0	5	1,57 (±1,201)	-0,38
		Índice Composto das Dimensões						
		2,27			1,61			

Legenda: Mín – mínimo; Máx – máximo; DP - desvio padrão.

Fonte: Elaboração própria.

Com os resultados, pode-se considerar que o/a usuário/a com hipertensão arterial não tem experimentado ou percebido a qualidade do atributo *Enfoque na Família* voltada ao cuidado com a doença. Ressalta-se que mais importante do que obter um escore numérico satisfatório que avalie a qualidade assistencial é refletir sobre a manutenção da prática centrada no profissional, distinto do preconizado na APS, na qual o centro do cuidado deve ser a família.

A avaliação “insatisfatória” do atributo *Orientação para a Comunidade* foi muito parecida ao encontrado nos estudos de Elias et al. (2006), Pereira et al. (2011), Sala et al. (2011) e Nadabe e Silva (2018) com usuários/as sobre a assistência com adultos. Elias et al. (2006) refletem sobre o fato de um estudo de avaliação encontrar um valor baixo para o atributo *Orientação para a Comunidade*, pois é um dos componentes essenciais da ESF, ou seja, o resultado esperado seria uma escore com boa avaliação.

Rodrigues et al. (2019) em estudo realizado no interior do Ceará também encontrou escores negativos na avaliação do atributo comunidade por indivíduos adultos sendo afirmado que os profissionais de saúde da APS não conhecem os problemas de saúde importantes da vizinhança, não escutam as opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde, e que não realizam pesquisas sobre satisfação dos/as usuários/as quanto ao atendimento. Em outro estudo realizado na capital do mesmo estado com usuários/as, Costa et al. (2021) também observaram que as dimensões “Orientação familiar” e “Orientação Comunitária” apresentaram baixo desempenho. No estudo, houve alta proporção de “com certeza, não” sobre a realização de pesquisas de satisfação com usuários/as e pesquisas de identificação de problemas da comunidade.

Como forma de avaliar se houve diferença significativa entre os índices compostos das amostras de usuários/as com hipertensão arterial nos anos de 2010 e 2022 em relação às dimensões *Enfoque na Família* e *Orientação para a Comunidade*, realizou-se previamente o teste de normalidade dos dados (Tabela 4.13).

A normalidade dos dados não foi confirmada, uma vez que de acordo com a Hipótese  $H_0$ : os dados não possuem distribuição normal ( $p < 0,05$ ). Ou seja, para os testes de normalidade aplicados encontrou-se o valor  $p < 0,05$ , dessa forma, foram utilizados testes não paramétricos para a comparação dos graus de satisfação entre as amostras dos/as usuários nos anos estudados.

**Tabela 4.13 - Resultados dos Testes de Normalidade aplicados às dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade na perspectiva dos/as usuários/as com hipertensão arterial, 2010 e 2021, João Pessoa/PB**

		Testes de Normalidade											
		2010						2021					
		Teste KS <sup>a</sup>			Teste SW			Teste KS <sup>a</sup>			Teste SW		
	Item	Est	df	Sig	Est	df	Sig	Est	df	Sig	Est	df	Sig
Enfoque na Família	M1	,275	306	,275	,801	306	,000**	,212	336	,000**	,700	291	,000**
	M2	,278	306	,278	,820	306	,000**	,328	336	,000**	,705	291	,000**
	M3	,283	306	,283	,811	306	,000**	,408	336	,000**	,711	291	,000**
Orientação para a Comunidade	N1	,246	306	,246	,865	306	,000**	,453	336	,000**	,894	291	,000**
	N2	,197	306	,197	,833	306	,000**	,443	336	,000**	,909	291	,000**
	N3	,342	306	,342	,794	306	,000**	,454	336	,000**	,916	291	,000**

Legenda: a: Correlação de Significância de *Lilliefors*; Teste KS: *Kolmogorov-Smirnov*; Teste SW: *Shapiro-Wilk*. Est: Estatística do Teste; Df: Graus de Liberdade; Sig: Significância Estatística. \*\*:  $p < 0,05$ ;

Observação: Hipótese  $H_0$ : os dados não possuem distribuição normal ( $p < 0,05$ ) e Hipótese  $H_1$ : os dados possuem distribuição normal ( $p > 0,05$ ). Em caso de  $p < 0,05$  deve-se aceitar a hipótese nula.

Fonte: Dados da pesquisa (2010/2021).

A Tabela 4.14 apresenta os resultados da comparação pelo Teste de U *Mann-Whitney* das amostras de usuários/as com hipertensão arterial nos anos de 2010 e 2022 em relação às dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade*.

Foram encontradas diferenças significativas ( $p$ -valor  $< 0,05$ ) em relação à satisfação dos/as usuários/as para as duas dimensões, ou seja, o somatório das respostas dos itens dos grupos revelou diferenças estatísticas entre os anos estudados. Ou seja, não se pode dizer que as médias dos escores foram semelhantes, havendo evidências estatísticas de que as médias dos escores em 2022 para as duas dimensões avaliadas foram menores do que em 2010. Para os/as usuários/as fica claro a insatisfação frente aos serviços avaliados pelas dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* e avaliação dos/as usuários/as parece ser homogênea ao se avaliar descritivamente para as cinco diferentes regiões do município estudado.

**Tabela 4.14 - P-valor do teste U de Mann-Whitney entre o grupo de usuários/as com hipertensão arterial, segundo as dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade*, 2010 e 2022, João Pessoa/PB**

Dimensão	Ano 2010 x Ano 2022*
Enfoque na Família	0,000**
Orientação para a Comunidade	0,000**

\* Comparação realizada entre os dois grupos (usuários com hipertensão 2010 e usuários com hipertensão 2022) pelo teste *U de Mann-Whitney*; \*\*p-valor < 0,05.

Observação: Hipótese H<sub>0</sub>: não existem diferenças entre as médias das respostas por categoria profissional e Hipótese H<sub>1</sub>: existem diferenças entre as médias das respostas por categoria profissional; Para p<0,05 deve-se rejeitar a hipótese nula.

Fonte: Elaboração própria.

Nos estudos de Rosa, Pelegrini e Lima (2011) e Gomide et al. (2018) a satisfação do/a usuário/a com os serviços da APS foi correlacionada com a resolução dos seus problemas. Dessa forma, quando o/a usuário/a percebe que suas necessidades não foram atendidas, avalia mal o atendimento. Pode-se especular que a avaliação insatisfatória nas dimensões avaliadas no presente estudo pode estar atrelada a um problema maior frente à qualidade da assistência prestada na APS.

Buscar o entendimento que se tem de satisfação do/a usuário/a como relação as expectativas e percepções de quem é cuidado e sobre o que representa importância para o/a usuário/a é fundamental (ESPERIDIÃO, TRAD; 2006). Mishima et al. (2010) e Sanchez e Ciconell (2012), refletem que quando há baixa expectativa dos/as usuários/as sobre as ofertas de um serviço de saúde, dificilmente há frustração. Em contrapartida, quando há alta expectativa de um serviço, é mais provável o não atendimento ao que se espera.

A Tabela 4.15 apresenta os valores descritivos referentes a Rede de Apoio Social dos/as usuários/as com hipertensão arterial avaliados durante a pandemia da COVID-19.

Observou-se que a maioria dos/as usuários/as com hipertensão arterial avaliados residiam com filhos (48,4%) e ou cônjuge (54%) (Item 1), o que corrobora com Silva (2011) que avaliou a amostra do Projeto Paes (2008). Com relação ao auxílio da família no cuidado da sua hipertensão arterial (Item 2), o cuidado foi reportado em um sentido mais conservador, biomédico, com 34,4% relacionado a preparo da alimentação, 46,6% em relação aos horários dos medicamentos e 26,1% na aferição da PA. Essa visão também foi a reportada pelos profissionais (Item I da Tabela 4.10). Importante destacar que 37,8% referiram nenhum tipo de auxílio (Item I).

**Tabela 4.15 - Número absoluto e relativo das questões referentes à Rede de Apoio Social na pandemia da COVID-19 na perspectiva dos/as usuários/as com hipertensão arterial na Atenção Primária a Saúde, 2022, João Pessoa/PB**

1-O Senhor(a) reside com quem?		
	n	%
Sozinho	52	15,4
Filho(s)	163	48,4
Cônjuge	182	54,0
Outro membro da família	74	22,0
Amigo	2	0,6
Outro(s)	54	16,0
2-Como sua família lhe auxilia no cuidado da sua hipertensão arterial?		
	n	%
Minha família não me auxilia	127	37,8
No preparo da alimentação	116	34,4
Na aquisição de medicamentos	42	12,5
Nos horários dos medicamentos	157	46,6
Na aferição da pressão arterial	88	26,1
Estímulo a atividade física	80	23,7
Contato com a Unidade de Saúde	79	23,4
Outro(s)	6	1,8
3-Durante a pandemia da Covid-19 o Senhor(a) teve dificuldade em cuidar da hipertensão arterial?		
	n	%
Não	148	43,9
Sim	189	56,1
4-Em caso afirmativo na questão anterior, qual a sua dificuldade em cuidar da hipertensão arterial na pandemia da Covid-19?		
	n	%
Dificuldade de marcar consulta na Unidade de Saúde	50	26,4
Dificuldade de acesso à alimentação	25	13,3
Estresse e ansiedade causada pela pandemia	102	54,0
Medo de ir até a Unidade de Saúde devido a Covid-19.	79	42,0
Dificuldade de acesso à medicação	27	14,3
Outro(s)	11	5,8
5-A equipe de saúde tem ofertado algum cuidado a você durante a pandemia da Covid-19?		
	n	%
Não	165	49,0
Sim	172	51,0
6- Em relação ao controle de sua pressão arterial, quais dessas ações a equipe de saúde desenvolveu junto a você no contexto de pandemia da Covid-19?		
	n	%
A equipe não realizou nenhuma atividade	165	49,0
Visitas domiciliares de ACS	78	45,3
Visitas domiciliares de outros profissionais de saúde	10	5,81
Dispensação de medicamentos	34	19,7
Grupos de apoio/educação em saúde	1	0,58
Atendimento médico e ou de enfermagem na unidade de saúde	120	69,7
Contato por <i>Whatsapp</i> ou telefone para saber como você está	40	23,2
Teleatendimento	6	3,48
Outro(s)	10	5,81
7-Alguma pessoa de sua comunidade auxilia o Senhor(a) no cuidado da sua hipertensão arterial?		
	n	%
Ninguém ajuda	223	66,2
Parente ou familiar que não mora comigo	63	18,6

(Continua)

(Continuação)

Vizinho	37	10,9
Alguém da associação de bairro	2	0,59
Alguém da igreja	2	0,59
Agente Comunitário de Saúde	8	2,37
Outro(s)	4	1,18
<b>8-Caso tenha respondido que alguém lhe auxilia no cuidado da sua hipertensão arterial, como se dá essa ajuda?</b>		
	<u>n</u>	<u>%</u>
No preparo da alimentação	7	6,14
Na aquisição de medicamentos	9	7,89
Nos horários dos medicamentos	62	54,3
Aferição da pressão arterial	26	22,8
Estímulo à atividade física	9	7,89
Contato com a Unidade de Saúde	13	11,4
Outro(s)	23	20,1

Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao apoio ofertado na comunidade, 66,2% não reconheceu essa assistência e dos que mencionaram, 18,6% foi dada por vizinho e 10,9% por parentes (Item 7). Daqueles que relataram algum tipo de apoio, 54,3% informaram que ele ocorreu no auxílio ao uso da medicação e 22,8% na aferição da PA (Item 8).

