



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - MESTRADO

**SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS HIPERTENSOS ATENDIDOS  
NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO**

Larissa Almeida Bakke

João Pessoa-PB  
2016

**LARISSA ALMEIDA BAKKE**

**SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS HIPERTENSOS ATENDIDOS  
NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

**Linha de Pesquisa:** Modelos de Decisão

**Orientadores:**

Prof. Dr. Neir Antunes Paes

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

**João Pessoa-PB  
2016**

B168s Bakke, Larissa Almeida.  
Satisfação de usuários hipertensos atendidos nos serviços de Atenção Primária à Saúde: instrumento para avaliação do tratamento / Larissa Almeida Bakke.- João Pessoa, 2016.  
123f.  
Orientadores: Neir Antunes Paes, Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN  
1. Hipertensão. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Satisfação - paciente. 4. Validação - estudos. 5. Questionários.

UFPB/BC

CDU: 616.12-008.331.1(043)

**LARISSA ALMEIDA BAKKE**

**SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS HIPERTENSOS ATENDIDOS  
NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO**

João Pessoa, 19 de fevereiro de 2016

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Neir Antunes Paes  
Orientador - UFPB

---

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro  
Orientadora- UFPB

---

Prof. Dr. Jozemar Pereira dos Santos  
Membro Interno - UFPB

---

Profa. Dra. Tânia Maria R. Monteiro de Figueiredo  
Membro Externo - UEPB

*Aos meus pais **Knut** e **Léia** e ao meu marido **Luís Alberto**, por sempre acreditarem em mim e estarem ao meu lado ao longo desta desafiante caminhada, oferecendo todo apoio, força e carinho. A vocês dedico este trabalho.*

### *Agradecimentos Especiais*

Ao professor Dr. Neir Antunes Paes, pela oportunidade e por ter acreditado em mim e na realização deste trabalho. Agradeço por toda paciência, os estímulos diários e os caminhos apontados a cada questionamento e desafio apresentado, me mostrando que podemos ir além e nos superar sempre. Meu muito, muito obrigada!

A professora Dra. Kátia Suely Ribeiro, por toda sua disponibilidade, compromisso, atenção e por todas as suas valiosas contribuições a este estudo. Tenho certeza que sem os dois, não teria conseguido elaborar e concluir este trabalho. Este trabalho é mérito nosso. Meu muito obrigada!

## AGRADECIMENTOS

Ao encerrar este estudo, tenho o prazer de registrar alguns agradecimentos a todos que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a sua concretização. Poso dizer que realmente estes dois anos me rederam uma intensa, desafiante e apaixonante jornada e que o apoio, a força e o carinho de todos me ajudou e impulsionou a sempre seguir. Meu agradecimento e carinho por cada um são enormes.

Primeiramente quero agradecer a Deus e a minha protetora Virgem Maria, que me deram forças para superar todos os desafios apresentados, iluminando e me mostrando o melhor caminho a seguir.

Aos meus pais Knut e Léia, por estarem sempre ao meu lado, me incentivando e compartilhando cada conquista. Vocês dois são o meu alicerce e sem vocês eu não teria chegado até aqui.

Ao meu marido Luís Alberto, por todo companheirismo, participação em cada passo conquistado e compreensão nos momentos de ausência. Obrigada pela paciência, carinho e dedicação. O seu carinho, incentivo e amor foram fundamentais para essa conquista.

Ao professor Dr. Josemar Pereira dos Santos, por toda a sua atenção, disponibilidade e ensinamentos nas análises estatísticas. A sua ajuda e conhecimentos foram imprescindíveis para a conclusão deste trabalho.

A professora Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, por todas as contribuições e sugestões dadas ao trabalho.

A amiga Núbia Kelly Ribeiro, por sempre ter me incentivado e acreditado em mim. Sua ajuda e compreensão durante esses dois anos foram muito importante para essa conquista. Guardarei para sempre todas as suas palavras de estímulos e força.

A amiga Maria da Penha, por toda torcida e compreensão nesses dois anos. Seu apoio foi fundamental para a realização deste estudo.

A todos os professores do Programa de Modelos de Decisão em Saúde, por todos os ensinamentos, em especial a professora Tarciana Liberal e o professor Eufrasio de Andrade, que me apresentaram à estatística e me mostraram o quanto esse novo mundo de conhecimento pode ser prazeroso e instigante.

A todos os meus colegas de mestrado, em especial a Angely, Ingrid, Juliana e Sílvia, cujos tantos momentos, desafios e aprendizado compartilhamos juntas e que foram tão importantes para o sucesso da nossa caminhada.

Ao amigo Telmo, por toda a sua atenção, disponibilidade e ajuda nas análises estatísticas.

Ao amigo James, por todo apoio, incentivo e ajuda nas análises e estudos sobre estatística.

Ao secretário e amigo Francisco Santos, por toda sua atenção e carinho durante estes dois anos.

A todos os familiares e amigos, que torceram e vibraram a cada conquista e que direta ou indiretamente estiveram presente em minha vida, me ajudando na concretização desse sonho.

## RESUMO

O controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) depende do estabelecimento de um tratamento adequado e contínuo, de forma que a avaliação da satisfação dos usuários pode ser um importante indicador de qualidade dos serviços, influenciando no comportamento dos sujeitos quanto aos cuidados adotados em saúde. Assim, este estudo tem a finalidade de validar um instrumento para avaliação da satisfação de usuários portadores de HAS quanto ao tratamento oferecido pela Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal. A amostra foi obtida por métodos aleatórios e constituída por indivíduos hipertensos maiores de 19 anos e de ambos os sexos, cadastrados no Programa Hipertensão dos municípios de João Pessoa e Campina Grande. Foram identificados três construtos pré-estabelecidos para análise: acesso ao tratamento, adesão ao tratamento e elenco de serviços. O processo de validação foi realizado em duas etapas sucessivas, através da consulta aos especialistas e por meio de análises estatísticas, a partir da análise fatorial exploratória, análise da consistência interna e por último, a análise fatorial confirmatória. A partir da avaliação dos especialistas, os três domínios inicialmente propostos foram considerados válidos, sendo feitas as adequações e inclusões sugeridas, obtendo-se assim, uma nova versão do instrumento para a análise estatística, composto por 29 itens. A análise fatorial exploratória determinou a retenção de quatro fatores, constituído por 15 dos 29 itens originais, com 67,806% de variância total explicada. 80% das variáveis apresentaram carga fatorial superior a 0,70. O coeficiente alfa de Cronbach calculado para o instrumento, revelou uma alta consistência interna geral, apresentando o valor de 0,872 para os quatro fatores avaliados. Através da análise fatorial confirmatória foi obtida a validade convergente e discriminante dos quatro fatores e os índices de ajuste mostraram um bom ajuste do modelo estrutural final obtido. Os quatro fatores retidos e validados foram rotulados com as seguintes denominações: acesso ao tratamento, adesão ao tratamento, enfoque na família e comunidade e elenco de serviços. A validação dos construtos, a partir de todos os indicativos de confiabilidade e validade utilizados neste estudo mostrou que a avaliação da satisfação dos usuários hipertensos quanto aos aspectos relativos ao tratamento é válida e confiável, sugerindo que o instrumento proposto e validado possa vir a ser utilizado em contextos de saúde similares, de forma a permitir avaliar a satisfação de usuários hipertensos quanto ao tratamento oferecido pela atenção primária à saúde.

**Palavras Chaves:** Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Satisfação do paciente. Estudos de validação. Questionários.

## ABSTRACT

The control of hypertension depends on the establishment of an adequate and continuous treatment, so that the assessment of user satisfaction may be an important indicator of quality of services, influencing the behavior of the subjects on the care adopted in health. This study aims to validate an instrument to evaluate the satisfaction of users with hypertension about the treatment offered by the Family Health Strategy. This is an observational, cross-sectional study. The sample was obtained by random methods, and consists of hypertensive individuals older than 19 years of both sexes registered in the Hiperdia program of the cities of João Pessoa and Campina Grande, in 2009. Three factors were pre-established for analysis: access to treatment, treatment adherence and list services. The validation process was carried out in two successive stages, by consulting specialists and through statistical analysis, from the exploratory factor analysis, analysis of internal consistency and finally the confirmatory factor analysis. From the assessment of specialists, the three factors initially proposed were considered valid, being made the adjustments and suggested inclusions, thus obtaining a new version of the questionnaire for statistical analysis, composed of 29 items. Exploratory factor analysis determined the retention of four factors, made up of 15 of the 29 original items, with 67.806% of the total explained variance. 80% of variables presented higher factor load 0.70. The Cronbach's alpha calculated for the instrument revealed a high overall internal consistency, with the value of 0.872 for the four factors evaluated. Through confirmatory factor analysis it was obtained convergent and discriminant validity of the four factors and the fit indices showed a good fit of the final structural model obtained. The four factors were retained and validated labeled as follow: access to treatment, adherence to treatment, focus on family and community and list services. The validation of the factors, from all indicative of reliability and validity used in this study, showed that the evaluation of satisfaction of hypertensive patients in the matters relating to the processing is valid and reliable. It suggests that the proposed and validated instrument might be used in a very similar health services to allow assess the satisfaction of hypertensive patients about the treatment offered by the primary health care.

**Keywords:** Hypertension. Primary Health. Patient satisfaction. Validation studies. Questionnaires.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 2.1</b>	Modelo teórico do processo de “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo”.....	40
<b>Figura 2.2</b>	Etapas do processo de desenvolvimento de instrumentos de medida e os recursos, critérios, recomendações e/ou atributos geralmente mais utilizados em cada etapa.....	49
<b>Figura 3.1</b>	Exemplo da representação visual (diagrama de caminhos) de um modelo de mensuração.....	66
<b>Figura 4.1</b>	Gráfico Scree Plot obtido após a AFE para as 15 variáveis originais.....	81
<b>Figura 4.2</b>	Diagramas de caminhos da AFC.....	85
<b>Figura 4.3</b>	Diagramas de caminhos – Solução final padronizada da AFC.....	86

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 4.1</b>	Versão do instrumento obtido a partir da avaliação pelos especialistas.....	76
<b>Quadro 4.2</b>	Medidas de adequação para o uso da Análise Fatorial: KMO e Teste de Bartlett.....	79
<b>Quadro 4.3</b>	Instrumento relativo à satisfação de usuários hipertensos quanto aos aspectos relativos ao tratamento ofertado na atenção primária à saúde...	91

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 2.1</b>	Classificação da PA em adulto de acordo com a medida casual no consultório.....	30
<b>Tabela 3.1</b>	Planejamento da análise fatorial em três estágios.....	61
<b>Tabela 3.2</b>	Principais Características do Critério de Kaiser e Catell.....	63
<b>Tabela 3.3</b>	Diretrizes para identificação de cargas fatoriais significantes com base no tamanho da amostra.....	64
<b>Tabela 3.4</b>	Requisitos básicos para a realização da análise fatorial exploratória.....	65
<b>Tabela 3.5</b>	Índices de ajuste do modelo e seus valores indicadores de ajuste.....	69
<b>Tabela 4.1</b>	Avaliação dos especialistas quanto aos domínios propostos e a representatividade dos itens que compõem o instrumento referente ao tratamento da HAS.....	75
<b>Tabela 4.2</b>	Número e percentual de dados perdidos segundo as questões selecionadas para o instrumento.....	78
<b>Tabela 4.3</b>	Autovalores, Variância e Variância acumulada dos fatores extraídos.....	80
<b>Tabela 4.4</b>	Solução Final da Análise Fatorial Exploratória e Consistência Interna do instrumento de avaliação do tratamento da HAS.....	82
<b>Tabela 4.5</b>	Estatísticas dos construtos: Fator 1, Fator 2, Fator 3 e Fator 4 para o questionário de avaliação da satisfação de hipertensos quanto a aspectos relativos ao tratamento em J. Pessoa e C. Grande (amostra n = 521).....	88
<b>Tabela 4.6</b>	Comparação entre a variância compartilhada e a variância extraída do modelo de mensuração dos construtos: <b>Fator 1, Fator 2, Fator 3 e Fator 4</b> .....	88
<b>Tabela 4.7</b>	Índices de ajuste do modelo do instrumento de avaliação da satisfação de hipertensos quanto ao tratamento oferecido pela atenção primária à saúde.....	89
<b>Tabela 4.8</b>	Indicadores de ajuste para validação do instrumento relativo à satisfação de hipertensos quanto ao tratamento oferecido pela atenção primária à saúde em João Pessoa e C. Grande-PB.....	90
<b>Tabela 4.9</b>	Características sociodemográficas dos adultos hipertensos usuários da atenção primária à saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande (PB), 2009.....	93