Tavares e Silva (2013) em estudo realizado em Belém/PA e Maciel (2010) em Curitiba/PR, encontraram resultados semelhantes onde os tipos de apoio oferecidos às pessoas com hipertensão arterial eram direcionados para as demandas originadas pela doença, como a dieta, a monitoração da pressão arterial e o tratamento medicamentoso, além da ajuda financeira para aquisição dos medicamentos. Sabe-se que o envolvimento da família nesse tipo de cuidado pode facilitar a adesão ao tratamento e que por se tratar de uma doença crônica a hipertensão arterial implica em mudanças no estilo de vida, embora existam outros determinantes importantes.

Ainda em relação ao apoio exercido pelas pessoas da comunidade (Item 7) o que incluía os profissionais de saúde da ESF, apenas 2,4% dos/as usuários/as referiram o apoio dos agentes comunitários de saúde. É importante frisar que o trabalho do ACS a partir da implantação da nova PNAB em 2017 pode ter sofrido uma descaracterização especialmente na natureza do seu papel educativo, o que pode fragilizar os princípios da universalidade e integralidade da assistência (LACERDA E SILVA et al, 2020). Faquinello, Marcon e Waidmann (2011) relatam que a rede de apoio representada pelos profissionais da área da saúde pode exercer um importante papel de auxílio à pessoa com hipertensão arterial nos momentos de dúvida a doença ou quando surge algum sintoma físico. No entanto alerta que existe uma tendência a centralizar a questão ao profissional médico.

Outro item que merece ênfase refere-se ao número elevado de usuários/as (37,8%) que afirmaram não terem recebido nenhum tipo de apoio dos familiares (Item 2) ou de pessoas da comunidade (66,2%) (Item 7). Por se tratar de uma doença crônica entende-se que a rede social pode promover uma melhoria na saúde dos pacientes com HAS e o suporte social pode ser relevante para promover a adesão ao tratamento, dieta, prática de exercícios, e cuidados com a saúde em geral.

Com relação ao Item 5 “A equipe de saúde tem ofertado algum cuidado a você durante a pandemia da COVID-19?”, apenas 51% dos/as usuários/as questionados afirmou ter recebido algum serviço, com destaque para a visita do ACS ao domicílio, o atendimento médico/enfermagem na unidade de saúde e a dispensação de medicamentos. O dado corrobora com a informação de que 26,4% dos/as usuários/as tiveram dificuldades de marcação de consulta (Item 4) e 42% afirmaram ter tido medo de ir até a unidade devido a COVID-19 (Item 4), o que pode ter deixado esses usuários/as desassistidos pelas equipes de saúde.

Costa et al. (2021) com dados da aplicação do PCATool versão usuários aplicado no ano de 2019 (antes da pandemia) em Fortaleza/CE observou que mais de 65% da sua amostra respondeu que “com certeza, sim” receberam visitas domiciliares e os autores especulam que o resultado explica-se provavelmente ao papel dos ACS (DASCHEVI et al., 2015). Em estudo realizado no estado de São Paulo, 85% dos usuários/as da APS relataram receber visitas domiciliares dos ACS, no entanto, quase 60% destes responderam que “nunca” ou “quase nunca” recebem de outros profissionais (CATANANTE et al., 2017).

No presente estudo apenas um usuário/a relatou a participação em atividades de grupos de apoio/educação em saúde. Dessa forma, pode-se especular que o cuidado ofertado pelas equipes se encontra voltado para o âmbito curativo/assistencial, o que contraria a Política Nacional de Atenção Básica que preconiza que as ações para a pessoa com HAS valorizem principalmente estratégias de promoção e prevenção da saúde.

No que tange ao impacto da pandemia na assistência prestada pelos profissionais de saúde as pessoas com HAS na APS, uma estratégia identificada nos estudos de Boncompagni et al. (2022) e Rosa et al. (2022) para contornar a dificuldade do acompanhamento presencial na unidade de saúde foi a utilização do teleatendimento. No entanto, apenas 5,8% (Item 8 do Instrumento II) dos/as usuários/as relataram uso dessa tecnologia.

O teleatendimento consiste em uma estratégia de baixo custo e possível de ser utilizada na APS em especial para os grupos de usuários/as com doenças crônicas, no entanto, como já mencionado, existem barreiras a sua implementação, como a dificuldade do paciente em manusear

as tecnologias, o acesso aos recursos digitais e deficiências, como auditiva, entre outras (LANA et al., 2020; COSTA et al., 2021).

Ainda sobre o impacto da pandemia no cuidado a HAS, alguns usuários/as referiram dificuldade no acesso a alimentos (Item 4), fator preocupante diante da necessidade urgente de políticas sociais que garantam a segurança alimentar. Outro quesito que merece discussão refere-se ao fator emocional afetado pelo estresse e ansiedade diante das limitações impostas em diversos setores, o que pode ter impactado no controle da PA.

Romero et al. (2021) em estudo que avaliou o impacto da pandemia na saúde, renda e trabalho de idosos identificou que a comorbidade mais prevalente na amostra foi a HAS e que sentimentos de solidão, ansiedade e tristeza foram frequentes entre os idosos, especialmente entre as mulheres, além disso a pandemia da COVID-19 aprofundou a desigualdade ao afetar os idosos mais vulneráveis, o que conseqüentemente pode ter contribuído para um controle inadequado dos níveis pressóricos e favorecido o risco de adquirir formas graves da doença. Sabe-se que estudos ainda são necessários para avaliar e entender as conseqüências a longo prazo da interrupção dos cuidados das pessoas com hipertensão arterial devido a COVID-19.

#### 4.4 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL RELATIVO ÀS DIMENSÕES ENFOQUE NA FAMÍLIA E ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE NA PERSPECTIVA DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E PROFISSIONAIS DA SAÚDE ANTES E DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

A Tabela 4.16 mostra os valores descritivos dos indicadores obtidos nas duas dimensões avaliadas pelas pessoas com hipertensão arterial e os profissionais das ESF participantes do estudo.

**Tabela 4.16 - Média e diferença de médias do grau de satisfação dos/as usuários/as com hipertensão arterial e profissionais da saúde para os itens das dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade, antes (2010) e durante (2021/2022) a pandemia da COVID-19, João Pessoa/PB**

Dimensão	Antes da pandemia (2010)			Durante a pandemia (2021/2022)		
	Usuário/a (U)	Profissional (P)	Diferença (U-P)	Usuário/a (U)	Profissional (P)	Diferença (U-P)
Enfoque na Família	2,76	4,52	-1,76	2,33	4,38	-2,05
Orientação para a Comunidade	2,27	3,70	-1,43	1,61	3,20	-1,59

Fonte: Elaboração própria.

Ao comparar o grau de satisfação entre usuários/as e profissionais de saúde observa-se uma discrepância em relação aos valores dos escores. Para o ano de 2010 a diferença nos escores foi de 1,76 (*Enfoque na Família*) e 1,43 (*Orientação para a Comunidade*) pontos a mais para os profissionais no comparativo aos usuários. A diferença foi ainda maior durante a pandemia, 2,05 (*Enfoque na Família*) e 1,59 (*Orientação para a Comunidade*). Ou seja, houve um hiato entre a percepção dos/as usuários/as que utilizam o serviço e de quem presta o serviço.

Como já foi chamado à atenção nas seções prévias, também houve diminuição dos escores médios, tanto para os/as usuários/as como para os profissionais no comparativo do período 2010 a 2021/2022 entre usuários/as e profissionais nas duas dimensões. O fato de que houve um aumento na diferença neste comparativo foi devido principalmente a uma maior diminuição dos escores médios pelos/as usuários/as, embora os escores médios também tenham diminuído entre os profissionais, em ambas as dimensões.

Avaliar a satisfação do/a usuário/a é algo complexo, pois existe uma dimensão subjetiva e forte relação com as características do processo de trabalho. Como mencionado na seção anterior, os/as usuários/as tendem a generalizar a insatisfação quando uma demanda em particular não é atendida. Especula-se que os/as usuários/as com condições crônicas, por necessitarem e utilizarem mais os serviços da APS, possuem mais chance de serem expostos a experiências ruins e, conseqüentemente, serão mais críticos em uma avaliação (RZEWUSKA et al., 2017; COSTA et al., 2021).

Cantalino et al. (2021) discutem que os serviços ofertados pela APS são alvos de críticas dos/as usuários/as há anos, e a infraestrutura da APS é um aspecto que merece destaque, uma vez que, a estrutura dos serviços deve possuir um mínimo de conforto, de modo a proporcionar uma atenção acolhedora e humana tanto para o/a usuário/a como para os profissionais de saúde. Apesar da implantação de projetos de qualificação da APS, ainda é comum a presença de unidades de saúde com estrutura física precária, falta de matérias e insumos e ausência de profissionais (TAMBASCO et al., 2017).

A Tabela 4.17 apresenta o resultado da comparação estatística, através do Teste *U de Mann-Whitney*, dos graus de satisfação entre os atores “usuário/a com hipertensão arterial” e “profissionais das ESF” para cada período estudado.

**Tabela 4.17 - P-valor do teste *U de Mann-Whitney* entre o grupo de usuários/as com hipertensão arterial e o grupo de profissionais das ESF antes e durante a pandemia (2010/2021/2022), segundo as dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade, João Pessoa/PB**

Dimensão	Usuário com HAS 2010 x Profissionais ESF 2010*	Usuário com HAS 2022 x Profissionais ESF 2021*
Enfoque na Família	0,000**	0,000**
Orientação para a Comunidade	0,000**	0,000**

\* Comparação realizada entre os dois grupos (usuários com hipertensão 2010 e profissionais ESF 2010 e usuários com hipertensão 2022 e profissionais ESF 2021/2022) pelo teste *U de Mann-Whitney*; \*\*p-valor < 0,05.

Observação: Hipótese H<sub>0</sub>: não existem diferenças entre as médias das respostas por categoria profissional e Hipótese H<sub>1</sub>: existem diferenças entre as médias das respostas por categoria profissional; Para p<0,05 deve-se rejeitar a hipótese nula.

Fonte: Elaboração própria.

Observaram-se diferenças estatisticamente significantes entre as comparações usuário/a 2010 x profissional 2010 (p-valor 0,000) e usuário/a 2022 x profissional 2021 (p-valor 0,000) para as duas dimensões, o que reforça a informação de disparidade na visão entre os atores envolvidos na avaliação sobre os graus de satisfação de acordo com a Tabela 4.16.

Os testes estatísticos evidenciaram que as percepções dos profissionais em todos os itens para as duas dimensões foram sempre com percentuais e escores mais elevados em comparação aos usuários. Observou-se grande discrepância entre a opinião de quem presta o serviço e dos que utilizam de fato o serviço. Essas diferenças significativas encontradas entre os atores estudados corroboram com outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento de pesquisa (ELIAS et al., 2006; VAN STRALEN, 2008; ALENCAR et al., 2014).

Em um processo de avaliação sobre a satisfação dos/as usuários/as sobre um serviço ofertado pode haver o viés de gratidão, sentimento que pode ser aflorado devido à oferta pública do serviço bem como pelo receio de perder a garantia do atendimento em caso de avaliação negativa do serviço (MELO et al., 2021). Cabe ressaltar que, assim como no estudo de Melo et al. (2021), a influência desse tipo de viés foi minimizada pelo esclarecimento por parte do entrevistador acerca dos objetivos da pesquisa e pela garantia do sigilo das informações fornecidas.

A APS é constituída de um grande contingente de força de trabalho, mas as condições de trabalho e saúde dos profissionais ainda são pouco exploradas (TAMBASCO et al., 2017). Os profissionais são à base do sistema de saúde e, portanto, protagonistas do desenvolvimento e da melhoria desse sistema. Dessa forma, é relevante uma abordagem sobre o tema da satisfação no trabalho pois acredita-se que o nível de satisfação interfere no dia a dia dos profissionais (TOMASI et al., 2008; TAMBASCO et al., 2017).

A avaliação multidimensional é um processo que resulta na identificação de conflitos e na busca de soluções por meio do envolvimento dos diferentes atores. Os conflitos entre as perspectivas de profissionais e usuários/as são decorrentes de divergências entre modelos explanatórios de saúde, podendo ser resolvidos mediante treinamento e educação (SILVA; PAES, 2017).

Durante a pandemia, Ferigato et al. (2020) e Fernandez et al. (2021) discutem que houve um descaso com os profissionais da APS, em especial dos ACS, que foram e se encontram expostos a condições de vulnerabilidade, o que pode ter comprometido o trabalho durante a pandemia, tendo como consequência uma inclinação a fornecer escores de baixa magnitude pelos/as usuários/as, especialmente na dimensão *Orientação para a Comunidade*.

A categoria ACS possui um elevado potencial de atuação em crises sanitárias que demandam enfrentamento comunitário em virtude da familiaridade com o contexto local e a relação continuada que estabelecem com a comunidade (ANDRADE; CARDOSO, 2017; FERNANDEZ et al., 2021). Pode-se destacar a capacidade de realizar atividades de disseminação de informações e prevenção, o rastreamento de contatos, o acompanhamento de doentes e a identificação de casos de vulnerabilidade (BOUSQUAT et al., 2020).

No estudo de Melo et al. (2018) sobre satisfação dos/as usuários/as sobre a APS realizado na região metropolitana do Recife-PE, mais de 40% dos entrevistados apresentaram-se insatisfeitos com a atuação dos ACS no que concerne às visitas, orientações e acompanhamento do estado de saúde. No que se refere às visitas domiciliares por médicos/as e enfermeiros/as, cerca de 30% desaprovaram esse tipo de atividade. Estes achados destacam as fragilidades do serviço ofertado.

Oliveira et al. (2021) em seu estudo com enfermeiros/as relembra que antes da pandemia alguns/as usuários/as em particular, como os portadores de doenças crônicas, eram mais satisfeitos com a oferta de serviços, a exemplo dos acompanhados pelo programa HIPERDIA, onde, além de consultas e dispensação de medicamentos, trabalhava-se a educação em saúde para essa população, bem como se caracterizava um momento de partilha e interação entre usuários/as e a equipe. Com ao advento da COVID-19 o cuidado foi reduzido a atendimentos pontuais e entrega de medicamentos, por diferentes motivos como, a dificuldade de comparecimento desse/a usuário/a na unidade e o medo do contágio pelo vírus.

O/A Enfermeiro/a possui importância nas estratégias de controle da HAS e no acolhimento dos/as usuários/as, favorecendo o acesso às ações de monitoramento dos resultados clínicos, apoio às práticas de adesão ao tratamento e nos esforços para ofertar ao paciente os cuidados necessários a um adequado controle de saúde e como fazê-lo, porém no que se refere ao cuidado prestado por

toda a equipe de saúde da família, ainda observam-se problemas relacionados à acessibilidade dos usuários nas unidades (SOUZA et al., 2017).

Faz-se necessário um olhar direcionado para o desenvolvimento de atividades comunitárias com o intuito de romper o modelo centrado na doença e avançar nos aspectos que envolvem a promoção à saúde. Assim, devem ser promovidas atividades com a participação de toda a equipe de saúde, priorizando o vínculo mais estreito com a comunidade, a inserção das visitas domiciliares como rotina do processo de trabalho e a realização de atividades educativas que forneçam subsídios ao autocuidado e fortaleçam a autonomia dos/as usuários/as, especialmente dos/as usuários/as com doença crônica, a exemplo da HAS.

O profissional de saúde ao se comprometer com uma visão abrangente do problema vai ter de se guiar pelo contexto próximo (família) e pelo contexto amplo (comunidade), para poder melhorar o seu diagnóstico e traçar o plano de acompanhamento do/a usuário/a. Essas informações dependerão de um conhecimento prévio do contexto e da comunicação com a pessoa em consulta, para tanto a adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população poderão facilitar a relação e a comunicação (CARVALHO, 2019).

É preciso um olhar para o futuro, já que a pandemia não acabou. Ao contrário, apesar de alcançado o desenvolvimento da vacina, muitas inquietações ainda surgem diante da identificação de novas variantes mutáveis do coronavírus, ainda mais agressivas (OLIVEIRA et al., 2021). Dessa forma, o trabalho da ESF segue em adaptação à nova realidade.

Como já discutido, historicamente, a APS sofre por carência de recursos, principalmente humanos, além da falta de qualificação dos profissionais, salários baixos, não reposição de pessoal, alta rotatividade de trabalhadores e convivência de funcionários sob regimes autoritários dentro das instituições, o que acarretam dificuldades de gerenciamento do sistema de saúde (CANTALINO et al., 2021). Essas condições foram mais explícitas durante a pandemia e impactaram especialmente na satisfação dos/as usuários/as visto nos escores aqui avaliados.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

As dimensões avaliadas no estudo permitiram traçar um panorama de como os/as usuários/as com hipertensão arterial e os profissionais de saúde perceberam alguns dos serviços ofertados na APS e possibilitou o confronto da visão desses dois atores sobre as dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* do PCATool antes e durante a pandemia da COVID-19, cujos resultados poderão subsidiar a tomada de decisões no contexto das equipes de saúde na APS e direcionar as ações em saúde com foco na família e na comunidade.

O modelo de decisão estatístico proposto a partir dos testes de diferenças de médias permitiu avaliar as hipóteses propostas de que a magnitude dos indicadores relativos à mensuração das dimensões do PCATool avaliadas variou entre as percepções dos atores (usuários/as com hipertensão arterial e profissionais de saúde) e que estes mesmos escores diminuíram durante a pandemia da COVID-19.

A avaliação geral das dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade*, como atributos da APS foram insatisfatórias na percepção dos/as usuários/as com hipertensão arterial com piores desempenhos para a segunda. Os resultados sugerem que a pandemia da COVID-19 pode ter piorado a percepção dos/as usuários/as quanto à oferta de serviços avaliados nas dimensões estudadas. No entanto, os resultados para as duas dimensões já eram classificados como “insatisfatórios” no ano de 2010.

Apesar de mais de uma década de diferença entre os dados confrontados, independente da pandemia da COVID-19, observou-se que a magnitude dos escores diminuiu, o que pode levar a uma reflexão de que o serviço ofertado a pessoa com hipertensão arterial também possa ter piorado qualitativamente. É fundamental que os gestores e as equipes de saúde enfatizem com os/as usuários/as as ações destinadas à família, ampliando o relacionamento com estas, com objetivo de torná-las partícipes no cuidado da pessoa com hipertensão arterial, como também de outros agravos, respeitando as necessidades de cada indivíduo e seu contexto social.

Quanto ao contexto comunitário, este parece ainda mais distante do ideal preconizado nas políticas de assistência na APS. Este fato sugere a necessidade de uma mudança no processo de trabalho das equipes de saúde com a ampliação de espaços de interação com a comunidade para que seja possível uma maior compreensão das necessidades de saúde locais e o fortalecimento do vínculo.

No que diz respeito aos profissionais, eles mantiveram uma percepção satisfatória em relação aos questionamentos captados nas duas dimensões avaliadas, ou seja, mesmo diante da alteração do processo de trabalho na pandemia os escores foram semelhantes ao ano de 2010. Essa percepção pode ter relação com o direcionamento dado pelo Ministério da Saúde com a ênfase da assistência em assegurar a manutenção do cuidado às demandas prioritárias da APS, ou seja, as equipes mantiveram suas funções, mas com a ênfase em diminuir o risco de agravamento dos quadros clínicos e, conseqüentemente, da mortalidade pela COVID-19.

A partir dos resultados conclui-se que os objetivos propostos foram atendidos, confirmados estatisticamente pelas hipóteses lançadas, de forma que os instrumentos utilizados permitiram a avaliação da satisfação dos/as usuários/as e profissionais de saúde quanto ao apoio social relativo as dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade*.

Destaca-se que o modelo estatístico para a validação do instrumento PCATool para avaliação do apoio social relativo às dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* na versão profissionais seguiu rigorosos critérios estatísticos através de estudo multivariado. Dessa forma, o primeiro dos objetivos específicos deste estudo foi atendido, cujo instrumento proposto e validado poderá ser utilizado em outros contextos de saúde, de forma a permitir a avaliação da satisfação de profissionais de saúde na APS. Ressalta-se ainda que o instrumento PCATool na versão usuários/as hipertensos/as utilizado no estudo já havia sido validado em produções científicas anteriores.

Espera-se que as avaliações realizadas aqui possam fornecer elementos que sejam utilizados para apoio das equipes de saúde da família na tomada de decisão frente a ações de articulação da família e da comunidade no manejo da hipertensão arterial e como forma de avaliar o serviço prestado aos usuários acompanhados. Chama-se à atenção ao fato de terem sido captadas nesta pesquisa a visão de usuários/as com hipertensão arterial atendidos nas equipes de saúde da família sobre os mencionados atributos, os quais podem dar visões e percepções distorcidas, já que são portadores de doenças crônicas com muitas necessidades e que, às vezes, os serviços podem não corresponder às expectativas destes.

Ressalta-se que o tamanho da amostra dimensionado para esta pesquisa foi representativo da capital paraibana e não do estado como um todo, onde é possível que sejam encontradas especificidades na percepção sobre os serviços prestados pela APS no interior do estado. No entanto, os resultados das avaliações obtidos para o município de João Pessoa podem ser estendidos para outros, desde que possuam características socioeconômicas, ambientais e culturais similares, uma

vez que a Estratégia de Saúde da Família é o programa porta de entrada dos serviços de saúde no Brasil. Nesse sentido, muitos dos resultados encontrados para o município de João Pessoa foram corroborados por outros municípios e capitais referidos neste trabalho. Sendo assim, as percepções captadas nesse trabalho quanto à satisfação das pessoas com hipertensão arterial na oferta de serviços nas dimensões estudadas, podem ser reflexo de uma percepção mais genérica dentro da atuação dos serviços da APS.