## **LISTA DE SIGLAS**

**ACS** - Agentes Comunitários de Saúde

**ADF** – Distribuição Assintótica Livre

**AF** - Assistência Farmacêutica

**AFE** – Análise Fatorial Exploratória

**AFC** – Análise Fatorial Confirmatória

**AGFI** – Índice Ajustado de Qualidade

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**AVE** - Acidente Vascular Encefálico

**BTS** - Teste de Esfericidade de Bartlett

**CFI** – Índice de Ajuste Comparativo

**CR** - Confiabilidade do Construto

**DCNT** - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

**DCV** - Doenças Cardiovasculares

**DIC** - Doença Isquêmica do Coração

**DM** - Diabetes Mellitus

**DS** – Distritos Sanitários

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família

**GFI** – Índice de Qualidade de Ajuste

**HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica

**HIPERDIA** - Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano.

**KMO** – Índice de Kaiser-Meyer-Olkin

**MLE** – Estimação de Máximo Verossimilhança

**MS** - Ministério da Saúde

**NOB** – Norma Operacional Básica

**NOAS** – Norma Operacional Básica de Assistência a Saúde

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PA** - Pressão Arterial

**PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PAD** - Pressão Arterial Diastólica

**PAS** - Pressão Arterial Sistólica

**PCAT** - *Primary Care Assessment Tool*

**PEA** – População Economicamente Ativa

**PGFI** – Índice de Qualidade de Ajuste Parcimonioso

**PNM** - Política Nacional de Medicamentos

**PSF** – Programa Saúde da Família

**RENAME** - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

**RMSEA** – Raiz Média Quadrática dos Erros de Aproximação

**SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TLI** – Índice de Tukey-Lewis

**VE** - Variância extraída

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
1.1	JUSTIFICATIVA.....	20
1.2	OBJETIVOS.....	22
<b>1.2.1</b>	<b>Geral</b> .....	22
<b>1.2.2</b>	<b>Específicos</b> .....	22
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	23
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM BREVE HISTÓRICO À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	23
2.2	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: DEFINIÇÃO, CONTROLE E FORMAS DE TRATAMENTO.....	29
2.3	FATORES IMPLICADOS NO SUCESSO DO TRATAMENTO DA HAS.....	33
<b>2.3.1</b>	<b>Acesso Ao Tratamento: Definição e Políticas Públicas Direcionadas ao Tratamento dos Hipertensos</b> .....	33
<b>2.3.2</b>	<b>Adesão à Terapêutica e Elenco de Serviços Disponibilizados pela Equipe de Saúde para o Usuário Hipertenso</b> .....	39
2.4	AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	46
<b>2.4.1</b>	<b>Validação de Instrumentos</b> .....	47
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	53
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	53
3.2	CENÁRIOS DE ESTUDO.....	53
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	55
3.4	INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS.....	57
3.5	ESTRATÉGIAS ANALÍTICAS PARA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	58
<b>3.5.1</b>	<b>Validação da Representatividade dos Itens de cada Construto do Instrumento</b> .....	59
<b>3.5.2</b>	<b>Validação Estatística do Instrumento</b> .....	60
3.6	ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS.....	69
3.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	70
<b>4</b>	<b>RESULTADO E DISCUSSÃO</b> .....	71

4.1	VALIDAÇÃO DOS DOMÍNIOS E REPRESENTATIVIDADE DOS ITENS SELECIONADOS PARA O INSTRUMENTO A PARTIR DA AVALIAÇÃO PELOS ESPECIALISTAS.....	71
4.2	VALIDAÇÃO ESTATÍSTICA DO INSTRUMENTO.....	77
4.2.1	<b>Análise fatorial exploratória e análise da consistência interna do instrumento.....</b>	78
4.2.2	<b>Análise fatorial confirmatória.....</b>	84
4.3	ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS.....	92
5	<b>CONSIDERAÇÕES GERAIS.....</b>	96
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	99
	<b>Apêndice A</b> - Instrumento proposto para validação com base no validado por Paes et al. (2014).....	108
	<b>Apêndice B</b> - Convite direcionado aos especialistas selecionados para 1º etapa do estudo: Validação dos domínios e representatividade dos itens selecionados para o instrumento.....	109
	<b>Apêndice C</b> - Instruções para avaliação do instrumento proposto, baseado em modelo desenvolvido por Coluci, Alexandre e Milani (2015).....	111
	<b>Apêndice D</b> - Formulário de avaliação do instrumento com foco no tratamento da HAS, baseado em modelo desenvolvido por Coluci, Alexandre e Milani (2015).....	113
	<b>Anexo 1</b> - Formulário do Hiperdia.....	117
	<b>Anexo 2</b> - 1º parte do Questionário de Paes (2009).....	119
	<b>Anexo 3</b> - 2º Parte do questionário validado por PAES et al. (2014).....	121
	<b>Anexo 4</b> - Certidão do Comitê de ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde.....	122
	<b>Anexo 5</b> - Certidão do Comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley.....	123

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam atualmente um grande desafio aos sistemas de saúde, uma vez que são responsáveis por inúmeros casos de mortes em todo o mundo. Além disso, geram um grande impacto nos sujeitos acometidos, seja pela repercussão na qualidade de vida dos mesmos como também pelos altos custos gerados ao sistema de saúde e a sociedade de uma forma geral. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as DCNT responderam em 2011 por 59% das mortes em todo o mundo, podendo alcançar, a partir das estimativas, 78% no ano de 2020 (WHO, 2011a).

Dentre as DCNT de maior impacto destacam-se as doenças cardiovasculares (DCV), com ênfase para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), patologia esta que se caracteriza como uma doença de elevada prevalência na população, de curso clínico lento e assintomático e de múltiplos fatores de riscos que juntos atuam sinergicamente dificultando o seu controle (MENDOÇA; SANTOS, 2011). Quando não controlada, a HAS configura-se como o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e doença renal crônica.

O tratamento ou controle da HAS envolve medidas relacionadas à modificações no estilo de vida com a adoção de hábitos saudáveis que incluem medidas dietéticas, atividade física regular, combate e abandono ao tabagismo e controle no consumo de álcool, bem como, quando necessário, o uso concomitante e regular de medicamentos anti-hipertensivos. Desta forma, como em qualquer doença crônica, faz-se necessário o estabelecimento de um tratamento adequado e contínuo, para que os indivíduos apresentem níveis pressóricos desejáveis e com isso um controle adequado da doença.

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS), com destaque para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ganha papel importante e fundamental no controle da HAS, uma vez que representa uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, por meio dos seus principais objetivos que são: a prevenção, a promoção, o tratamento e a recuperação da saúde. As equipes de saúde da família têm como função primordial prestar assistência integral e contínua as pessoas da comunidade que vivem na área de adscrição sob sua responsabilidade.

Embora seja conhecida a eficácia e a efetividade das várias medidas preventivas e de controle para a HAS, esta morbidade ainda representa um dos maiores desafios em saúde e um grande ônus para os sujeitos hipertensos e para sociedade (SANTOS, 2011). Santa-

Helena, Nemes e Eluf-Neto (2010) destacam que dos sujeitos portadores de HAS, apenas um terço das pessoas regularmente acompanhadas nos serviços de saúde mantém sua pressão arterial em níveis considerados desejáveis.

Nogueira et al. (2010) em seu estudo sobre o reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil, destacaram um trabalho realizado por Wilber e Barrow (1972), que ao estudarem a HAS propuseram a regra clássica chamada a “regra das metades” (*rule of halves*), a qual propõe que apenas metade dos hipertensos são detectados, dentre estes, somente metade é tratado e dentre estes últimos, apenas metade apresenta níveis pressóricos controlados.

O sucesso do tratamento e o consequente controle da hipertensão dependem de uma série de fatores que vão desde a garantia do acesso ao tratamento, à adesão dos sujeitos à terapêutica estabelecida bem como de uma ação integrada multiprofissional, que venha a fortalecer o vínculo entre os indivíduos e os profissionais de saúde, bem como possa servir de apoio, acompanhamento e cuidado dos sujeitos. Santa Helena, Nemes e Eluf-Neto (2010) destacam que os resultados positivos do controle dos níveis pressóricos estão atrelados a várias dimensões do cuidado, das quais se pode destacar: o acesso aos medicamentos, a possibilidade de diálogo entre equipe de saúde e usuários e como os mesmos aderem à terapêutica estabelecida.

Starfield (2002) elenca oito dimensões que classifica como essenciais para a atenção básica em saúde e que podem ser importantes indicadores da qualidade do serviço prestado, de forma que foi desenvolvido o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) que tem a finalidade de avaliar os aspectos críticos da APS em países desenvolvidos a partir da perspectiva do usuário e dos profissionais.

Tal instrumento foi adaptado no Brasil por Almeida e Macinko (2006), em um estudo realizado para a avaliação da rede básica do município de Petrópolis/RJ, que serviu de referência para a elaboração e adaptação por Villa e Ruffino-Neto (2009) para um estudo sobre tuberculose, que por sua vez serviu de base para o instrumento validado por Paes et al. (2014) para utilização com indivíduos portadores de hipertensão arterial no Brasil, com o objetivo de avaliar a percepção ou satisfação dos mesmos quanto ao desempenho dos serviços de saúde.

Entendendo que a satisfação dos usuários pode ser um importante indicador de qualidade dos serviços, podendo também vir a refletir no comportamento dos sujeitos quanto ao cuidado em saúde e que o efetivo tratamento se faz de suma importância para o controle da HAS, adquire relevância a validação de um instrumento que permita à avaliação da satisfação dos

usuários quanto ao tratamento da HAS disponibilizado nos serviços de atenção primária a saúde no Brasil. Para tanto, o instrumento validado por Paes et al. (2014) proporciona uma oportuna referência para tal propósito.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

As DCNT se caracterizam por um conjunto de enfermidades responsáveis pelas altas taxas de morbimortalidade em todo o mundo, constituindo um sério problema de saúde pública, em especial, nos países em desenvolvimento, uma vez que estes vêm apresentando contínuo envelhecimento populacional, impactando negativamente no desenvolvimento macroeconômico desses países (BRASIL, 2008; BARRETO, 2012). Estas doenças são responsáveis por um maior custo econômico tanto para as famílias, quanto para o sistema de saúde e para a sociedade de uma forma geral, uma vez que as mortes prematuras bem como as incapacidades determinadas pelo não controle dessas doenças, repercutem no aumento de gastos necessários para prover a assistência continuada e integral aos indivíduos acometidos.

As doenças do aparelho circulatório representam a principal causa agrupada de morte no Brasil, com um custo estimado de 1 bilhão e 300 milhões de reais (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010). Além do que, conforme destacam Guedes et al. (2011), a HAS quando não controlada aumenta em até sete vezes o risco de acidente vascular encefálico e três vezes o infarto agudo do miocárdio, sendo a causa mais comum de insuficiência cardíaca, estando ainda associada em 60 a 80% dos casos de aneurismas.

Desta forma, estabelecer e efetuar o tratamento farmacológico e não farmacológico adequado se torna de grande valia e necessidade, principalmente quando se faz referência às doenças crônicas como a HAS, que demandam intervenções mais precoces para que assim sejam evitadas complicações e maiores prejuízos sociais e financeiros. No entanto, estudos mostram que um número significativo de hipertensos ainda desconhece que apresenta a doença, e mesmo aqueles que apresentam diagnóstico conhecido não estão sendo tratados de forma adequada. Barreto (2012) destaca a importância do desenvolvimento de ações no âmbito da APS, com prioridade a prevenção, a promoção, a integralidade e a continuidade dos cuidados oferecidos aos sujeitos bem como a garantia do acesso ao tratamento nos serviços públicos de saúde.

No Brasil, a atenção básica ou APS adquiriu destaque a partir da década de 1990 com a introdução da Estratégia de saúde da Família, que vem sendo implementada em todo país a partir do ano de 1994, com a finalidade de viabilizar mudanças ou promover a reorientação do

atual modelo assistencial de caráter biomédico, curativo e individual (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013). Tal estratégia incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e trabalha com as noções de território de abrangência, família e comunidade, de forma que, as equipes de saúde, devem prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade.

A grande expansão da ESF no Brasil traz à tona a necessidade de qualificação da atenção que está sendo ofertada a população, de forma que se torna necessário o desenvolvimento de ferramentas que permitam avaliar a implantação e o desenvolvimento da ESF, como forma de servir de orientação nos processos de decisão e na melhoria dos resultados para a população (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013). A padronização dos serviços e da qualidade assistencial exige monitoramento contínuo e avaliação (PAES et al., 2014).