Além disso, o estudo promoveu uma reflexão sobre a importância da Rede de Apoio Social da pessoa com hipertensão arterial e sobre os impactos da pandemia da COVID-19 na oferta de serviços aos usuários e nas dificuldades de controle da pressão arterial nesse contexto. Os reais efeitos da pandemia perdurarão por muito tempo e o conhecimento da real situação vivenciada permitirá aos gestores, profissionais e aos próprios usuários com hipertensão arterial o estabelecimento de estratégias para se repensar a assistência oferecida.

Inicialmente, esperava-se que a magnitude dos escores de usuários/as e profissionais de saúde tivesse valores próximos principalmente durante a pandemia da COVID-19, onde a oferta de serviços foi diretamente impactada. No entanto, os profissionais avaliaram os itens das duas dimensões como regulares ou satisfatórios. Assim, os escores encontrados para as duas dimensões estiveram acima do esperado, principalmente na avaliação durante a pandemia, o que leva a questionamentos sobre um viés nas respostas ou se de fato o instrumento (PCATool) utilizado é realmente capaz de captar as informações sobre a satisfação dos profissionais em relação a avaliação da APS em situações diferenciadas, como uma pandemia.

A aplicação do instrumento PCATool durante a pandemia levou a hipótese sobre uma possível limitação, uma vez que o instrumento não foi preconizado para as particularidades de um momento pandêmico, o que pode ter agravado e/ou distorcido a visão dos/as usuários/as em relação a oferta de serviços das ESF. Sabe-se que são necessários mais estudos para avaliar as consequências ao longo prazo da interrupção dos cuidados as pessoas com hipertensão arterial durante a pandemia da COVID-19. Novos estudos são importantes uma vez que o contexto sem isolamento social da pandemia é dinâmico, logo o impacto da pandemia na organização do serviço está em constante mudança o que acarreta um novo cenário para ser avaliado.

A divergência entre a visão dos atores (usuários/as e profissionais) foi ponto central da discussão dos resultados encontrados. De maneira geral, essa divergência abre espaço para discussão sobre a real situação da APS no que diz respeito ao serviço prestado e captado pelas dimensões propostas.

Apesar desta possível limitação, que poderá ser contornada com a replicação do instrumento para avaliação das duas dimensões em um momento posterior não pandêmico e em realidades distintas, a execução da pesquisa durante a pandemia precisa ser valorizada. Realizou-se um estudo com amostra probabilística com representação dos cinco distritos sanitários de João Pessoa em um momento em que o acesso aos serviços de saúde e aos usuários estava comprometido.

Os resultados encontrados são relevantes e os componentes metodológicos do estudo foram supervisionados cuidadosamente, apesar das dificuldades no cenário da pandemia da COVID-19. Dessa forma, os dados podem ser de grande valia para assessorar um melhor planejamento de estratégias e organização dos serviços de saúde, a exemplo das unidades de saúde da família, para garantir a continuidade do cuidado e a comunicação adequada com pacientes e cuidadores.

Um ponto de destaque refere-se à retomada do projeto de hipertensão arterial no Programa de Pós-Graduação Modelos de Decisão em Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob orientação do Professor Neir Antunes Paes após 10 anos do primeiro projeto e agora com a utilização do mesmo instrumento, validado estatisticamente na versão usuário/a e profissional. Ao longo desses anos, 11 dissertações e 4 teses (sendo duas na Universidade Federal do Rio Grande do Norte) com a temática da HAS foram aprovadas no programa, além da publicação de diversos artigos sobre o tema.

Apesar do PCATool ter sido publicado originalmente em 2002, a primeira versão oficial publicada no Brasil foi em 2010 e de lá para cá diversas outras publicações utilizaram o instrumento. A base de dados PCATBrasil mantida pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul realiza a divulgação de estudos na APS que utilizaram o instrumento PCATool e até o presente momento foram registradas na plataforma, 142 publicações de artigos utilizando o instrumento no Brasil, 82 registros de publicações internacionais, 30 dissertações/teses e capítulos de livro. Vale ressaltar que nas pesquisas nas bases de dados também continuam a ser publicados estudos com a utilização do referido instrumento nos últimos 5 anos e que não estão incluídas nos registros do site.

Em relação à utilização do PCATool durante a pandemia e na versão adaptada para a hipertensão arterial o presente estudo destaca-se como pioneiro. É possível que muitos dos achados encontrados nessa pesquisa para o município de João Pessoa reproduzam contextos similares encontrados em outras realidades locais do Brasil na APS, sugerindo-se, assim, que sejam feitos estudos comparativos e/ou replicagens da metodologia tratada aqui.

O trabalho não se encerra aqui e há várias situações de pesquisa que podem ser criadas e desenvolvidas a partir da execução desta, a exemplo da adaptação e validação estatística do

instrumento na versão gestores do PCATool para realidade da HAS e a reaplicação dos instrumentos utilizados neste estudo para usuários/as e profissionais no pós-pandemia. Essa estratégia poderá permitir uma intervenção em planos e programas, com o intuito de influenciar na melhoria da assistência e subsidiar a construção de um novo aspecto do cuidado e poderá levar os gestores a investigar os resultados obtidos e fomentar as decisões a serem tomadas.

Os objetivos da presente tese só serão de fato alcançados se os responsáveis pelo manejo da hipertensão arterial no município de João Pessoa-PB tiverem ciência dos achados. Tem um valor limitado um trabalho ser produzido sem a publicização dos resultados para além do mundo acadêmico, de revistas científicas e da proposição de melhorias aos atores responsáveis. Dessa forma, após a defesa da tese, e em cumprimento as exigências da Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal, onde este estudo foi autorizado e idealizado, os resultados do presente trabalho serão devolvidos aos gestores e profissionais através de relatório técnico. Ademais pretende-se articular com os gestores a apresentação do relatório aos profissionais de saúde da rede de atenção primária do município de João Pessoa.

O presente estudo também produziu artigos que circularam em meio nacional e internacional sob a forma de comunicação oral e escrita, na área da saúde:

- Publicação do artigo “Evidências de validação de um instrumento de avaliação do apoio social à hipertensos por profissionais da atenção básica” na Revista Saúde e Pesquisa (Saúde Pesquisa, v.15, n.1, e-9741, 2022; Qualis/Capes B1 (2017-2020). Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n1.e9741>

- Capítulo de livro intitulado “Avaliação das dimensões família e comunidade da Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia: o olhar dos profissionais”, publicado no Ebook Ciências da Saúde: inovação, pesquisa e demandas populares. Volume 2. Rio de Janeiro: E-publicar, 2022. DOI: 10.47402/ed.ep.c2022100533998. Disponível em: <https://editorapublicar.com.br>

- Capítulo de livro intitulado “Satisfação de profissionais de saúde segundo atributos da Atenção Primária a Saúde antes e durante a pandemia da Covid-19”, publicado no Ebook Saúde: os desafios do novo cenário 3. João Pessoa: IMEA, 2022. ISBN: 978-65-89069-27-0. Disponível em: <https://cinasama.com.br/livros/#1646953739618-a065fee7-46f9>

- Participação no IX Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, com a publicação de trabalho completo (artigo) “Avaliação das dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade na perspectiva de idosos com hipertensão arterial na Atenção Primária a Saúde antes

e durante a pandemia da Covid-19”. Anais do IX CIEH. Campina Grande: Realize Editora, 2022. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/86477>>

- Participação no VII Congresso Nacional de Pesquisa e Ensino em Ciências, com a publicação de trabalho completo (artigo) “Satisfação de profissionais de saúde prestadores de serviços a pessoas com hipertensão arterial segundo atributos da atenção primária à saúde: família e Comunidade antes e durante a pandemia da Covid-19”. Anais do VII CONAPESC. Campina Grande: Realize Editora, 2022. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/87075>>

- Submissão do artigo “Enfoque familiar e comunitário da pessoa com hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde” na Revista Ciência e Saúde Coletiva (ISSN 1413-8123) (aguardando parecer dos avaliadores).

- Submissão do artigo “Enfoque na família e comunidade na perspectiva dos profissionais de saúde aos hipertensos da atenção primária” na Revista de Enfermagem Referência (ISSN 0874-0283) (aguardando parecer dos avaliadores).

Diante do cenário de produção e da temática estudada, chama-se à atenção para o processo de envelhecimento da população brasileira, particularmente do município de João Pessoa, o qual foi iniciado nos anos 60 do século passado, cujo processo uma vez desencadeado é sabidamente irreversível. Também é de largo conhecimento que as doenças crônicas estão intimamente ligadas ao processo de envelhecimento de uma população, notadamente a hipertensão arterial. Sendo assim, o curso da evolução da população humana, bem como a do município de João Pessoa, exigirá cada vez mais os cuidados com as pessoas com hipertensão arterial, pressionando, desta forma, os sistemas de saúde com maiores demandas a exemplo do ocorrido na pandemia da COVID-19.

Reforça-se a ideia de que o desenvolvimento de estudos que avaliem os serviços ofertados a pessoas com hipertensão arterial é oportuno e necessário para seu fortalecimento e valorização da APS, além de possibilitar experiências para situações semelhantes que possam surgir no futuro. Enfatiza-se a importância da realização de estudos que utilizem instrumentos voltados para a avaliação da satisfação do desempenho dos serviços de saúde, com o olhar para os atores usuário e profissional de saúde, uma vez que um dos sujeitos presta o serviço e o outro é foco do cuidado, de forma que os dois poderão expressar com detalhes as potencialidades e fragilidades do serviço oferecido.

# REFERÊNCIAS

---

ALBUQUERQUE, M. S. R.; ALBUQUERQUE, E. P. R. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: Protocolo de Linha de Cuidados das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de São Paulo.** 1ª ed. São Paulo: Instituto Tellus, 2020.

ALENCAR, M. N. et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):353-364, 2014.

ALMEIDA, C; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

ALMEIDA, T. A.; GUIMARÃES NETO, M. C. O HiperDia no contexto da pandemia da COVID-19. **J. of Multiprofessional Health Research**, v.2, n.1, p. 47 -57, 2021.

ANDRADE, I. et al. Proteção domiciliar dos idosos sob distanciamento social no contexto da COVID 19. **Jornal GGN**, 2020.

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

ANDRADE, V. M. P.; CARDOSO, C. L. Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. **Psico-USF**, v. 22, n. 1, p. 87-98, 2017

ARANGO, H. G. **Bioestatística: teórica e computacional.** 3 ed. Guanabara: Rio de Janeiro, 2009.

ARAÚJO, J. S. S. et al. Satisfação de mulheres hipertensas na atenção primária com relação aos atributos essenciais família e comunidade. **Saúde Debate**, v.39, n.105, p. 411-422, 2015.

BAKKE, L. A. **Satisfação de usuários hipertensos atendidos nos serviços de Atenção Primária à Saúde: instrumento para avaliação do tratamento.** 2016. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

BAMBRA, C. et al. The COVID-19 pandemic and health inequalities. **Journal Epidemiology Community Health**, v. 74, p. 964-968, 2020.