A avaliação dos serviços de saúde possibilita oferecer diretrizes e opções para o processo de planejamento, auxiliando no controle técnico e social dos serviços e programas que estão sendo ofertados à sociedade (MISHINA et al., 2010). Shimizu e Rosales (2008) ressaltam que torna-se imprescindível investir na avaliação dos serviços, de forma a ser contemplada a participação dos diversos atores envolvidos, em especial, os usuários, pois este público é capaz de expressar com maior clareza e fidedignidade sobre a atenção recebida.

A realização de estudos que visem avaliar a satisfação dos usuários quanto aos serviços prestados contribui para a institucionalização da avaliação dos serviços, além de se apresentar como uma ferramenta para a participação popular (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013). Segundo destacam esses mesmos autores, a satisfação dos usuários está diretamente relacionado à adesão ao tratamento e aos resultados dos cuidados em saúde, influenciando assim, nos comportamentos adotados de saúde e doença.

Mishina et al. (2010) afirmam que a avaliação da satisfação/insatisfação dos usuários é uma ferramenta que pode auxiliar no processo de decisão compartilhada, de forma que as práticas profissionais e o processo de trabalho possam ser repensados e reorganizados, e os recursos, ações e objetivos possam ser readequados e redefinidos de acordo com o projeto político estabelecido.

O Ministério da Saúde (MS) vem incentivando estudos voltados à avaliação dos serviços de saúde, objetivando nortear a reorientação de políticas e programas da atenção básica. No entanto, estudos que visem avaliar o desempenho da ESF sob a perspectiva do usuário ainda são escassos (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013). Além do que, embora exista atualmente um número relativamente grande de instrumentos de avaliação,

muitos deles não são desenvolvidos e validados de forma apropriada (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Nesse sentido, destaca-se a importância do estudo, uma vez que a partir da validação do instrumento com foco no tratamento da HAS, torna-se possível não só a avaliação da satisfação dos usuários quanto aos aspectos referentes ao tratamento, mas também permite a geração de informações que possam auxiliar os gestores na elaboração de estratégias de ação, que possibilitem uma melhor organização da atenção voltada aos sujeitos portadores de hipertensão e com isso venham a contribuir com a melhoria da qualidade dos serviços, bem como o controle da doença e qualidade de vida dos acometidos.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Geral

Validar um instrumento para avaliação da satisfação de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica quanto ao tratamento oferecido pela Estratégia de Saúde da Família.

### 1.2.2 Específicos

- Analisar a pertinência e a representatividade dos itens que irão compor cada construto de análise do instrumento;
- Verificar a validade dos construtos propostos de forma a definir os itens pertencentes a cada um deles;
- Avaliar a consistência interna do instrumento proposto;
- Traçar o perfil dos usuários hipertensos participantes da pesquisa quanto às características sociodemográficas.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM BREVE HISTÓRICO À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária à Saúde tem sido apresentada por diversos países, desde a década de 1960, como um modelo de prática que visa proporcionar um acesso mais pleno ao sistema de saúde, instituindo assim, um modelo com foco na prevenção, na promoção, no coletivo e na territorialização, em detrimento a prática curativa, individual e hospitalocêntrica que predominava em grande parte dos sistemas de saúde nacionais (FAUSTO; MATTA, 2007).

A noção de APS foi apresentada, pela primeira vez, no Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, como uma forma de organização dos sistemas de saúde. A atenção primária é apresentada sob a ótica de organização dos serviços de saúde de forma sistêmica regionalizada e hierarquizada, por nível de complexidade e sob uma área geográfica definida. As concepções desse documento nortearam tanto a criação do sistema nacional britânico em 1948, como também passaram a guiar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo. (FAUSTO; MATTA, 2007; LAVRAS, 2011).

Nos anos 60, em virtude da expansão de serviços cada vez mais especializados, surgiu nos EUA um movimento a favor da medicina comunitária, que foi apresentada como uma estratégia de prestação de serviços direcionados à população que não dispunha de acesso aos serviços de saúde (DONNANGELO, 1976). Esse movimento foi amplamente divulgado nas escolas de medicina e disseminado por vários países, principalmente os mais pobres, visando fortalecer as políticas de desenvolvimento econômico e social (FAUSTO; MATTA, 2007).

A Organização Mundial de Saúde em 1977 realizou a 30ª Assembleia Mundial de Saúde e lançou o movimento “Saúde para todos no ano 2000”, que foi considerada um marco da APS. Já em 1978, em parceria com a UNICEF, realizou a I Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde, na cidade de Alma Ata, Casaquistão, que reuniu cerca de 130 países, e na qual foi proposta a atenção primária como uma estratégia de transformação e o aumento da cobertura dos sistemas nacionais de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007). A APS foi tida como a principal estratégia para se chegar ao objetivo maior de promoção e assistência à saúde para todos os seres humanos (ALEIXO, 2002; SAWAYA, 2006). Nessa declaração os cuidados primários de saúde são definidos:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (UNICEF, 1979, p.1-2).

Neste mesmo documento, também são postas ações que se fazem necessárias ao desenvolvimento mínimo da APS, tais como: educação em saúde, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento da água e saneamento, tratamento de doenças e lesões comuns, programas voltados para atenção materno-infantil, como imunizações e planejamento familiar, distribuição de alimentos e nutrição apropriada, fornecimento de medicamentos essenciais (STARFIELD, 2002; FAUSTO; MATTA, 2007).

Vale ressaltar que a OMS passou por fortes pressões econômicas e políticas, pois as propostas e as ações destacadas como fundamentais para o desenvolvimento da APS, conflitavam com determinados interesses, tais como o da indústria dos medicamentos e do leite, já que era defendido o aleitamento materno e a distribuição e fabricação de medicamentos essenciais pelos países em desenvolvimento (MATTA, 2005; FAUSTO; MATTA, 2007).

Um ano após a Conferência de Alma-Ata, outra concepção de APS foi lançada e passada a ser defendida na Conferência que aconteceu em Belágio, na Itália. Esta nova noção compreendia uma visão mais seletiva da atenção primária, focada em problemas específicos de saúde voltados para a população de menor renda (FAUSTO; MATTA, 2007). Litsios (2002) aponta que desde a Conferência de Alma-Ata, já existia tanto quem defendesse a APS em um sentido integrado, quanto aqueles que acreditavam no seu sentido mais seletivo.

Distintas concepções a respeito da APS foram sendo lançadas ao longo do tempo. A respeito disso, Conil (2008) destaca que a atenção primária é compreendida por alguns países como um programa seletivo e focado em populações de menor renda, pois oferece uma “cesta básica” ou reduzida de serviços. Esta formulação, criada em função da necessidade de redução de custos e da reforma do Estado, proposta por organismos internacionais, voltou-se para uma atenção de baixo custo, sem continuidade e articulação com os outros níveis do sistema de saúde (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007). Em contrapartida, para outros

países, principalmente os europeus e o Canadá, é vista em um sentido mais amplo, sistêmico e integrado, responsável pela coordenação do cuidado e da organização do sistema de saúde (CONIL, 2008). Além disso, é tido como uma rede integrada de serviços que funcionam de forma articulada com o objetivo de promover uma atenção continuada (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Castro e Machado (2010) ressaltam que a adoção e implementação de dada perspectiva a APS está relacionada às particularidades do sistema de saúde de cada país, que apresentam distintas conformações sociais, políticas e econômicas, e estão sujeitas a tensão de diversos interesses e característica do setor saúde.

Na verdade, a atenção primária vem adquirindo diferentes significados a depender das pessoas, da época e do lugar, o que leva a desafios importantes para sua compreensão (FAUSTO; MATTA, 2007).

Para Starfield (2002), a APS compreende o primeiro nível de um sistema de saúde, sendo a base que determina o trabalho dos demais níveis, devendo os recursos, tanto os básicos quanto os especializados, serem organizados e racionalizados por este nível de atenção e direcionados para promoção, manutenção e melhoria da saúde. Este nível de atenção aborda os problemas que acometem mais comumente a população, ofertando serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar.

Para a autora supramencionada, a atenção primária é considerada menos intensiva quando é comparada com a medicina especializada, tanto em capital quanto em trabalho e com uma organização menos hierárquica. É portanto, mais adaptável e capaz de responder as necessidades de saúde em mudança. Além disso, um sistema de saúde direcionado para a subspecialização ameaça os objetivos de equidade desse sistema, uma vez que se caracterizam por um tipo de atenção mais cara e menos acessível para aqueles que não podem pagar por ela.

Starfield (2002) sugere quatro atributos essenciais que deverão guiar a organização das práticas da atenção primária, que são: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Esses atributos foram interpretados por Mendes (2009), em revisão bibliográfica sobre APS:

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família.

A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. (Mendes, 2009, p. 57-58).

No Brasil, a APS foi pensada e defendida com base nos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde, a saber: universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. No Brasil, a APS foi designada como Atenção Básica à Saúde, como forma de enfatizar a reorientação do modelo assistencial, baseado em um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Na política nacional de saúde, o termo atenção básica foi assumido a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96 (FAUSTO; MATTA, 2007). A opção por este novo termo deu-se principalmente em virtude do que se propunha para a Reforma Sanitária Brasileira, como uma estratégia de atenção integral à saúde articulada a um sistema universal de saúde, que ia de encontro à concepção seletiva que prevalecia e era veiculada por organismos internacionais (SAMPAIO; SOUZA, 2002; FAUSTO, 2005). A noção de APS assumida por países e organismos internacionais compreendia um conjunto de ações de baixa complexidade que eram voltadas a grupos populacionais de baixa renda. A partir de então, o termo Atenção Básica foi introduzido visando contrapor-se a essa ideia de APS implantada e com isso objetivava reduzir a exclusão social e econômica gerada pelo crescimento e pela difusão do capitalismo no mundo (CONASS, 2007).

No entanto, atualmente a Política Nacional de Atenção Básica, atualizada pela Portaria nº 2.488/2011, considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2011a). Conforme definição proposta pelo Ministério da Saúde, a atenção básica caracteriza por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado

complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. [...] Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011a, p. 3).

A Estratégia de Saúde da Família é tida como estratégia prioritária para organização da Atenção Básica de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2011a). Foi proposta inicialmente pelo Ministério da Saúde como Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, a partir de uma avaliação positiva realizada do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e posteriormente, em 1996, passou a ser denominada como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Mattos (2002) divide a história do PSF em dois momentos: o primeiro momento compreenderia desde a sua criação até o ano de 1996, quando o mesmo é apresentado como um modelo que visa estender a cobertura e acesso dos serviços; e o segundo momento em que este programa passa a ser entendido como uma estratégia de modificação do modelo assistencial, visando substituir as práticas de assistência voltadas para o modelo tradicional.

Ainda que diversas experiências ou vários modelos tenham sido configurados e vivenciados em diferentes regiões do país, pode-se dizer que a implantação do PSF foi um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política brasileira de saúde. Tal estratégia incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos atributos da APS propostos por Starfield (2002), na busca de romper com a compreensão de uma atenção simples e de baixo custo (ESCOREL et al., 2007).

O modelo proposto pela ESF preconiza as noções de território de abrangência e adscrição da população, de forma que cada equipe de saúde se faz responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita na sua área de trabalho, devendo ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. Cada equipe assume um caráter multiprofissional, formada por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e por um número suficiente de agentes comunitários de saúde (ACS) para cobrir 100% da população cadastrada (no máximo 12 ACS por equipe). Esta equipe pode ser ampliada a uma equipe formada por um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental, que terão responsabilidade pela mesma

população e território que uma ou duas equipes de saúde (ESCOREL et al., 2007; BRASIL, 2011a).

Cabe as equipe de saúde, conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (ESCOREL et al., 2007; BRASIL, 2011a).

Com a elaboração da Norma Operacional de Assistência a Saúde em 2001 - NOAS/SUS/2001, foram definidas ações estratégicas mínimas que os municípios brasileiros deveriam adotar e desenvolver com foco principal na atenção básica, entre elas, destaca-se o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), o que foi reafirmado no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, criado através da portaria GM/MS n° 235, de 20 de fevereiro de 2001, e executado no período de 2001-2003 (BRASIL, 2001a).

De forma concomitante e complementar, o MS institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica ao Hipertenso e ao Diabético por meio da Portaria GM n° 371/02, com o propósito de vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, visando o acompanhamento e o tratamento sistemático, garantindo a oferta contínua e gratuita para a rede básica de saúde os medicamentos considerados essenciais ao seu controle (BRASIL, 2002a).