BARONE, M. T. U. et al. COVID-19 impact on people with diabetes in South and Central America (SACA region). **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 166, 108301, 2020.

BARRETO, M. S.; MARCON, S.S. Patient perspectives on family participation in the treatment of hypertension. **Texto Contexto Enfermagem**, v.23, n.1, p.38-46, 2014.

BARROS, E. J. L.; SANTOS, S. S. C.; ERDMANN, A. L. Rede social de apoio às pessoas idosas estomizadas à luz da complexidade. **Acta Paulista Enfermagem**, v.21, n. 4, p. 595-601, 2008.

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.116, n. 3, p. 516-658, 2021.

BECKMAN, A. L. et al. Decreasing Primary Care Use and Blood Pressure Monitoring During COVID-19. **The American Journal of Managed Care**, v. 27, n. 9, p. 366-368, 2021.

BONCOMPAGNI, L. M. et al. Impactos da pandemia da Covid-19 na assistência de enfermagem aos pacientes hipertensos e diabéticos na atenção primária à saúde: revisão da literatura. **RECIMA**, v.3, n.1, p. 1 – 13, 2022.

BORGES, K. N. G. et al. O impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde. **Revista Científica Escola Estadual de Saúde Pública Goiás**, v.6, n.3, e6000013, 2020.

BOUSQUAT, A. et al. **Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa**. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco, 2020.

BOUTIN-FOSTER, C. Spite of good intentions: Patients perspectives on problematic social support interactions. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.52, n.3, p.1-7, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool Pcatool – Brasil**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 jul. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Caderno de Atenção Básica nº 35. Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil**, 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MSnº 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**, Brasília, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (VIGITEL). Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (VIGITEL). Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota técnica – atenção a pessoas com doenças crônicas na APS diante da situação de pandemia de Covid-19 (coronavírus)**. Brasília, 2020a.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS (DATAUS). **Estatísticas de mortalidade**, 2020b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020**. Brasília, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus (COVID-19): Sobre a doença. Painel Coronavírus. 2020d. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS (DATAUS). **Estatísticas de mortalidade**, 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Coronavírus – Covid-19. Brasília, 2022b.

BUCHMEIER, J. S. M. **Influência do Programa Bolsa Família e renda no controle da pressão arterial de hipertensos atendidos na atenção primária à saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

CAMARGO, R. A. A. ANJOS, F. R. AMARAL, M. F. Estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.17, n. 4, 2013.

CANTALINO, J. R. L., et al. Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.55, n.22, p.1-10, 2021.

CARDOZO, D. D. et al. Validade e confiabilidade da Ferramenta Brasileira de Avaliação da Atenção Básica: Saúde Bucal de Adultos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n. 23: e200076, 2020.

CARNEIRO, A. D. et al. Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros do PSF: aspectos éticos e legais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, p. 756-65, 2008.

CARVALHO, R. A. **A orientação da atenção primária à saúde em uma equipe com 20 anos de longitudinalidade em Aracaju, Sergipe**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio.

CATANANTE, G.V., et al. Participação social na atenção primária à Saúde em direção à Agenda 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p.3965-3974, 2017.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. Vital signs: prevalence, treatment, and control of hypertension United States, 1999–2002 and 2005–2008. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 60, n. 4, p. 109-114, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. Underlying Medical Conditions Associated with High Risk for Severe COVID-19: Information for Healthcare Providers. CDC COVID-19 (2021). Disponível em: <https://www.cdc.gov/108hailand108ôm/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlyingconditions.html>.

CHOR D., et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil study. **PLoS One**, v.10, n.6, e0127382, 2015.

CIRINO, F. M. S. B., et al. Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19: a experiência de Diadema, SP. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.16, n.43, p.1-14, 2021.

COÊLHO, B. P., et al. Atenção primária no contexto da epidemia zika e da síndrome congênita da zika em Pernambuco, Brasil: contexto, vínculo e cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n.3, p. 861-870, 2022.

COLUCI, M. Z. O; 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.

COSTA, L. B. et al. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n.6 p. 2083-2096, 2021.

CUNHA, C. R. H. et al. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1313-1326, 2020.

DANIEL, W. W., CROSS, C. L. **Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences**. 10ªed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2013.

DANTAS, R. C. O. **Saúde do homem e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos no nível da atenção primária à saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

DASCHEVI, J. M. et al. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. **Seminário Ciências Biológicas e Saúde**, v. 36, n. 1, p.31-38, 2015.

D'AVILA, O. P. et al. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.3, p.855-865, 2017.

ECKERSLEY, R. M. Culture, spirituality, religion and health: looking at the big picture. **Medical Journal of Australia**, v. 186, p. s54-s56, 2007.

EJAZ, H. et al. Covid-19 and comorbidities: deleterious impact on infected patients. **Journal of Infection Public Health**, v. 13, n. 12, p. 1833- 1839. 2020.

ELIAS, P. E. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p.633-641, 2006.

ENGELS, J. M.; DIEHR, P. Imputation of missing longitudinal data: a comparison of methods. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.56, n. 10, p. 968-76, 2003.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p.1267-76, 2006.

FAQUINELLO, P.; MARCON, S.S. Amigos e vizinhos: uma rede de apoio ativa para adultos e idosos hipertensos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.45, n.6, p.1345-1352, 2011.

FAQUINELLO, P.; MARCON, S.S.; WAIDMANN, M. A. P. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.5, p.849-856, 2011.

FARIAS, D. A. A. **Controle da pressão arterial em hipertensos acompanhados no âmbito da Atenção Primária à Saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

FERIGATO, S. et al. The Brazilian government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, v. 396, n. 10.263, p. 1.636, 2020.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, e00321153, 2021.

FERRAZ, L. N. S., SANTOS, A. S. O Programa de Saúde da Família e o enfermeiro: atribuições previstas e realidade vivencial. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 15, p. 89-93, 2007.

- FONTENELLE, L. F., et al. Utilization of the Brazilian public health system by privately insured individuals: a literature review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 35, n. 4, e00004118, 2019.
- FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851-60, 2014.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **O “represamento” do atendimento em saúde no SUS**. Nota Técnica nº 22. MonitoraCOVID-19. Rio de Janeiro, 2021.
- FURLAN, M. C. R.; MARCON, S. S. Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose sob a perspectiva de usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 339-347, 2017
- GALLANT, M. P. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. **Health Education & Behaviour**, v.30, n.2, p.170-195, 2003.
- GEWEHR, D.M. et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, v.42, 116, p.179-190, 2018.
- GIJÓN-CONDEA, T. et al. Spanish Society of Hypertension position statement about telemedicine. **Hipertensión y riesgo vascular**, v. 38, n.4, p.186-196, 2021.
- GOMIDE, M. F. S. et al. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 65, p. 387-98, 2018.
- GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n. 3, p. 379-385, 2003.
- GUIBU, I. A. et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, p.1s-13s, 2017.
- HAIR, J. R. et al. **Análise Multivariada de dados**. 6 ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- HAIR, F. J. et al. **Multivariate Data Analysis**. 7ª ed. Londres: Pearson Education Limited, 2014.
- HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.8, p.1649-1659, 2006.
- HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.8, n.29, p. 274-84, 2013.
- HAUSER, L. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.8, n.29, p.244-55, 2013.
- IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, Supl. 3, p. 683-703, 2006.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/joao-pessoa.html>

JANKE, G. F. et al. Atributos da Atenção Primária à Saúde nos cuidados às pessoas com condições crônicas. **Saúde Pesquisa**, v. 13, n.3, p. 537-46, 2020.

KLIN, R.B. **Principles and Practice of Structural Equation Modeling**. 2 ed. New York: The Guilford Press, 2005.

KLUGE, H. H. P. et al. Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. **Lancet**, v. 395, n.10238, p.1678-1680, 2020.

LACERDA E SILVA, T. et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde, **Saúde Debate**, v.44, n.124, p. 58-69, 2020.

LANA, L. D. et al. Teleconsulta de Enfermagem- Aplicações para pessoas idosas na pandemia da Covid-19. In: SANTANA, F. R. **Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos de COVID 19**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020.

LANZA, F. M. et al. Validação do instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase (PCAT – hanseníase): versão profissionais. **HU Revista**, v.44, n.3, p.311 -323, 2019.

LEONEZA, I. et al. Acesso às unidades de saúde da família na perspectiva de hipertensos. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.25:e1444, p. 1- 6, 2017.

LIMA, V. V. **Influência da satisfação no controle da pressão arterial sistêmica na atenção primária: análise com modelagem de equações estruturais e indicadores compostos**. 2013. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

LIMA, K. C. et al. A pessoa idosa domiciliada sob distanciamento social: possibilidades de enfrentamento à covid-19. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n.2, e200092, 2020.

LIMA, L. D.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, e00185220, 2020.

LUCENA, A. C. R. M. et al. Desempenho dos serviços da Atenção Primária à Saúde: satisfação das pessoas com hipertensão. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 20, e53086, 2021.

MACIEL, K. F. **Rede de apoio social de portadores de hipertensão arterial para o cuidado**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

MACIEL, F. B. M. et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, supl.2, p.4185-4195, 2020.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; SÁ, P.K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health Policy and Planning**, v.22, n.3, p.167-177, 2007.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.107, n.3, p.1-83, 2016.

MALTA, D. C. et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl 1, 2017.

MALTA, D. C. et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.21, n.1, p.1-15, 2018.

MALTA, D. C. et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.29, n. 4, e2020407, 2020.

MALTA, D. C. et al. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.7, p.2833-2842, 2021.

MANCIA, G. et al. Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. **European Heart Journal**, v.34, n. 28, p.2159 -2216, 2013.

MARTINS, D. C. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária a Saúde com mulheres em idade reprodutiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.75, n. 3, e20210015, 2022.

MARTINS, M. M.; FERNANDES, C. S.; GONÇALVES, L. H. T. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.4, p.685-90, 2012.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 67-74, 2006.

MELO, D. S. et al. O direito à saúde no território: o olhar dos usuários para Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4569-4578, 2021.

MELO, R. H. V. et al. Avaliação da satisfação do usuário com o acolhimento na estratégia da saúde da família no Recife (PE). **Revista Ciência Plural**, v. 4, n.2, p.21-37, 2018.

MENNI, C. et al. Heritability analyses show visit-to-visit blood pressure variability reflects different pathological phenotypes in younger and older adults: evidence from UK twins. **Journal Hypertension**, v. 31, n. 12, p. 2356-61, 2013.