No ano de 2002 por meio da portaria conjunta n° 02 de 05 de março, o MS lançou o Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Sis-HIPERDIA), visando realizar o cadastro e o acompanhamento dos casos de HAS e DM, disponibilizando ainda instrumentos para a utilização dos municípios (BRASIL, 2002b)<sup>1</sup>. As ações focadas em grupos ou áreas estratégicas foram reiteradas pela Política Nacional de Atenção Básica em 2006, que foi revogada pela Portaria n° GM/MS 2.488/2011, que estabeleceu como características do processo de trabalho das equipes de saúde da família o desenvolvimento de ações que priorizem os grupos de riscos e os fatores de risco clínico-comportamentais,

---

<sup>1</sup> Em 2014 o Sis-HIPERDIA foi substituído pelo e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, com o objetivo de melhorar a qualidade da informação em saúde e otimizar o uso das informações obtidas pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos.

alimentares e/ou ambientais, com o objetivo de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis (BRASIL, 2011a).

Esta preocupação direcionada ao cuidado dos usuários portadores de doenças crônicas vem sendo um reflexo do quadro epidemiológico geral das populações, acometido pelas doenças crônicas não transmissíveis, que cada vez mais ganham destaque atualmente. Por isso, devem ser efetivadas ações direcionadas visando o seu acompanhamento a partir da atenção primária, integrando-a aos demais níveis de atenção (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2002; ROTHMAN; WAGNER, 2003). Hoje em dia, as doenças crônicas não transmissíveis, tais como a HAS, representam um grande desafio para os sistemas de saúde, pois exigem dos mesmos uma nova postura em relação à garantia da equidade e na resolução dos problemas, não focados apenas na cura, mas também no cuidado que será dado aos seus portadores (RODRIGUES et al., 2014).

## 2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: DEFINIÇÃO, CONTROLE E FORMAS DE TRATAMENTO

Conforme definem as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição de natureza multifatorial, frequentemente associada a alterações metabólicas, hormonais e fenômenos tróficos, caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA) (SBHA; SBC; SBN, 2010). Atualmente, esta morbidade é considerada um grave problema de saúde pública, por apresentar não somente alta prevalência, mas também por representar um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e doença renal crônica (MOTTER; OLINTO; PANIZ, 2013).

Estudos mostram que a HAS vem sendo responsável por aproximadamente 40% dos casos de acidente cerebrovascular, 25% dos casos das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o Diabetes Mellitus (DM), 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006a).

Ainda segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), no ano de 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram ocasionadas pela elevação da PA, sendo 54% delas caracterizadas por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC). A Organização Mundial Saúde indicou que em 2008, 31% das mortes estavam relacionadas às doenças cardiovasculares, representando cerca de 17,3 milhões de pessoas atingidas (WHO, 2011b). No Brasil, no ano 2011, foram registradas 335.213 mortes causadas

por doenças do aparelho circulatório, representando a principal causa de morte registrada no país (DATASUS, 2011).

A HAS é considerada uma morbidade altamente prevalente, com índices que variam, conforme apontam Pierin et al. (2011), entre 22% a 44%. Inquéritos populacionais realizados nos últimos vinte anos, em cidades brasileiras, apontam uma prevalência da HAS acima de 30%. Outros estudos, considerando a PA  $\geq$  140/90 mmHg, encontraram prevalência da doença entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%). As idades mais prevalentes foram entre 60 e 69 anos com 50% de hipertensos e maiores de 70 anos com 75%. Entre os gêneros, encontrou-se percentual de prevalência da HAS de 35,8% para homens e 30% para mulheres, números semelhantes aos observados em outros países (SBHA; SBC; SBN, 2010).

Por se tratar de uma doença que se comporta, em grande parte das vezes, assintomática, o seu diagnóstico é retardado ou até omitido, sendo o seu tratamento negligenciado, o que leva a um baixo nível de controle dos níveis pressóricos. Considerando um indivíduo adulto com mais de 18 anos, os níveis pressóricos abaixo de 120/80 mmHg são considerados ótimos, níveis abaixo de 130/85 mmHg normais, entre 130-139 mmHg (pressão arterial sistólica - PAS) e 85-89 mmHg (pressão arterial diastólica - PAD) níveis limítrofes, ou seja o indivíduo é considerado pré- hipertenso. A HAS é definida quando apresenta níveis maiores ou igual a 140/90 mmHg, em indivíduos sem uso de medicação anti-hipertensiva, de forma que é considerado estágio 1 os níveis entre 140-149 mmHg (PAS) e 90-99 mmHg (PAD). Os níveis da pressão arterial maiores ou igual a 160/100 mmHg passa a ser considerado estágio 2 ou 3, conforme pode-se observar na Tabela 2.1 (SBHA; SBC; SBN, 2010).

**Tabela 2.1:** Classificação da PA em adulto de acordo com a medida casual no consultório

<b>Classificação</b>	<b>PAS (mmHg)</b>	<b>PAD (mmHg)</b>
<b>Ótima</b>	<120	<80
<b>Normal</b>	<130	<85
<b>Limítrofe</b>	130 – 139	85-89
<b>Hipertensão Estágio I</b>	140-149	90-99
<b>Hipertensão Estágio II</b>	$\geq$ 160	$\geq$ 100
<b>Hipertensão Estágio III</b>	$\geq$ 180	$\geq$ 110
<b>Hipertensão Sistólica isolada</b>	$\geq$ 140	< 90

**Fonte:** Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010.

Diversos estudos populacionais, conforme apontam Rosário et al. (2009), mostram a importância do controle da hipertensão arterial para a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular, de forma que se estima que apresente a pressão controlada, apenas um terço dos indivíduos acometidos pela HAS. No Brasil, a realização de 14 estudos populacionais feitos nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) mostraram baixos níveis de controle da PA (19,6%). Porém, admite-se que essas taxas possam estar superestimadas, devido principalmente, à heterogeneidade dos trabalhos realizados (SBHA; SBC; SBN, 2010).

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde, com destaque para a Estratégia de Saúde da Família, ganha papel importante e fundamental no controle da HAS, pois representa uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, por meio dos seus principais objetivos que são: a prevenção, a promoção, o tratamento e a recuperação da saúde. Frota et al. (2013), destacam que, por se tratar de uma doença crônica, de curso assintomático, que em grande parte das vezes requer dos sujeitos novas adaptações quanto aos hábitos de vida, o papel da equipe multiprofissional torna-se imprescindível no apoio, na supervisão contínua, no cuidado e no acompanhamento dos sujeitos acometidos.

Grezzana, Stein e Pellanda (2013) destacaram em seu estudo, que no Brasil apenas 39% dos hipertensos atendidos nas unidades básicas de saúde a partir da participação em programas de hipertensão, apresentavam a PA controlada, ou seja, os níveis pressóricos são inferiores a 140/90 mmHg e que 33% destes sujeitos se classificavam como estágios 2 ou 3, isto é, apresentaram PA superior a 160/110 mmHg.

Há duas abordagens terapêuticas para controle da HAS, uma baseada no tratamento não farmacológico, que consiste em modificações do estilo de vida, tais como perda de peso, incentivo à prática de exercício físico e alimentação saudável; e a outra pautada no tratamento farmacológico, mediante o uso de medicamentos ou na associação de ambos (BRASIL, 2006a; MOTTER; OLINTO; PANIZ, 2013).

Modificações no estilo de vida são essenciais para o tratamento e a prevenção da HAS. O controle do peso, a alimentação adequada, principalmente baseada em redução nos teores de sódio (<2,4 g/dia), em frutas, verduras, legumes, cereais integrais, leguminosas, leite desnatado e alimentos com menor quantidade de gorduras mostram-se importante para redução da PA. Além disso, a prática de exercícios físicos, o abandono ao tabagismo e a redução de bebidas alcoólicas são fatores que devem ser aplicados e devidamente controlados, ao passo que sem as devidas medidas, mesmo a tomada de doses progressivas de

medicamentos não irão atingir os resultados esperados e recomendados de controle da pressão arterial (BRASIL, 2006a).

Os agentes anti-hipertensivos, por sua vez, que são utilizados para o controle e tratamento da HAS, devem permitir não somente a redução dos níveis pressóricos, mas também a diminuição da ocorrência dos eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (BRASIL, 2006a; SBHA; SBC; SBN, 2010). Basicamente, estes fármacos podem ser classificados em cinco classes distintas, a partir do local e dos mecanismos de ação e atuação que irar interferir e modificar a fisiopatologia da HAS, que são eles: Diuréticos, Inibidores adrenérgicos, Vasodilatadores diretos, Antagonistas do sistema renina-angiotensina e Bloqueadores dos canais de cálcio (BRASIL, 2006a).

A Lei nº 8.080/90, em seu Art. 2 diz que “a saúde é direito de todos” e ao usuário do SUS cabe o direito e a garantia do acesso universal e igualitário à assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica (BRASIL, 1990). No entanto, Barreto (2012) destaca que, os sistemas de saúde ainda se deparam, em maior ou menor grau, com a dificuldade de garantir a toda população os medicamentos de que necessita.

A respeito disso, Santos-Pinto et al. (2011) afirma que, uma das principais formas de acesso aos medicamentos é a compra direta pelos indivíduos, situação que se torna ainda mais grave para o usuário de doenças crônicas que demandam do medicamento continuamente e aqueles de menor renda que dependem da distribuição gratuita de medicamentos pelo setor público como única alternativa de tratamento.

Em um estudo realizado por Guedes et al. (2011) sobre as barreiras impostas ao tratamento da HAS, observou-se que a falta de condições financeiras para arcar com os custos do tratamento foi citada como a principal dificuldade para realização do tratamento. Os autores salientaram que o tratamento da HAS é influenciado por questões financeiras, pois envolve a compra de medicamentos e alimentos diferenciados.

Nesse sentido, a falta de acesso ao tratamento, seja este medicamentoso ou não, é um dos fatores que contribui para o abandono do tratamento ou a sua não adesão, ou seja, ao não cumprimento da terapêutica estabelecida. A falta de adesão ao tratamento é também um dos problemas que interferem no sucesso terapêutico e conseqüentemente no controle da HAS. Cerca de 50% dos usuários hipertensos diagnosticados não fazem nenhum tratamento e dentre aqueles que realizam algum tipo de tratamento, poucos tem a pressão controlada. Vale mencionar que, no primeiro ano de tratamento, cerca de 30 a 50% o interrompem e 75% depois de cinco anos (ANDRADE; VILAS-BOAS; CHAGAS, 2009).

A problemática da não adesão ao tratamento, conforme destaca Santos (2011), é complexa e envolve diversos fatores, tais como as características relacionadas aos indivíduos (biológicas e socioculturais), a experiência da pessoa hipertensa com a HAS e o tratamento, a participação familiar e o acesso ao sistema de saúde. A população, principalmente a de baixa renda, ainda desconhece muitos aspectos relativos à HAS, tais como a doença e seus fatores de riscos, o que dificulta muitas vezes a adesão ao regime ou as condutas terapêuticas estabelecidas (SANTOS, 2011).

Desta forma, os sujeitos hipertensos precisam ampliar o seu conhecimento em relação à HAS, para assim se tornarem autônomos sobre as decisões que estarão implicadas no cuidado a sua saúde (SANTOS, 2011). O controle da HAS depende da participação ativa dos hipertensos bem como do apoio e da coparticipação da família e dos profissionais da saúde (RUFINO; DRUMMOND; MORAES, 2012). À equipe de saúde cabe atuar de forma integrada e comprometida, visando o cuidado dos sujeitos e o desenvolvimento de atividades de prevenção e educação em saúde, bem como ações que visem o acompanhamento, o controle e o tratamento da HAS.

### 2.3 FATORES IMPLICADOS NO SUCESSO DO TRATAMENTO DA HAS

Santa Helena, Nemes e Eluf-Neto (2010) apontam que resultados positivos do controle dos níveis pressóricos estão atrelados a várias dimensões do cuidado, das quais se pode destacar: o acesso aos medicamentos, à possibilidade de diálogo entre equipe de saúde e usuários e como os mesmos aderem à terapêutica estabelecida. Nesta perspectiva, entendendo que o controle dos níveis pressóricos, ou seja, o controle da HAS está intrinsecamente relacionado ao seu efetivo tratamento, discorre-se a seguir, três fatores que implicam no sucesso da terapêutica: o **ACESSO** ao tratamento, a **ADESÃO** à terapêutica e o **ELENCO DE SERVIÇOS** ofertados pela equipe de saúde para o tratamento e acompanhamento da HAS.

#### 2.3.1 Acesso ao tratamento: Definição e políticas públicas direcionadas ao tratamento dos hipertensos

O termo acesso é um conceito complexo, geralmente empregado de forma imprecisa e diversa entre os autores, variando ao longo do tempo e a depender do contexto (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; MENDES et al., 2012). Jesus e Assis (2010) destacam

que, segundo definição do Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, o termo acesso é definido como: “ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar a, aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo”. Os autores supramencionados discutem que ao se estabelecer uma relação com os serviços de saúde, o acesso pode ser compreendido como “porta de entrada”, isto é, como local de acolhimento dos sujeitos no momento da busca ou da expressão de sua necessidade e ainda como os caminhos que foram percorridos no sistema para resolução do seu problema (JESUS; ASSIS, 2010).

Travassos e Martins (2004) em seu trabalho de revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde mostram que quanto às definições de acesso empregadas, prevalece à ideia de acesso como dimensão de desempenho dos sistemas de saúde relacionada à oferta de serviços, apresentando uma tendência de ampliação na abrangência do conceito, deslocando do eixo de entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos.

Variações do termo acesso são encontradas também em sua terminologia. Alguns autores utilizam o substantivo acessibilidade, outros o termo acesso ou, ainda, os dois termos para indicar o grau de facilidade com que os indivíduos obtêm seus cuidados de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Mendes et al. (2012), destacam em seu artigo sobre acessibilidade aos serviços de saúde: “um caminho ainda a percorrer”, que no entendimento de Donabedian (1988) a acessibilidade é algo que ultrapassa a simples presença ou a disponibilidade de um recurso em um estabelecido momento e lugar, podendo ser identificados dois tipos de acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica. A primeira classificação refere-se aos aspectos estruturais dos serviços, ou seja, aborda os recursos que facilitam ou dificultam os esforços dos sujeitos para obterem a atenção ou o cuidado. Por outro lado, a acessibilidade geográfica está relacionada à distância e ao tempo necessário para se ter e alcançar os serviços (STARFIELD, 2002; MENDES et al., 2012).

Starfield (2002) diferencia acesso de acessibilidade. Para esta autora, a acessibilidade está relacionada com a possibilidade das pessoas chegarem aos serviços. É um aspecto de estrutura necessário para se atingir à atenção ao primeiro contato. Para isso, o local de atenção deverá estar acessível e disponível, caso contrário à atenção não será oferecida, sendo postergada, o que pode comprometer o diagnóstico e o manejo do problema. O acesso por sua vez, é o uso oportuno dos serviços de saúde, de forma a permitir atender as necessidades dos usuários e alcançar os melhores resultados possíveis (STRFIELD, 2002; SCHWARTZ et al., 2010; CAMPOS et al., 2014).

O acesso é classificado por Starfield (2002) como uma das dimensões da atenção primária a saúde que envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e os dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos do acesso (Starfield, 2002).

Aliado a esta noção, Souza et al. (2008) apontam que o acesso envolve a noção de consecução do cuidado a partir das necessidades dos sujeitos e está atrelado com a sua resolução, abrangendo outros aspectos além da dimensão geográfica, como aqueles relacionados à questão econômica, organizacional e de oferta dos serviços.

Jesus e Assis (2010), Assis e Jesus (2012), baseados em Giovanella e Fleury (1995) propuseram um modelo de análise do acesso aos serviços baseado em quatro dimensões: política (relativo ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular), econômico-social (referente à relação entre oferta e demanda), técnica (relativo à planificação e organização da rede de serviços) e simbólica (modelo das representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde). Essas dimensões, conforme destacam Campos et al. (2014), procuram explicar o acesso em uma compreensão multidimensional e tem como orientadores os princípios da responsabilização, resolutividade e equidade, funcionando assim, como norteadores na construção das políticas públicas.

Campos et al. (2014) destacam uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada no ano de 2011, que buscou investigar como a população avaliava os serviços de utilidade pública e a sua importância para a sociedade. Dentre os serviços, a ESF foi avaliada com um bom ou muito bom atendimento por 80,7% dos entrevistados. A percepção de qualidade ou satisfação dos usuários neste caso foi referida a partir da obtenção do acesso ao atendimento ou aos medicamentos em período de tempo considerado razoável. Isto demonstra, conforme os mesmos autores indicam que a população anseia um acesso mais ágil, oportuno e com maior facilidade aos serviços.

O acesso aos serviços de saúde, à prevenção, ao cuidado e ao tratamento, conforme discute Barreto (2012), constitui um dos direitos humanos fundamentais: o direito à saúde. Além do que, ao se remeter a usuários portadores de doenças crônicas, como a HAS, o acesso aos serviços de saúde, em especial, o acesso ao tratamento, se torna um elemento essencial que irá incidir diretamente no estado de saúde dos sujeitos. Estabelecer e efetuar o tratamento adequado se torna de grande valia e necessidade, principalmente quando se refere a doenças como a HAS que demandam intervenções mais precoces para que assim sejam evitadas complicações e maiores prejuízos sociais e financeiros.

A atenção básica com ênfase na ESF destaca-se como um espaço prioritário para a abordagem integral da HAS por meio do desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento da hipertensão. Neste contexto, Paniz et al. (2008) destacam que, a ESF deve desenvolver ações que visem acompanhar de forma sistemática os indivíduos portadores de doenças crônicas, como os sujeitos hipertensos, oferecendo assim, um cuidado integral, o que inclui o acesso aos medicamentos essenciais.

O acesso insuficiente aos medicamentos, mais especificamente quando se reporta aos portadores de doenças crônicas, se relaciona diretamente ao agravamento ou a piora no estado de saúde, uma vez que o seu não acesso pode levar a um comprometimento da renda familiar ou ainda o abandono do tratamento, com um conseqüente aumento de gastos adicionais com internações e atendimento ambulatoriais (ARRAIS et al., 2005).

Boing et al. (2013) abordam em seu estudo que segundo a Organização Mundial de Saúde o acesso aos medicamentos pode ser dado mediante a sua disponibilidade, a capacidade de aquisição das pessoas, a sua acessibilidade geográfica e aceitabilidade, levando ao seu uso racional. Destacam que no Brasil, o fornecimento dos medicamentos continuamente e em quantidades que atendam a demandam da população ainda é um desafio a ser superado.

Com vistas a assegurar o cuidado e o tratamento sistemático aos portadores de DCNT, o Ministério da Saúde vem implementando no Brasil importantes políticas públicas a partir da década de 1990, com destaque a primeira iniciativa, o lançamento do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus em 2001 e como parte integrante deste plano foi instituído, através da Portaria nº 371/GM, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, visando implantar o cadastro dos sujeitos acometidos e fornecer de maneira contínua para a rede básica de saúde, medicamentos selecionados para hipertensão, que são: hidroclorotiazida 25 mg, propranolol 40 mg e captopril 25 mg (BRASIL, 2002a).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) instituída no país através da Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, teve como objetivo principal garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Para tanto, estabelece que a gestão da Assistência Farmacêutica (AF) deverá ser descentralizada e a aquisição dos insumos baseada em critérios epidemiológicos para melhor atender as necessidades locais das populações por medicamentos (BRASIL, 2001b).

Com isso, desde a sua implantação, foi estabelecido como diretriz desta Política à reorientação da AF, com ênfase para o seu processo de descentralização, estabelecendo a

responsabilidade dos três níveis de gestão, tanto no que diz respeito ao financiamento quanto no desenvolvimento de políticas que visem o acesso e o uso racional dos medicamentos. A partir da PNM, foi se estabelecendo portarias e programas a fim de regulamentar e direcionar os aspectos importantes do ciclo da AF (BRASIL, 2001b; BARRETO, 2012).

Dentre as publicações relacionadas ao cuidado com os hipertensos destacam-se: a Portaria n° GM/MS 698/2006 que institui o bloco de financiamento para a AF constituído por quatro componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional e Componente de Organização da Assistência Farmacêutica. Este último componente foi retirado do bloco de financiamento pela Portaria n° GM/MS 204/2007, que estabeleceu três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. O Componente Básico da AF destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde, dos quais se podem citar os fármacos destinados ao tratamento da HAS (BRASIL, 2006b, 2007).

A Portaria n° 2.982/2009 que aprova as normas de execução e de financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS foi substituída pela Portaria n° GM/MS 4.217/2010 e mais recentemente revogada pela Portaria n° GM/MS 1.555/2013, instituindo que o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo aos três últimos à responsabilidade pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque, prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes nos Anexos I (Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da AF) e IV (Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos) da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente (BRASIL, 2009, 2010, 2013a).

A RENAME é um instrumento oficial direcionado a definição das políticas públicas com vistas ao acesso e o uso racional dos medicamentos, que compreende a seleção e a padronização de medicamentos a serem utilizados no SUS, sendo atualizada a cada dois anos, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela consolidação e pela publicação das suas atualizações (BRASIL, 2011b). A Portaria GM/MS n° 1/2015 definiu o atual elenco de medicamentos e insumos da RENAME 2014 no âmbito do SUS por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da RENAME 2012 (BRASIL 2015), dispondo assim, dos

fármacos que poderão ser incorporados e distribuídos de forma gratuita pelos municípios para o tratamento da HAS.

Vale mencionar também, o Programa Farmácia Popular do Brasil, criado pelo governo Federal no ano de 2004, com o objetivo de ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns que acometem a população. Tal programa é atualmente regulamentado pela Portaria GM/MS nº 971/2012, que instituem a disponibilização de medicamentos através de uma rede própria de Farmácias Populares e através de convênios com farmácias e drogarias da rede privada, chamado de “Aqui tem Farmácia Popular”, estabelecido no ano de 2006 (BRASIL, 2012a).

Outra iniciativa nesse âmbito é a Campanha – Saúde não tem preço, lançada no ano de 2011, que teve como objetivo a disponibilização de forma gratuita, dos medicamentos para tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus disponíveis no Programa Farmácia Popular do Brasil, constituindo dessa forma, mais um ponto com o propósito de ampliação do acesso aos medicamentos para hipertensos e diabéticos (BARRETO, 2012).

Além das publicações direcionadas as atividades da AF, políticas públicas voltadas ao enfrentamento das DCNT com foco na adoção de hábitos saudáveis também foram direcionadas nestes últimos anos. Pode-se citar a Política de Promoção a Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 687/2006, que estabelece como atividades prioritárias ações com foco na alimentação saudável, no estímulo à prática de atividades físicas, na prevenção e controle do tabagismo, uso de álcool e tabaco (BRASIL, 2006c). De forma complementar, o Ministério da Saúde institui o Programa Academia da Saúde, através da Portaria nº 719/2011 revogada pela Portaria GM/MS nº 2.681/2013, que visa estimular mudanças de hábitos e à adoção de estilo de vida ativo e saudável, sendo considerada como referência de “um programa de promoção da saúde, prevenção e atenção das doenças crônicas não transmissíveis” (BRASIL, 2013b).

Também merece ênfase a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, atualizada pela Portaria GM/MS nº 2.715/2011, que tem como propósito principal “a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição” (BRASIL, 2011c). Nesse sentido, ganha importância para o cuidado com os hipertensos, uma vez que o excesso de peso e o consumo de alimentos de baixo valor nutricional e com altos teores de gorduras, sódio e açúcar estão diretamente relacionados ao desenvolvimento da HAS e ao não controle dos níveis pressóricos.

Já no ano de 2011, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, com o propósito de preparar o país para enfrentar as DCNT, nos próximos dez anos. O objetivo deste plano é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, fortalecendo os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2011d).

O controle rigoroso da hipertensão arterial é capaz de reduzir um número elevado de complicações à saúde que podem ser acarretadas aos sujeitos e com isso, reduzir os custos ao sistema de saúde e os riscos e desconfortos que podem causar aos seus portadores. Desta forma, garantir o tratamento necessário, seja este medicamentoso como o baseado em modificações no estilo de vida, por meio dos devidos investimentos, organização, fornecimento de atenção e uma abordagem ampla, são de fundamental importância principalmente em se tratando de doenças crônicas como a HAS.

### **2.3.2 Adesão à terapêutica e elenco de serviços disponibilizados pela equipe de saúde para o usuário hipertenso**

A adesão ao tratamento é definida, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente (SBHA; SBC; SBN, 2010). Bezerra, Lopes e Barros (2014) apontam a adesão ao tratamento como a extensão na qual o comportamento dos sujeitos irá refletir em mudanças significativas e no cumprimento de hábitos de vida saudáveis, conforme as orientações dadas pelos profissionais provedores do cuidado.