- MILL, J. G. Determinantes Sociais na Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.113, n.4, p.696-698, 2019.
- MISHIMA, S. M. et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 436-43, 2010.
- MORAIS, J. D. **O Apoio Social e a satisfação de hipertensos com a Atenção Primária a Saúde**. 2019. Tese (Doutorado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- MORAIS, J. D.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; PAES, N. A. Apoio social e satisfação de hipertensos com a atenção básica: construção de um índice sintético. **Saúde Debate**, v.43, n.121, p. 477-488, 2019.
- MOREIRA, R. N. **Qualificação e imputação de dados sobre satisfação de hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família**. 2012. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- NADABE E SILVA, A. et al. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n.2, p. 255-63, 2018.
- NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, v. 22, n. 4, p.1293-1311, 2012.
- NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde em 2018. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 44, e32, 2020.
- NOGUEIRA, J. D. A. et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose Family. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.14, n.2, p.207-216, 2011.
- NUNES, L. N. **Métodos de imputação de dados aplicados na área da saúde**. 2007. Tese (Doutorado em medicina: Epidemiologia) - Faculdade de medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 727-33, 2006.
- OLIVEIRA, B.V.S. et al. Impacto da pandemia do COVID-19 sob o cuidado na atenção primária à saúde: percepção de enfermeiros. **Saúde Coletiva**, n. 11, 2021. 2021.
- OLIVEIRA, E. B. et al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira Medicina Família Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 264-273, 2013.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (2020). **Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas**. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52283>

PAES, N. A. **Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com os fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do nordeste do Brasil.** Projeto CNPq. Edital: MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS No. 37/2008. Tema: G. DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, 2008.

PAES, N. A. **Desempenho do Programa de Saúde da Família comparado com o das Unidades Básicas de Saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados em Municípios do Estado da Paraíba: Um estudo de coorte longitudinal.** Projeto CNPq. Edital MCT/CNPq N.º 67/2009, 2009a.

PAES, N. A. **Desempenho do Programa de Saúde da Família comparado com o das Unidades Básicas de Saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados em Municípios do Estado da Paraíba: Um estudo de coorte longitudinal.** Projeto FAPESC. Edital FAPESC N.º 02/2009, 2009b.

PAES, N. A.; FARIAS, D. A. A.; LEITE, J. C. L. Evidências de validação de um instrumento de avaliação do apoio social a hipertensos por profissionais da atenção básica. **Saúde Pesquisa**, v.15, n.1, e-974, 2022.

PAES, N. A. et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.36, n.2, p.87-93, 2014.

PEREIRA, M. J. B. et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 48-55, 2011.

PICON, R.V. et al. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: A systematic review with meta-analysis. **PLoS ONE**, v.7, n.10, p.1:10, 2012.

PICON, R. V. et al. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. **American Journal of Hypertension**, v.26, n.4, p.541-8, 2013.

PINHO, N. A.; PIERIN, A. M. G. O Controle da Hipertensão Arterial em Publicações Brasileiras. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.101, n.3, p.65-73, 2013.

PRATES, M. L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.6, p.1881-1893, 2017.

QUEIROZ, R. O. et al. Orientação familiar e comunitária na adolescência: avaliação na estratégia da saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 29, e3457, 2021.

REICHERT, A. P. S. et al. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 119 -127, 2016.

- REIS, J. G. et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n. 9, p. 3457-3462, 2019.
- ROMERO, D. E. et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v.37, n. 3, e00216620, 2021.
- RODRIGUES, E. M. D. et al. Avaliação do atributo “Orientação Comunitária” na óptica do usuário adulto da atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 664-71, 2019.
- ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 345-51, 2011.
- ROSA, M. M. et al. Challenges of hypertensive people in accessing primary care during the COVID-19 pandemic: an integrated review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e16911931576, 2022.
- RZEWUSKA, M. et al. Epidemiology of multimorbidity within the Brazilian adult general population: Evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **PLoS One**, v. 12, n. 2, p. 1-13, 2017.
- SALA, A. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 948-960, 2011.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELL, R. M. Concepts of access to health. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012.
- SANTIAGO, A. S. D. et al. Prevalence of systemic arterial hypertension and associated factors among adults from the semi-arid region of Pernambuco, Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.113, n.4, p.687-695, 2019.
- SANTOS, A.L. et al. Percepção de usuários com diabetes acerca da assistência recebida na Atenção Primária à Saúde. **Revista APS**, v. 21, n. 2, p. 251-258, 2018.
- SANYAOLU, A. et al. Comorbidity and its Impact on Patients with COVID-19. **SN Comprehensive Clinical Medicine**, v. 2, n.8, p.1068 -1076, 2020.
- SARAIVA, K. R.O. et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto & Contexto em Enfermagem**, v.16, n.2, p.263-70, 2007.
- SCALA, L.C.; MAGALHÃES, L.B.; MACHADO A. Epidemiologia da hipertensão arterial Sistêmica. **Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2015.
- SELLERA, P. E. G. et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1401-1412, 2020.

SILVA, C.S.; PAES, N. A. Satisfação de Usuários Hipertensos e Profissionais Segundo os Atributos Essenciais da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.21, n.3, p.229-238, 2017.

SILVA, C. S. **Análise da dimensão adesão/vínculo dos hipertensos com níveis pressóricos não controlados nas unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa**. 2011. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SILVA, C. S. et al. Controle pressórico e adesão/ vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária a Saúde. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v. 47, n. 3, p.584-90, 2013.

SILVA, L. S. S. et al. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.9, e00185020, 2020.

SILVA, N. C.; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 274-281, 2014.

SILVA, C. C. M. **O trabalhador hipertenso na atenção primária: acompanhamento e controle da pressão arterial**. 2015. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SILVA, C. C. M. **Mortalidade dos hipertensos vinculados à estratégia saúde da Família em João Pessoa: um estudo de coorte**. 2019. Tese (Doutorado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SILVA, A. Z. et al. Redes sociais dos profissionais da estratégia saúde da família no cuidado ao hipertenso. **Physis**, v. 31, n. 4, p. 2-15, e310414, 2021.

SIQUEIRA, A. S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G.; LAND, M. G. P. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.109, n.1, p.39-46, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 95(1 supl.1), p. 1-51, 2010.

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em municípios de pequeno porte na região Sul do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 4, p. 496-503, 2006.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.6, n. 3, p.649-59, 2017.

- SOUZA, B. R. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde em uma estratégia saúde da família no interior do Pará: Utilização do PCATool-versão Brasil. **APS em revista**, v. 1, n. 2, p.112–120, 2019.
- SOUZA, I. L. et al. Acesso às unidades de saúde da família na perspectiva de hipertensos. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 25, e14442, 2017.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.
- STEIN, A. T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p.179-181, 2013.
- TAMBASCO, L. P. et al. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, v. 41, n. especial, p. 140-151, 2017.
- TAVARES, R. S.; SILVA, D. M. G. V. A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.34, n. 3, p.14-21, 2013.
- TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl.1, p. 193-201, 2008.
- TRAD, L. A. B. et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p.797-806, 2010.
- VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, Supl 1, p.148-158, 2008.
- VIANA, A. L. et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. supl. 1, p. 79-90, 2008.
- VIANA, L. M. M. **Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva dos usuários**. 2012. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Piauí, Teresina.
- VIDAL, T. B. et al. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n.38, p. 1-10, 2019.
- VIEIRA, F. S.; SERVO, L. M. S. COVID-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. **Saúde Debate**, v.44, spe4, p.100-113, 2020.
- WANG, B. X. Susceptibility and prognosis of COVID-19 patients with cardiovascular disease. **Open Heart**, n. 7, e001310, 2020.
- WEBER, M. A. et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **Journal of Hypertension**, v.32, n.1, p.3-15, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Overview of public health and social measures in the context of COVID-19**. Geneva, 2020.

ZANGIROLANI, L. T. O. et al. Self-reported hypertension in adults residing in Campinas, Brazil: prevalence, associated factors and control practices in a population-based study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.4, p.1221-1232, 2018.

ZUO, H. J. et al. The impact of routine follow-up with health care teams on blood pressure control among patients with hypertension. **Journal of Human Hypertension**, v. 33, p. 466-74, 2019.

# APÊNDICES

---

**APÊNDICE A** – Convite direcionado aos especialistas selecionados para 1º etapa do estudo: Avaliação das dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade na perspectiva de usuários com hipertensão arterial e profissionais da saúde: antes e durante a pandemia da COVID-19



**Universidade Federal da Paraíba**  
**Centro de Ciências da Saúde e da Natureza**  
**Departamento de Estatística**  
**Programa de Pós – Graduação em Modelos de Decisão e Saúde**

### **CONVITE**

Prezado (a) Senhor (a),

O estudo intitulado: “Avaliação das dimensões Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade na perspectiva de usuários com hipertensão arterial e profissionais da saúde: antes e durante a pandemia da COVID-19” faz parte de um recorte de informações do estudo original desenvolvido por Paes (2008; 2009): O primeiro teve como título “Avaliação da Efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do Nordeste do Brasil”, o segundo intitulado “Desempenho do Programa de Saúde da Família comparado com o das Unidades Básicas de Saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados em Municípios do Estado da Paraíba: Um estudo de coorte longitudinal”, elaborados junto ao Laboratório de Estudos Demográficos do Departamento de Estatística da Universidade Federal da Paraíba.

Tal estudo tem por objetivo validar um instrumento de avaliação dos itens das dimensões *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* na perspectiva dos profissionais de saúde da Atenção Primária prestadores de serviço a pessoas com hipertensão arterial, de forma que se tomou por referência o instrumento *Primary Care Assessment Tool* adaptado para avaliar a satisfação de profissionais de saúde quanto ao desempenho dos serviços de saúde no contexto da atenção primária a saúde no Brasil.

Para a elaboração do instrumento proposto, foram considerados todos os itens que se referem ao tratamento da Hipertensão Arterial, sendo os mesmos distribuídos em dois construtos pré-estabelecidos para análise e validação: *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade*. O

processo de validação será realizado em duas etapas sucessivas: a primeira constituída pela validação da representação dos itens que irão compor cada construto e a segunda etapa será constituída pela validação do instrumento por meio de análises estatísticas.

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo como especialista para avaliação dos domínios propostos e da pertinência e representatividade dos itens que estão compondo cada construto do instrumento. O seu conhecimento e experiência na área em questão irão contribuir de forma significativa e relevante com o nosso estudo, de forma que ressaltamos a importância da sua participação. Informações quanto ao procedimento de avaliação do instrumento proposto serão fornecidos, de forma que estaremos à disposição para dirimir qualquer dúvida. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária, de forma que solicitamos que nos seja comunicado a decisão quanto à participação.

Desde já agradecemos a sua atenção.

Dyego Anderson Alves de Farias

Doutorando do Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão em Saúde

**APÊNDICE B** – Instruções para avaliação do instrumento proposto, baseado em modelo apresentado no estudo desenvolvido por Coluci, Alexandre e Milani (2015).



## **INSTRUÇÕES PARA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO**

A avaliação do instrumento proposto será realizada a partir de uma análise qualitativa dos itens que compõem cada construto de análise ou domínios, de forma a serem avaliados os domínios propostos e a clareza, pertinência e representatividade dos itens que estão compondo cada construto. Para esta avaliação, seguem algumas orientações e definições:

O instrumento a ser validado tem por objetivo avaliar o Apoio Social relativo às dimensões da Atenção Primária a Saúde (APS) *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade* antes e durante o contexto da pandemia da COVID-19 na perspectiva de profissionais da saúde.

O instrumento foi adaptado do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), o qual procura medir a qualidade de atributos específicos e a qualidade global do processo da APS, desenvolvido pela *Johns Hopkins University* e propostos por Starfield (2002).