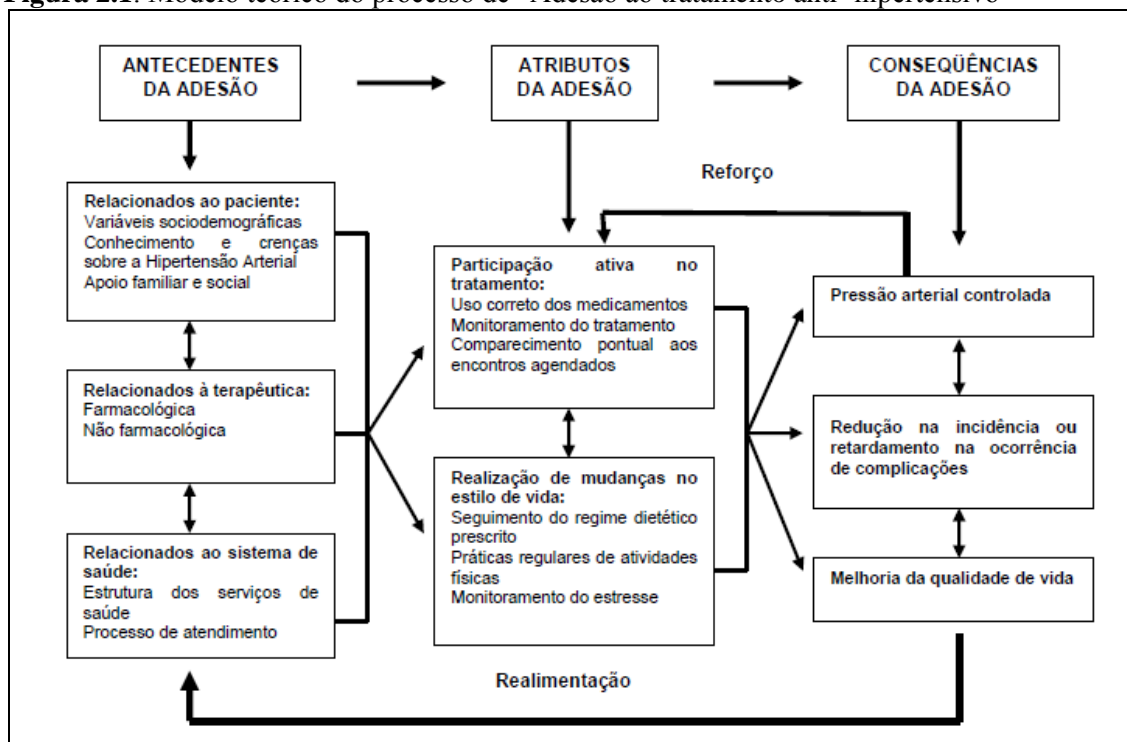
Santos et al. (2013) ao realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o tema adesão ao tratamento anti-hipertensivo com enfoque na atenção primária, fazem uma distinção entre dois tipos de adesão: adesão à terapêutica inicial e à terapêutica persistente. O primeiro termo expressa o seguimento do tratamento da mesma forma que foi proposta ou elaborada pelos profissionais de saúde. A persistência por sua vez é observada conforme a duração da adesão, em um dado período de tempo. Os autores ressaltam a questão da instabilidade da adesão em longo prazo, geralmente apresentando os sujeitos com maiores taxa de adesão a momentos próximos da consulta clínica marcada e o maior declínio após esse período.

Outras terminologias também são utilizadas para se referir à adesão como, por exemplo, o termo compliance. Esse termo conforme destacam Gusmão e Mion Jr. (2006),

expressa “obediência participativa, ativa, do paciente à prescrição médica”, entendendo por prescrição não só medicamentos, mas todos os cuidados que se faça necessários ao tratamento, recomendado pelo médico ou pelo profissional de saúde. Estes autores ao trazerem a tona conceitos de adesão ao tratamento ressaltam que sua definição deverá sempre abranger e reconhecer a vontade dos sujeitos em colaborar e participar do seu tratamento, ou seja, ao se mostrarem sujeitos ativos na decisão, implicando assim, nos cuidados relativos à sua saúde.

Araújo e Garcia (2006) ao propor um modelo teórico de Adesão ao Tratamento anti-hipertensivo conceituam a adesão como um fenômeno que se faz com a participação ativa dos sujeitos ao plano terapêutico, uma vez que os indivíduos não se constituem meros cumpridores das recomendações estabelecidas, mas sim, se apresentam como sujeitos corresponsáveis pelo seu tratamento. A partir do modelo teórico evidenciado por estes autores, representado na Figura 2.1, as consequências da adesão ao tratamento pressupõem os resultados positivos que se almeja alcançar, como: pressão arterial controlada, redução da incidência ou retardo no aparecimento de possíveis complicações e melhoria na qualidade de vida dos indivíduos hipertensos.

**Figura 2.1:** Modelo teórico do processo de “Adesão ao tratamento anti- hipertensivo”



**Fonte:** Araújo e Garcia, 2006.

A adesão ao tratamento destaca-se como um dos fatores significativos ao sucesso terapêutico. Embora estejam disponíveis tratamentos efetivos para a HAS, Reiners e Nogueira (2009) apontam que mais da metade dos pacientes tratados terminam abandonando o tratamento dentro de um ano após o diagnóstico e dentre os que continuam em acompanhamento médico, apenas metade deles (50%) tomam ao mínimo 80% dos medicamentos prescritos. Estudos isolados sobre adesão ao tratamento no Brasil apontam uma taxa de controle da pressão arterial muito baixa, em torno de 20 a 40%, com uma taxa de abandono crescente conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica (SBHA; SBC; SBN, 2010).

Em virtude da baixa adesão ao tratamento, em torno de 50% dos hipertensos não apresentam controle dos níveis pressóricos, sendo HAS a principal causa de consulta na atenção primária e nos demais níveis de atenção. Observando o controle dos níveis pressóricos, nos EUA 34% da população hipertensa apresentam sua PA não controlada, assim como se observa 51% no Canadá, 77% na Espanha e 62% na Inglaterra (SANTOS et al., 2013).

Giroto et al. (2013) ao realizar um estudo sobre Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da Hipertensão Arterial, observaram que dentre os entrevistados, a prática de atividade física foi relatada por apenas 29,6% e que destes apenas 17,7% referiram praticar rotineiramente. Quanto à dieta, 69,1% dos participantes relataram mudança na alimentação, principalmente relativa à redução no consumo de sal (84,2%), gorduras (36,2%) e doces (26%). No entanto, os autores ressaltaram que embora tenha sido observado um bom percentual de adesão relativa à dieta, as mudanças observadas foram dadas de acordo com a diminuição no consumo de determinados alimentos, mas não foi associado à mudança alimentar ao consumo de frutas, verduras e legumes. Quanto ao tratamento farmacológico, a não adesão total ou parcial foi observada em 41% dos usuários.

Resultados semelhantes quanto à adesão ao tratamento não farmacológico foram referidos no estudo acima citado, no qual foram relatados os achados de uma pesquisa realizada com hipertensos e/ou diabéticos no município de Francisco Morato (SP). Nesse município, foi identificado que dentre os indivíduos participantes, apenas 33,3% seguiam uma dieta adequada e 42,2% parcialmente adequada. Além disso, apenas 25% realizavam atividade física regular. Rufino, Drummond e Moraes (2012) discutem em seu estudo que a adoção de hábitos de vida saudáveis tem frequentemente falhado quando se remetem ao

seguimento em longo prazo, uma vez que requer a constância e a persistência por parte dos envolvidos.

Ao serem comparados os estudos quanto ao nível de adesão ao tratamento farmacológico, percebe-se grande variabilidade nos resultados apresentados, muitas vezes atribuídos à falta de homogeneidade nas metodologias utilizadas, que incluem diferentes áreas, populações de hipertensos, tempos de seguimento distintos, número de participantes e como a informação é coletada e sistematizada (GIROTTO et al., 2013). Desta forma, conforme trazem Santos et al. (2013), avaliar a adesão não se torna fácil em virtude dos vários aspectos envolvidos e da falta de uma padronização na metodologia a ser utilizada, o que dificulta ou limita a comparabilidade dos dados.

Santos et al. (2013) ao realizarem uma revisão sobre os principais métodos de aferição da adesão medicamentosa, destacam que a mesma pode ser realizada utilizando várias estratégias, que se classificam como métodos diretos e indiretos. O primeiro método compreende medidas séricas do medicamento, que apesar de possuir grande precisão nos resultados, apresentam em geral alto custo, sendo seu acesso mais restrito aos ambientes de pesquisa. Os métodos indiretos, por sua vez, são mais simples, apresentam menor custo e são em geral de fácil execução, podendo ser de grande utilidade à prática clínica. Dentre estes, se destacam o controle na dispensação dos medicamentos na farmácia, a contagem de comprimidos, o monitoramento eletrônico de doses e a aplicação de questionários estruturados (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2008; SANTOS et al., 2013).

Dentre os questionários utilizados para medir a adesão destacam-se os propostos por Haynes e Sacket e o de Morisky-Green de 4 itens. O primeiro é baseado em uma pergunta direcionada aos sujeitos a serem avaliados e o segundo tipo de questionário é composto por quatro questões, sendo ambos utilizados para medir a não adesão dos indivíduos (SANTOS et al., 2013). Por serem de baixo custo e de grande facilidade operacional, a aplicação de questionários tem sido bastante utilizada para medir o grau de adesão dos sujeitos, no entanto por terem baixa sensibilidade e baixo valor preditivo positivo, conforme aponta Santa Helena, Nemes e Eluf-Neto (2008), recomenda-se uma aplicação de combinação dos métodos para aumentar a sua acurácia.

A não adesão à terapêutica da HAS pressupõe um dos entraves para o alcance do controle dos níveis pressóricos. Além dos custos sociais gerados, pelo aumento dos gastos com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez (SANTOS, 2011), isso reflete nos riscos a saúde dos indivíduos pela elevada

possibilidade de desenvolvimento de complicações cardiovasculares e mortes causadas por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares associadas à HAS.

A não adesão pode ser considerada um fenômeno complexo e determinado por vários fatores, dos quais se podem citar: fatores relacionados aos indivíduos (características biológicas e socioculturais tais como: sexo, idade, etnia, história familiar estado civil, escolaridade e nível socioeconômico, profissão/ocupação, naturalidade, procedência e religião); a experiência da pessoa hipertensa com a HAS e o tratamento (que inclui aspectos relativos à cronicidade da doença e suas consequências, a ausência de sintomas, as crenças sobre a doença e o tratamento, os custos com o tratamento, os efeitos indesejados e os esquemas terapêuticos complexos); o acesso ao serviço de saúde; a participação familiar e o relacionamento da equipe de saúde com os indivíduos hipertensos (GUSMÃO; MION JR., 2006; SANTOS, 2011).

Conforme apontam as VI diretrizes brasileiras de hipertensão, vários determinantes estão implicados na não adesão ao tratamento, dos quais pode-se citar a(o):

- Falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica;
- Baixo nível sócio econômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa auto-estima;
- Relacionamento inadequado com a equipe de saúde;
- Tempo de atendimento prolongado, a dificuldade na marcação de consultas, a falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço;
- Custo elevado dos medicamentos e a ocorrência de efeitos indesejáveis;
- Interferência na qualidade de vida após início do tratamento.

Nesse sentido, observa-se que a problemática da não adesão é um processo multifatorial, que inclui aspectos relativos ao próprio indivíduo acometido, desde o seu (re)conhecimento e aceitação a uma nova condição de saúde e ao cultivo ou o desenvolvimento de hábitos e posturas que permitam viver com qualidade e consciência da necessidade do cuidado contínuo. A estes esforços somam-se os aspectos relativos ao sistema de saúde, como acesso aos serviços, o processo de atendimento ao usuário hipertenso e o apoio por parte da família e da equipe de saúde.

A família consiste em um importante suporte aos indivíduos, que pode estar envolvida em vários momentos da rotina dos sujeitos, desde as refeições e o lazer até aos cuidados com

a saúde dos mesmos, como o uso de medicamentos. Os cuidados realizados pelos familiares visam preservar a vida dos seus membros, que devem ser realizados de maneira adequada e de acordo com as possibilidades e as necessidades individuais de cada ser e as condições do meio que habitam (RUFINO; DRUMMOND; MORAES, 2012).

À equipe de saúde cabe atuar de forma integrada e comprometida, visando o cuidado dos sujeitos, com o objetivo de desenvolver atividades de prevenção e educação em saúde, bem como ações que visem o acompanhamento, o controle e o tratamento da HAS.

Dentre as atividades que fazem parte do processo de trabalho das equipes de saúde da família proposta pela Política nacional de atenção Básica (Portaria nº 2.488/2011), e que são importantes para acompanhamento e cuidado dos sujeitos pode-se destacar a(o):

- Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência;
- Realização do acolhimento com escuta qualificada, a classificação de risco, a avaliação de necessidade de saúde e a análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;
- Desenvolvimento de ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
- Provimento da atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;
- Realização da atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada;
- Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;
- Realização da atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, promovendo o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

O elenco de serviços desenvolvido pela equipe de saúde é também classificado por Starfield (2002) como uma das dimensões da atenção primária à saúde que implica que as unidades de atenção primária devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite. Isto inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e os encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), os serviços terciários, a internação domiciliar e outros serviços comunitários.

Conforme apontam Giroto et al. (2013), as equipes de saúde da família devem atuar de forma integrada quanto à abordagem da avaliação de risco, na adoção de estratégias de promoção a saúde e no atendimento aos hipertensos. A abordagem multiprofissional é de grande importância para o tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Dentre as atividades propostas pelo Ministério da Saúde para acompanhamento e cuidados dos sujeitos hipertensos pode-se citar: a promoção à saúde a partir de ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo; o treinamento de profissionais; e encaminhamento a outros profissionais, quando indicado; as ações assistenciais individuais e em grupo; e o gerenciamento do programa (BRASIL, 2006a).

Além do que, a participação de vários profissionais da saúde com uma abordagem multidisciplinar pode contribuir para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e o consequente aumento do controle da HAS (SBHA; SBC; SBN, 2010). As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão destacam algumas estratégias que podem ser desenvolvidas pela equipe de saúde para melhorar ou aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, conforme se discute a seguir:

- a) Educação em saúde com especial enfoque sobre conceitos de hipertensão e suas características;
- b) Orientações sobre os benefícios dos tratamentos, incluindo mudanças de estilo de vida;
- c) Informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidades de ajustes posológicos com o passar do tempo;
- d) Cuidados e atenções particularizadas em conformidade com as necessidades;
- e) Atendimento médico facilitado, sobretudo no que se refere ao agendamento de consultas.

Nesse sentido, a educação em saúde ganha destaque como uma estratégia que tem contribuído para o desenvolvimento de sujeitos autônomos quanto a mudanças de práticas e cuidados com a saúde. Os grupos de educação em saúde se apresentam como importantes ferramentas ao incentivo a adoção de novos comportamentos e melhoria dos níveis pressóricos, ou seja, a um melhor controle da HAS (OLIVEIRA et al., 2013).

A educação em saúde tem grande capacidade de transformação dos sujeitos, pois a partir do conhecimento adquirido, os mesmos tornam-se autônomos quanto às decisões de cuidados a sua saúde, tendo a opção de adotar ou não hábitos e práticas de vida saudáveis. A educação é uma atividade primordial na atenção básica, pois possibilita o desenvolvimento de atividades de promoção à saúde, que somado ao acompanhamento da pessoa portadora de hipertensão em parceria com a participação da família, possibilitará melhor adesão às condutas terapêuticas necessárias ao controle da HAS e com isso a melhor qualidade de vida aos indivíduos e a família (SANTOS, 2011).

## 2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Segundo definição proposta por Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação consiste essencialmente no julgamento de valor que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o propósito de auxiliar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou pode ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Conforme destaca Gaioso (2007) a avaliação é parte integrante e necessária do processo de planejamento e tomada de decisão, devendo ser utilizada para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades e programas, de forma a ser exercida por todos os envolvidos no planejamento e na execução das ações.

A avaliação também pode ser entendida como um processo participativo de interpretação parcial de cenários pré-delimitados (ou construídos) - inserido em uma realidade complexa, não-linear, permeada por relações de poder e fundamentado em sistematizações formais de análise - que visa explicitar situações para orientar ações e intervenções críticas no contexto sócio-histórico (BRASIL, 2005).

Andrade (2009) aponta que a avaliação de serviços, no campo da saúde pública, é uma área que adquire extrema relevância, pois permite escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços. Como componente da gestão em saúde, a avaliação tem

adquirido um importante reconhecimento que se revela nas diversas iniciativas voltadas para sua implementação nas variadas dimensões do SUS (BRASIL, 2005).

No que tange à atenção básica, a grande expansão da Estratégia de Saúde da família no Brasil, traz a necessidade da qualificação da atenção que está sendo oferecida à população. Neste sentido, conforme destaca Reis (2013), desenvolver mecanismos de avaliação da capacidade e do desempenho da ESF adquire importância, tanto no que diz respeito à consolidação das ações implementadas, como também para impulsionar o processo de discussão crítico reflexiva sobre a melhor forma de organização da atenção primária.

Conforme aponta Gaioso (2007), o Ministério da Saúde tem incentivado estudos no aspecto de avaliação, através das próprias políticas que valorizam o planejamento em saúde. Entretanto, no Brasil, os serviços de saúde ainda se deparam com dificuldades na prática cotidiana de avaliação, principalmente no que diz respeito aos aspectos metodológicos e operacionais. Neste contexto, destaca-se a necessidade e a importância do desenvolvimento e implementação de instrumentos apropriados e validados para avaliação em saúde, permitindo assim, a mensuração e a avaliação dos diversos aspectos relativos aos serviços, facilitando o processo de decisão e melhorando a atenção dada à população.

#### **2.4.1 Validação de instrumentos**

Atualmente com os crescentes avanços na pesquisa científica e a busca e interesse pelos cuidados à saúde, pesquisadores e entidades internacionais tem desenvolvido importantes instrumentos de avaliação em saúde que, como parte integrante da prática clínica, exercem importante influência nas decisões sobre o cuidado dos indivíduos, o tratamento e/ou as intervenções de programas de saúde e de políticas institucionais (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Bonin et al. (2014) destacam que os instrumentos de avaliação também são importantes recursos utilizados em programas de educação em saúde, pois possibilitam a determinação dos possíveis efeitos do processo ensino e aprendizagem, além de permitir mudanças de atitudes dos sujeitos sobre a doença abordada.

Embora sejam diversas as aplicações e os aspectos a serem avaliados, a utilização de instrumentos apropriados no setor saúde podem contribuir para a elaboração de estratégias que visem reverter ou minimizar o problema identificado e com isso melhorar a qualidade de vida dos sujeitos, fortalecendo as práticas do cuidado. Quando remetem a instrumentos utilizados no setor saúde, vários aspectos são mensurados, a saber: qualidade de vida, estado

de saúde, dor, capacidade funcional, adesão ao tratamento, fatores emocionais e psicossociais, vitalidade e limitações, entre outros (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

No entanto, embora exista hoje um número relativamente grande de escalas de avaliação ou questionários, muitos deles não são desenvolvidos e validados de forma apropriada (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Neste sentido, observa-se que em um número considerável de instrumentos disponíveis na literatura a avaliação das propriedades psicométricas não são consideradas (PILATTI; PEDROSO; GUTTIERZ, 2010).

A validação de instrumentos é um processo complexo e que não permite a sua generalização para toda e qualquer população. Um questionário, embora validado, tem a sua aplicabilidade limitada à populações com características similares a do estudo original (PAES et al., 2014).

Vale mencionar que, Coluci, Alexandre e Milani (2015) apontam que antes de se desenvolver novos instrumentos de mensuração em saúde, os pesquisadores tenham conhecimento dos instrumentos já desenvolvidos e validados, pois muitas vezes podem vir a ter a mesma finalidade ou atender ao mesmo propósito que um novo estudo deseje avaliar. O desenvolvimento integral de um novo instrumento é um processo complexo que envolve muitos recursos e requer o conhecimento de diversas áreas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

No estudo desenvolvido por Bonin et al. (2014) que teve por objetivo a construção e validação de um questionário de conhecimentos para pacientes com insuficiência cardíaca, a elaboração e a validação do instrumento proposto contemplou três etapas ou procedimentos: teórico, empírico e analítico. O primeiro procedimento engloba a fundamentação teórica à adaptação do construto elaborado. O segundo momento refere-se as técnicas de aplicação do instrumento (teste piloto) e a coleta de informações utilizadas na avaliação das suas propriedades. Por fim, o último procedimento, o analítico, compreende a validação do instrumento por meio de análises estatísticas. Esta última etapa foi avaliada por meio de análise fatorial exploratória, com análise dos componentes principais e rotação ortogonal, por meio do método Varimax. A consistência interna foi avaliada pelo alfa de Cronbach em todos os sujeitos do estudo, tomando por base o valor mínimo de 0,617.

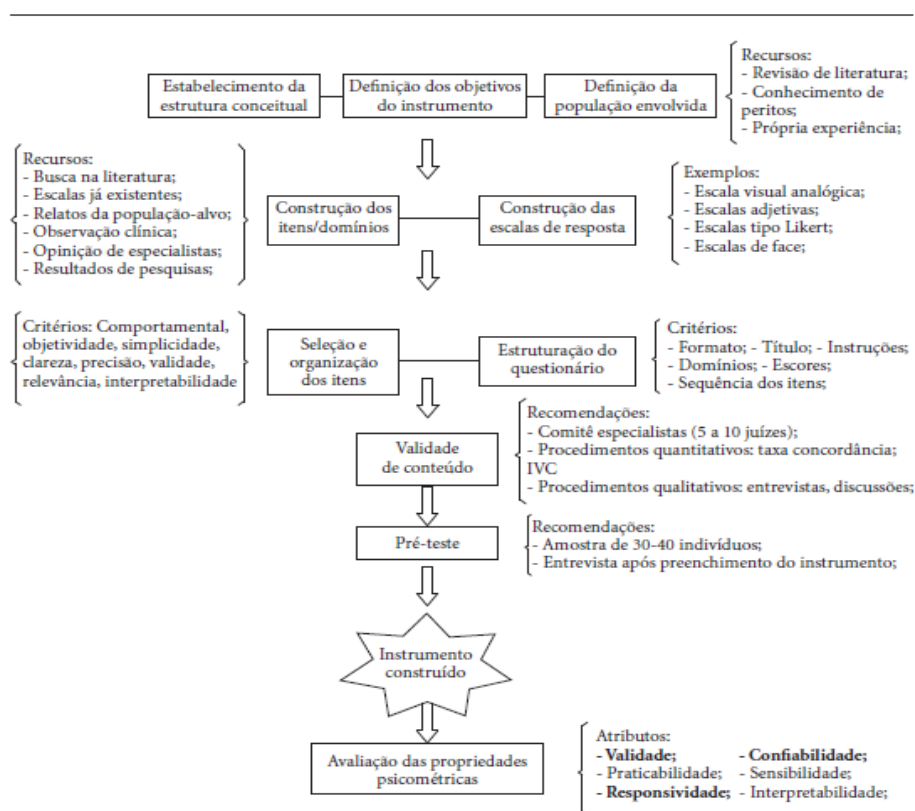
Coluci, Alexandre e Milani (2015) em seu estudo sobre a construção de instrumentos de medida na área da saúde, realizaram uma revisão narrativa sobre o processo de elaboração de novos instrumentos de medida, de forma que destacaram sete importantes etapas a serem seguidas e cumpridas na elaboração de questionários/instrumentos: I-estabelecimento da estrutura conceitual; II-definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; III-

construção dos itens e das escalas de resposta; IV-seleção e organização dos itens; V-estruturação do instrumento; VI-validade de Conteúdo; e VII-pré-teste. Na Figura 2.2 pode-se verificar de forma resumida, cada uma dessas etapas, com os recursos, critérios e/ou recomendações que geralmente são necessárias a cada uma delas.

Esse estudo não considerou a avaliação das propriedades psicométricas como etapa fundamental para o desenvolvimento de instrumentos, embora destaque a sua importância para a robustez dos resultados, a confiabilidade, a qualidade do instrumento e os resultados apresentados. Coluci, Alexandre e Milani (2015) ressaltaram que vários atributos podem ser testados no processo de avaliação das propriedades psicométricas, dos quais se pode citar: validade, confiabilidade, responsividade, praticabilidade, sensibilidade e interpretabilidade, sendo os três primeiros os mais utilizados.