Esse instrumento possui para cada dimensão de avaliação, perguntas e respostas correspondentes a uma escala de possibilidades pré-estabelecidas (Escala tipo *Likert*), no qual foram atribuídos valores entre “um” e “cinco” para as respostas: 1 – nunca, 2 - quase nunca, 3 - às vezes, 4 - quase sempre e 5 - sempre, além da opção 0 - não se aplica ou não sabe/não respondeu (STARFIELD, 2002). Através das respostas pode-se calcular um índice de satisfação (qualidade) para cada uma das dimensões.

## **PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE**

**1º PASSO** – Avaliação dos Domínios - Primeiramente, pedimos que cada especialista avalie os domínios que são: *Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade*. Verifique se a estrutura do domínio e seu conteúdo estão corretos, se o conteúdo contido no domínio é representativo e se está apropriado aos respondentes. Portanto, considere o conceito de abrangência conforme descrito abaixo na sua avaliação:

- Abrangência: verificar se cada domínio ou conceito foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens.

**2º PASSO** - Posteriormente, pedimos para o/a especialista avaliar cada item separadamente, considerando o conceito de clareza e pertinência/representatividade conforme descrito:

- Clareza: Avaliar a redação dos itens, ou seja, verificar se eles foram redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressa adequadamente o que se espera medir;
- o Pertinência ou representatividade: notar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e se são adequados para atingir os objetivos propostos.

**3º PASSO** - Cada especialista poderá sugerir a exclusão ou mudanças de itens nos domínios e opinar se os itens realmente pertencem ao domínio correspondente.

Utilize a escala sobre concordância para avaliar estes critérios, assinalando um X no campo correspondente. Abaixo de cada escala, deixamos espaços para que possa redigir sugestões, sugerir mudanças e/ou eliminação de itens, ou fazer comentários.

**AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO APOIO SOCIAL RELATIVO ÀS DIMENSÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE “ENFOQUE NA FAMÍLIA” E “ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE” ANTES E DURANTE O CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE.**

<b>DOMÍNIO: ENFOQUE NA FAMÍLIA</b>	
F1	Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o doente de Hipertensão Arterial?
F2	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o doente de Hipertensão Arterial sobre a doença, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?
F3	Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da família do doente de Hipertensão Arterial no tratamento?

Os itens do Domínio Acesso ao tratamento realmente expressam seu conteúdo? Marcar com um X.

<b>CONCORDO</b>	<b>DISCORDO</b>

Comentários:

---

---

---

Cada item do Domínio é representativo ao conceito explorado? Marcar com um X.

CONCORDO	DISCORDO

Comentários:

---

---

---

Os itens do Domínio devem permanecer nesse domínio? Marcar com um X.

CONCORDO	DISCORDO

Comentários:

---

---

---

Caso não concorde, que item ou itens sugere a retirada? Sugere a mudança de algum item ou itens entre os domínios propostos?

Comentários:

---

---

---

<b>DOMÍNIO: ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE</b>	
C1	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância da participação do doente e família em instituições da comunidade (igrejas, associação de bairro, etc.) como apoio para resolver seus problemas de saúde?
C2	Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre Hipertensão Arterial com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?
C3	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência dos amigos e colegas no tratamento do doente de Hipertensão Arterial?

Os itens do Domínio Acesso ao tratamento realmente expressam seu conteúdo? Marcar com um X.

<b>CONCORDO</b>	<b>DISCORDO</b>

Comentários:

---

---

---

Cada item do Domínio é representativo ao conceito explorado? Marcar com um X.

<b>CONCORDO</b>	<b>DISCORDO</b>

Comentários:

---

---

---

Os itens do Domínio devem permanecer nesse domínio? Marcar com um X.

<b>CONCORDO</b>	<b>DISCORDO</b>

Comentários:

---

---

---

Caso não concorde, que item ou itens sugere a retirada? Sugere a mudança de algum item ou itens entre os domínios propostos?

Comentários:

---

---

---

## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Hipertensão Arterial e está sendo desenvolvida pela parceria de docentes das áreas da Saúde e Exatas da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, sob a orientação do Professor PHD Neir Antunes Paes.

O objetivo do estudo consiste em avaliar o papel da família e da comunidade na atenção à Hipertensão Arterial antes e durante a pandemia da Covid-19 na perspectiva de usuários e de profissionais de saúde da linha da Atenção Básica, no município de João Pessoa/PB.

O(A) Senhor(a) está sendo convidado uma vez que as informações prestadas subsidiarão o estudo e o entendimento de aspectos que podem interferir no controle da pressão arterial, em especial no momento da pandemia pela Covid-19 onde a atenção a saúde está voltada para o cuidado de pessoas com doenças crônicas.

Outra finalidade deste trabalho é contribuir para a formação de recursos humanos (doutorado) para o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas voltadas para ações de controle a hipertensão arterial, bem como aumentar a visibilidade regional, nacional da produção científica e tecnológica sobre a avaliação da efetividade das ações de controle da hipertensão no Sistema Único de Saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) Senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento dele desistir, nenhum prejuízo lhe será atribuído, bem como, participando ou não, nenhum valor lhe será cobrado, como também não lhe será devido qualquer valor. Se por algum motivo alguma despesa seja necessária o valor será de responsabilidade do pesquisador.

Solicitamos sua colaboração para o preenchimento do formulário digital, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área da saúde e publicar em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Informamos que essa pesquisa não oferece riscos previsíveis para a saúde, pois não envolve a realização de procedimentos ou técnicas, logo os riscos serão relacionados aos participantes sentirem-se constrangidos em responderem o questionário que será utilizado para avaliar seu conhecimento em relação ao tema abordado.

Como forma de prevenir a transmissão da Covid-19 e evitar contato direto com os profissionais da saúde e usuários, a pesquisa ocorrerá através de formulário digital e seguirá as recomendações sanitárias e o modelo atual de pesquisa recomendado e realizado pelas instituições de pesquisa nacional e internacional.

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: a possibilidade de disponibilização de informações que contribuirão para o manejo da Hipertensão Arterial no âmbito da Atenção Básica, além de contribuir para a capacidade protetiva dos usuários hipertensos, apoios familiares e da comunidade no processo de cuidado do hipertenso em seus territórios de vivência. Além de possibilitar a capacitação e formação de pesquisadores para responder às demandas de interesse público em situações de crise como na pandemia da Covid-19.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto que fui devidamente esclarecido(a) dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados. O TCLE poderá ser impresso, além disso, o mesmo será encaminhado via E-mail e/ou Whatsapp, como garantia dos termos citados e como forma de documentar legalmente a participação na pesquisa. Recomenda-se que o senhor(a) guarde em seus arquivos uma cópia do documento.

Contato com o pesquisador Responsável:

Neir Antunes Paes. Endereço: Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Departamento de Estatística. Telefone: (083) 3216-7075/ ramal 27

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba - CEP-CCS/UFPB. Endereço: Centro de Ciências da Saúde, Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco, CEP: 58051-900 - João Pessoa-PB. Telefone: (083)3216-7791 e E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br.

Atenciosamente,

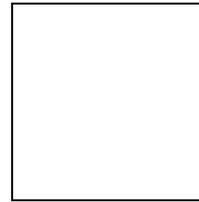
(Pesquisador Responsável)

Após a leitura do termo apresentado acima, você concorda em participar da pesquisa?

Concordo

Não concordo

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Participante)

(Impressão Dactiloscópica)

# **ANEXOS**

---

**ANEXO A – Questionário de Avaliação da Satisfação de pessoas com hipertensão arterial na Atenção primária à Saúde**

A. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	
Município ( ) João Pessoa ( ) Campina Grande	
Pesquisador: _____	
Data da coleta de dados: ____/____/____	
Supervisor de campo: _____ Ass: _____	
Data da digitação 1: ____/____/____ Ass: _____	
Data de digitação 2: ____/____/____ Ass: _____	

B. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
B.1 Nome do usuário: _____	
B.2 Endereço: _____	
B.3 Telefone: _____	
B.4 Contato: _____	

C. INFORMAÇÕES GERAIS (FONTES SECUNDARIAS)	
C.1	Cód. SIA/SUS: _____
C.2	Nº Prontuário _____ Data de nascimento ____/____/____
C.3	Nome da Unidade de Saúde (US) _____
C.4	Distrito(US) _____
C.5	Endereço da US _____

C.6	Tipo de Unidade	UBS UBS/PACS UBSF/PACS	1 ( ) 2 ( ) 3 ( )
-----	-----------------	------------------------------	-------------------------

C.A Pressão Arterial e dados antropométricos no momento do cadastro da Hipertensão	
--	--

C.7	Data do cadastro 2006/2007 ____/____/____
-----	---

C.8	Pressão Arterial Sistólica	mmHg
C.9	Pressão Arterial Diastólica	mmHg
C.10	Peso	Kg
C.11	Altura	cm
C.12	Cintura	cm

C.B Dados Antropométricos (1ª medida de 20__)	
---	--

C.13	Peso	Kg
C.14	Altura	cm
C.15	Cintura	cm

C.C Pressão Arterial e Antropometria (momento da pesquisa)	
--	--

C.16	Pressão Arterial Sistólica	mmHg	
C.17	Pressão Arterial Diastólica	mmHg	
C.18	Peso 1	Peso 2	Kg
C.19	Altura 1	Altura 2	cm
C.20	Cintura 1	Cintura 2	cm
C.21	Quadril 1	Quadril 2	cm

C.D Acompanhamento em 20__ e 20__		PA Sistólica	PA Diastólica	Nº de medicamentos de HAS
-----------------------------------	--	--------------	---------------	---------------------------

Data 1ª Consulta 20__			
Data 2ª Consulta 20__			
Data 3ª Consulta 20__			
Data 4ª Consulta 20__			
Data 5ª Consulta 20__			
Data 6ª Consulta 20__			
Data 7ª Consulta 20__			
Data 8ª Consulta 20__			
Data 9ª Consulta 20__			
Data 10ª Consulta 20__			
Data 11ª Consulta 20__			
Data 12ª Consulta 20__			
Data 1ª Consulta 20__			
Data 2ª Consulta 20__			
Data 3ª Consulta 20__			
Data 4ª Consulta 20__			
Data 5ª Consulta 20__			
Data 6ª Consulta 20__			
Data 7ª Consulta 20__			
Data 8ª Consulta 20__			
Data 9ª Consulta 20__			
Data 10ª Consulta 20__			
Data 11ª Consulta 20__			
Data 12ª Consulta 20__			

D. INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS			
----------------------------------	--	--	--

D.1	Sexo	Feminino Masculino	Hipertensão 0a ( ) 1a ( )	Usuário 0b ( ) 1b ( )
D.2	Idade		____anos	____anos
D.3	Situação Familiar/	Convive com companheiro(a) e filho(a)	1a ( )	1b ( )

D.4	Escolaridade	Convive com companheiro (a) com laços conjugais sem filho(a)	2a ( )	2b ( )					
		Convive com companheiro(a) com filhos(as) e outros familiares	3a ( )	3b ( )					
		Convive com familiares sem companheiro(a)	4a ( )	4b ( )					
		Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos ou conjugais	5a ( )	5b ( )					
		Vive só	6a ( )	6b ( )					
D.5	Raça/cor	Não sabe ler/Escriver	1a ( )	1b					
		Alfabetizado	2 a	2 b					
		Ensino Fundamental Incompleto (1º grau incompleto)	3 a	3 b					
		Ensino Fundamental Completo (1º grau completo)	4 a	4 b					
		Ensino Médio Incompleto (2º grau incompleto)	5 a	5b					
		Ensino Médio Completo (2º grau completo)	6 a	6b					
		Ensino Superior Incompleto	7 a	7b					
		Ensino Superior Completo	8 a	8b					
		Especialização / Residência	9	9b					
		Mestrado	10 a	10b					
Doutorado	11 a	11b							
D.6	Ocupação	Branca	1	1					
		Parda	2	2					
		Preta	3	3					
		Amarela	4	4					
		Indígena	5	5					
Para as questões D.6 e D.7 responda: S – sim; N – não;									
D.6	O (a) Sr.(a) trabalhava antes de saber que tinha HAS?			1.( ) S 2.( ) N 3.( ) NS/NR					
D.7	O(a) Sr.(a) teve que mudar ou parar de trabalhar por causa da HAS?			1.( ) S 2.( ) N 3.( ) NS/NR					
D.8	Composição da Família	Nome	Grau de Parentesco	Idade	Renda do Último mês (Valor R\$)				
<b>SUB TOTAL</b>									
D.10	Outras Rendas	1. Bolsa Família							
		2. Bolsa Escola							
		3. Aluguel							
		4. Outras							

Continua

Total de Renda Familiar						
E. Fatores de Risco e Doenças Concomitantes						
	Hipertensão			Usuário		
E.1	Antecedente Familiar Cardiovascular	( )S1	( )N1	( )N/S1	( )S2	( )N2 ( )N/S2
E.2	Diabetes T1	( )S1	( )N1	( )N/S1	( )S2	( )N2 ( )N/S2
E.3	Diabetes T2	( )S1	( )N1	( )N/S1	( )S2	( )N2 ( )N/S2
E.4	Tabagismo	( )S1	( )N1	( )N/S1	( )S2	( )N2 ( )N/S2
E.5	Sedentarismo	( )S1	( )N1	( )N/S1	( )S2	( )N2 ( )N/S2
E.6	Sobrepeso/Obesidade	( )S1	( )N1	( )N/S1	( )S2	( )N2 ( )N/S2
E.7	Infarto Agudo Miocárdio	( )S1	( )N1	( )N/S1	( )S2	( )N2 ( )N/S2
E.8	Outra Coronopatia	( )S1	( )N1	( )N/S1	( )S2	( )N2 ( )N/S2
E.9	AVC	( )S1	( )N1	( )N/S1	( )S2	( )N2 ( )N/S2
E.10	Pé Diabético	( )S1	( )N1	( )N/S1	( )S2	( )N2 ( )N/S2
E.11	Amputação por diabetes	( )S1	( )N1	( )N/S1	( )S2	( )N2 ( )N/S2
E.12	Doença Renal	( )S1	( )N1	( )N/S1	( )S2	( )N2 ( )N/S2
E.A	Informações do Prontuário	Informações do usuário				
E.13	Etilismo	( )S1	( )N1	( )N/S1	( )S2	( )N2 ( )N/S2
E.14	Menopausa	( )S1	( )N1	( )N/S1	( )S2	( )N2 ( )N/S2
E.15	Uso de anticoncepcivo hormonal	( )S1	( )N1	( )N/S1	( )S2	( )N2 ( )N/S2
E.16	Nº de medicação da HAS					
E.17	Número de vezes que retornou em 20__ (no prontuário)					
F. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE HAS						
Para as questões A.1 e A.2 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR						
F.1	Alguma vez o(a) Sr(a) foi orientado(a) a fazer atividade física, por algum profissional de saúde da sua unidade?					
F.2	Com que frequência, o(a) Sr(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da sua unidade?					
G. ACESSO AO DIAGNÓSTICO						
Para a questão B.1 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR						
G.1	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), procurou o serviço de saúde mais próximo da sua casa?					
Para as questões B.2 a B.5 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR						
G.2	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?					
G.3	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?					
G.4	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde?					
G.5	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) perdeu o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviço de saúde?					
H. ACESSO AO TRATAMENTO						
Para a questão C.1 a C.2 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR						
H.1	Se o(a) Sr(a) passar mal por causa da medicação ou da HAS, consegue uma consulta no prazo de 24hs na unidade de saúde que faz tratamento?					
H.2	Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia?					
Para as questões C.3 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR						
H.3	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?					
Para as questões C.4 a C.7 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR						

H.4	O(A) Sr(a), foi questionado pelos profissionais da unidade se aceitava fazer o tratamento medicamentoso?	
H.5	Em algum momento durante a consulta o Sr(a), é questionado pelos profissionais da unidade se está tomando a medicação?	
H.6	Em algum momento durante a consulta o Sr(a), é questionado pelos profissionais da unidade se esta fazendo a dieta diariamente?	
H.7	Em algum momento durante a consulta o Sr(a), é questionado pelos profissionais da unidade quanto ao horário que esta tomando a medicação?	
I. ADESAO/VÍNCULO		
Para as questões D.1 a D.8 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
I.1	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional da unidade de saúde que o atende?	
I.2	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?	
I.3	O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?	
I.4	O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?	
I.5	Quando o(a) Sr.(a) consulta na unidade de saúde, o profissional conversa sobre outros problemas de saúde?	
I.6	O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS?	
I.7	O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?	
I.8	Os profissionais da unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?	
Para a questão D.9 responda: 1 - Sempre; 2 - Quase Sempre; 3 - Às vezes; 4 - Quase Nunca; 5 - Nunca; 0 - Não se aplica; 99-NS/NR		
I.9	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa dos profissionais?	
I.10	Numa escala de 1 a 5, considerando 1 (pior situação) e 5 (melhor situação), qual seria o seu grau de satisfação em relação aos profissionais que o atende?	
J. ELENCO DE SERVIÇOS		
Para as questões J.1 a J.11 responda seguindo a escala de 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha o seu problema da HAS.		
J.1	Informação sobre a HAS e seu controle?	
J.2	Informação sobre os medicamentos e seus efeitos?	
J.3	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?	
J.4	Verificação de PA todas as vezes que vai para consulta?	
J.5	Visitas domiciliares?	
J.6	O(A) Sr.(a) encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em todos os dias úteis da semana?	
J.7	Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?	
J.8	Os Horários de funcionamento do serviço de saúde para atendimento são sempre respeitados?	
J.9	O serviço oferece/garante exames solicitados pelo profissional da saúde?	
J.10	O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames?	
J.11	É agendada a sua consulta de retorno?	
L. COORDENAÇÃO		
Para as questões L.1 a L.4 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
L.1	Quando o(a) Sr(a) tem algum problema de saúde, recebe encaminhamento por escrito para o outro serviço de saúde pelo profissional que acompanha seu tratamento?	
L.2	Quando o(a) Sr(a) tem algum problema de saúde e é encaminhado para outro serviço de saúde tem o atendimento garantido no serviço	

Continua

	referendado?	
L.3	O(A) Sr(a) retorna à unidade de saúde com informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	
L.4	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	
<b>M. ENFOQUE NA FAMÍLIA</b>		
Para as questões M.1 a M.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
M.1	Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?	
M.2	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a HAS, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?	
M.3	Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?	
<b>N. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE</b>		
Para as questões N.1 a N.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
N.1	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância da sua participação e da sua família em instituições da comunidade (igrejas, associação de bairro, etc.) como apoio para resolver seus problemas de saúde?	
N.2	Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HAS com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?	
N.3	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento?	

## ANEXO B – Certidão Comitê de Ética em Pesquisa ano 2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES  
HUMANOS - CEP**

### CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 29/06/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar APROVADO o projeto de pesquisa intitulado DESEMPENHO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMPARADO COM O DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E FATORES ASSOCIADOS EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DA PARAÍBA: um estudo de coorte longitudinal. Protocolo CEP/HULW nº. 341/10, do pesquisador responsável NEIR ANTUNES PAES.

No final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 29 de junho de 2010.

**Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.  
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05  
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com

## ANEXO C – Certidão Comitê de Ética em Pesquisa ano 2021

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA -  
CCS/UFPB



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** APOIO SOCIAL A HIPERTENSOS NA ATENÇÃO BÁSICA ANTES E DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19

**Pesquisador:** NEIR ANTUNES PAES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 37478920.2.0000.5188

**Instituição Proponente:** Universidade Federal da Paraíba

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.432.637

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1624470.pdf	28/10/2020 11:52:56		Aceito
Outros	ANUENCIA_DEPARTAMENTO.pdf	28/10/2020 11:52:14	DYEGO ANDERSON ALVES DE FARIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/10/2020 11:51:02	DYEGO ANDERSON ALVES DE FARIAS	Aceito
Declaração de concordância	ANUENCIA_SECRETARIA_SAUDE.pdf	28/10/2020 11:50:22	DYEGO ANDERSON ALVES DE FARIAS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	05/09/2020 16:13:08	NEIR ANTUNES PAES	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS_COLETA_DADOS.pdf	03/09/2020 22:44:36	DYEGO ANDERSON ALVES DE FARIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	03/09/2020 22:35:37	DYEGO ANDERSON ALVES DE FARIAS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 01 de Dezembro de 2020

---

Assinado por:  
Eliane Marques Duarte de Sousa  
(Coordenador(a))

**ANEXO D - Termo de Anuência para Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB**



**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**  
**Gerência de Educação na Saúde – GES**

João Pessoa, 21 de setembro de 2020

Processo Nº: 14.638/2020

**TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA**

A Gerência de Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa "APOIO SOCIAL A HIPERTENSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ANTES E DURANTE A PANDEMIA DO COVID 19", a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) DYEGO ANDERSON ALVES DE FARIAS, sob orientação de NEIR ANTUNES PAES, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) Distrito Sanitário I, Sanitário II, Sanitário III, Sanitário IV e Distrito Sanitário V, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Davy Alves da Silva  
Mat. 67.516-4

**Davy Alves da Silva**  
**Gerência da Educação na Saúde**

**ANEXO E – Declaração de encaminhamento para realização da pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB**



**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**  
**Gerência de Educação na Saúde – GES**

João Pessoa, 28 de Janeiro de 2021

Processo nº 14.638/2020

Da: **GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**  
Para: **DISTRITO SANITÁRIO I, II, III, IV E V**

**ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

A Gerência de Educação na Saúde (GES) encaminha o(a) pesquisador(a) **DYEGO ANDERSON ALVES DE FARIAS**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **"APOIO SOCIAL A HIPERTENSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ANTES E DURANTE A PANDEMIA DO COVID 19"**, a ser realizado neste serviço.

Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me.

  
Jeovana Stropp  
Agente Administrativo  
Município de João Pessoa  
Pessoa, PB, Brasil  
Jeovana Stropp  
Gerência da Educação na Saúde