Pilatti, Pedroso e Guttierz (2010) discutem em seu estudo sobre Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: Um debate Necessário, que a qualidade de um instrumento de avaliação é determinada por variáveis chamadas propriedades psicométricas, das quais a validade e a confiabilidade assumem destaque nos estudos.

**Figura 2.2:** Etapas do processo de desenvolvimento de instrumentos de medida e os recursos, critérios, recomendações e/ou atributos geralmente mais utilizados em cada etapa



#### *2.4.1.1 Validade de um Instrumento*

A validade é a capacidade de um instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado (PILATTI; PEDROSO; GUTTIERZ, 2010). Alexandre e Coluci (2011) apontam que, a validade verifica se o instrumento consegue medir exatamente aquilo a que se propõe ou ainda segundo Raymundo (2009), a validação é o processo que visa examinar a precisão de uma dada predição ou inferência realizada a partir dos escores de um teste.

Pilatti, Pedroso e Guttierz (2010) destacam em seu estudo a definição de validade proposta por Contradriopoulos et al. (1999), que é entendida como a capacidade de um instrumento medir o fenômeno em exame, isto é, verificar a adequação entre as variáveis estudadas e o conceito teórico a ser medido. Os estudos destacam que existem três tipos ou aspectos de validade: Validade de conteúdo, Validade de critério e Validade de Construto (PINHEDO, 2009; PILATTI; PEDROSO; GUTTIERZ, 2010; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI, ALEXANDRE, MILANI; 2015).

A validade de conteúdo diz respeito ao julgamento sobre o instrumento, ou seja, se o mesmo realmente avalia os diferentes aspectos do seu objeto e não possui elementos que possam ser atribuídos a outros objetos (RAYMUNDO, 2009). Para Pilatti, Pedroso e Guttierz (2010), a validade de conteúdo consiste no julgamento da proporção em que os itens selecionados possam medir uma construção teórica representando todas as facetas importantes do conceito a ser medido. Além disso, inclui a validade aparente do instrumento, ou seja, a coerência aparente entre o que se deseja medir e o instrumento de medida escolhido.

Em geral procedimentos estatísticos não são aplicados a este tipo de validade. Resultam do julgamento ou do parecer de diferentes examinadores, juízes ou especialistas, que analisam a representatividade dos itens em relação às áreas de conteúdo e a importância e relevância dos aspectos a serem avaliados (RAYMUNDO, 2009; PILATTI; PEDROSO; GUTTIERZ, 2010).

A validade de critério por sua vez, esta relacionada com a capacidade de o instrumento medir elementos relacionados a um determinado critério a que se tem interesse, geralmente um comportamento, de forma que se este critério está situado ou transposto para o futuro tem-se a validade preditiva, quando é contemporânea, ou seja, o instrumento e o critério são aplicados simultaneamente, tem-se validade concorrente (PILATTI; PEDROSO; GUTTIERZ, 2010).

A validade de construto refere-se à relação entre os conceitos teóricos e sua operacionalização (PILATTI, PEDROSO; GUTTIERZ, 2010), ou seja, demonstra que o

instrumento realmente mede aquilo a que se propõe medir (RAYMUNDO, 2009). Para este tipo de validação é aplicada uma série de estudos inter-relacionados envolvendo as construções teóricas e as variáveis a serem medidas, através de análises estatísticas (RAYMUNDO, 2009). Em grande parte dos estudos, esta etapa é realizada por meio de análise fatorial exploratória (BONIN et al., 2014; LANZA et al., 2014) e também confirmatória (PAES et al., 2014; SCATENA et al., 2015).

Esta técnica de análise tem por objetivo principal a definição da estrutura inerente entre as variáveis de análise, de forma que a análise fatorial exploratória (AFE) permite identificar a estrutura ou os agrupamentos das variáveis e/ou reduzir o conjunto de itens que compõem o instrumento a um tamanho que mantenha o máximo de informação possível. Já a análise fatorial confirmatória (AFC), tem por finalidade avaliar o grau em que os dados satisfazem a estrutura esperada, ou seja, é utilizada com um potencial de confirmar as estruturas de correlações estabelecidas pela análise fatorial exploratória (HAIR et al., 2009). A partir dos resultados obtidos pela análise fatorial os itens do questionário são agrupados em fatores.

#### *2.4.1.2 Confiabilidade de um Instrumento*

A confiabilidade dos instrumentos, outra propriedade psicométrica importante, é a capacidade de um instrumento medir fielmente um fenômeno (PILATTI; PEDROSO; GUTTIERZ, 2010), ou reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço ou com diversos observadores (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Para Hair et al. (2009), a confiabilidade trata-se da avaliação do grau de consistência entre múltiplas medidas de uma variável. Procedimentos diversos podem ser utilizados para a avaliação desta propriedade, dentre os quais: a estabilidade (confiabilidade teste-reteste, confiabilidade inter-observadores ou intraobservadores) e a consistência interna (homogeneidade) (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A consistência interna, medida mais comumente utilizada para medir a confiabilidade de instrumentos, avalia a consistência entre as variáveis em uma escala múltipla (HAIR et al., 2009). Entre as medidas diagnósticas, a mais comumente utilizada é o coeficiente alfa de Cronbach, cujo limite geralmente aceito é de 0,70 (limite inferior), podendo ser reduzido para 0,60 no caso da pesquisa exploratória (HAIR et al., 2009). Pilatti, Pedroso e Guttierz (2010) afirmam que os fatores que podem vir a influenciar a consistência interna de um instrumento são: o número de itens, o tempo de aplicação do instrumento e a amostra de indivíduos

avaliados de forma que estes fatores devem ser considerados ao desenvolver e validar um instrumento.

#### 2.4.1.3 Instrumentos referentes à HAS

Dentre os estudos voltados a validação de instrumentos referentes ao tratamento da HAS, destacam-se vários trabalhos que tem por objetivo desenvolver e validar instrumentos voltados para avaliar o aspecto de adesão ao tratamento. Numa perspectiva mais ampla de avaliação dos serviços de saúde, destaca-se o estudo desenvolvido por Paes et al. (2014) que teve por objetivo a validação de um instrumento desenvolvido para avaliar o grau de satisfação de hipertensos adultos com os serviços de atenção primária no Brasil. Este instrumento foi baseado e construído a partir de uma adaptação do *Primary Care Assessment Toll* (PCATool), que tem por finalidade avaliar os aspectos críticos e a qualidade global do processo de Atenção Primária a Saúde. Esse instrumento foi adaptado e validado por Paes et al. (2014) para a utilização com indivíduos portadores de hipertensão arterial.

Tal instrumento permite avaliar um conjunto de aspectos relativos à satisfação dos usuários com a qualidade dos serviços oferecidos pela atenção básica ao hipertenso. Nesse sentido, oito dimensões foram validadas: saúde do caso confirmado de HAS; acesso ao diagnóstico; acesso ao tratamento; adesão/vínculo; elenco de serviços; coordenação; enfoque na família e orientação para a comunidade.

A satisfação dos usuários quanto ao serviço prestado é um importante indicador de avaliação dos serviços de saúde, uma vez que permite não só avaliar a qualidade da atenção, mas também se relaciona a fatores como a melhora na adesão ao tratamento, a relação médico-paciente e a maior adequação no uso do serviço (ZILS et al., 2009).

Desta forma, entendendo que a satisfação do usuário pode ser um importante indicador da qualidade dos serviços prestados e que pode estar diretamente relacionado ao comportamento dos sujeitos, este estudo visa a partir do instrumento adaptado e validado por Paes et al. (2014) propor e validar um instrumento com foco no tratamento da HAS. Assim, permitirá que se avalie a satisfação dos usuários com os aspectos relacionados ao tratamento da HAS disponibilizados nos serviços de atenção primária á saúde e com isso contribuir tanto para a avaliação do processo de trabalho das equipes de saúde como também para a elaboração de estratégias que visem melhorar o cuidado e o acompanhamento dos sujeitos, a efetividade do tratamento com o consequente controle da doença e o aumento da qualidade de vida dos hipertensos.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, realizado a partir de um recorte de informações do estudo original desenvolvido por Paes (2009) 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”. Tal projeto foi desenvolvido junto ao Laboratório de Estudos Demográficos do Departamento de Estatística da Universidade Federal da Paraíba, sob patrocínio do CNPq com o Edital MCT/CNPq n.º 67/2009.

O estudo multicêntrico foi proposto para ser realizado nos municípios de João Pessoa/PB, Campina Grande/PB e Natal/RN. No entanto, neste trabalho, apenas foram considerados os municípios paraibanos: João Pessoa e Campina Grande, já que para Natal/RN o estudo não foi concluído.

Para este estudo foi utilizado o instrumento adaptado e validado por Paes et al. (2014), de forma que foram considerados todos os itens que se referem ao tratamento da Hipertensão Arterial, sendo os mesmos distribuídos em três domínios pré-estabelecidos para análise e validação: acesso ao tratamento, adesão e elenco de serviços disponibilizados para tratamento da HAS.

#### 3.2 CENÁRIOS DE ESTUDO

O município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, apresenta uma população de 723.515 habitantes segundo o último Censo Brasileiro do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado no ano de 2010, com uma população estimada de 780.730 habitantes para o ano de 2014. Cerca de 45,7% da população da capital paraibana possui a faixa etária entre 14 a 39 anos, sendo portanto, uma população predominantemente de jovens-adultos. Sua área total de abrangência é de 211,475 km<sup>2</sup> com densidade demográfica de 3.421,28 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

João Pessoa 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.

A capital paraibana é o principal centro financeiro e econômico do estado, representando 30,7% da economia paraibana, possuindo em 2010 o maior índice de desenvolvimento humano do Estado, com 0,763 (IBGE, 2011). A renda mensal de aproximadamente 21% dos domicílios é de um salário mínimo, sendo que a população economicamente ativa (PEA) representa 52,3% da população total. Os setores da indústria de transformação e da construção civil empregam 3,4% da população, enquanto os setores de comércio e serviços respondem por 62,8%. Os desempregados representam 22,5% da PEA (IBGE, 2000).

No setor da saúde, o município de João Pessoa é organizado sob a forma de cinco distritos sanitários, dentre os quais está montada uma rede de atenção à saúde, composta por Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Centro Especializados e de Atenção Integral a saúde e uma rede hospitalar. No ano de 2009, João Pessoa possuía 180 equipes de saúde da família, correspondendo a uma cobertura de 89% da população total de 623.787 habitantes, tendo um registro de 43.953 hipertensos adultos cadastrados (PAES, 2009)

Campina Grande é a segunda cidade mais populosa do estado da Paraíba, com uma população de 385.213 habitantes segundo dados do IBGE 2010, com uma população estimada para 2014 de 402,912 habitantes. Sua região metropolitana é formada por 23 municípios e possui uma população estimada em 687.545 habitantes, sendo a maior zona metropolitana do interior nordestino.

A cidade localiza-se no interior do estado da Paraíba, no agreste paraibano, na parte oriental do Planalto da Borborema, na serra do Boturité/Bacamarte, estando situada a uma altitude média de 555 metros acima do nível do mar. A área do município abrange 594,182 km<sup>2</sup> com uma densidade demográfica de 648, 31 hab/km<sup>2</sup> e possuía um índice de desenvolvimento humano em 1991 de 0,476, subindo para 0,720 em 2010 (IBGE, 2010).

Quanto ao setor da saúde, Campina Grande está dividida em seis distritos sanitários que vão compor a sua rede de saúde. Em 2009 possuía 70 equipes de saúde na área urbana com uma cobertura da ESF no município correspondente a 71% do total populacional de 376.060 habitantes, com um número de hipertensos adultos cadastrados neste ano de 17.658 indivíduos (PAES, 2009).

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Considerou-se para este estudo os achados desenvolvidos por Paes (2009). Para tanto, considerou-se a população de hipertensos adultos cadastrados no HIPERDIA no ano de 2009, nos municípios de João Pessoa e Campina Grande. Conforme já especificado na seção anterior, a partir de dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), o município de João Pessoa possuía em 2009 um total de 43.953 hipertensos cadastrados, com um total de 180 equipes de saúde da família distribuídas nos cinco distritos sanitários. Já Campina Grande, possuía no mesmo ano, 17.658 hipertensos cadastrados com 70 equipes de saúde na área urbana. Por se tratar de um levantamento epidemiológico de base populacional, foi necessário extrair uma amostra representativa da população dos dois municípios, de forma que o estudo permitisse realizar inferências sobre a composição e a dinâmica das populações estudadas (ANDRADE, 2009).

A amostra foi obtida através de um processo de amostragem probabilístico por conglomerados em duas etapas sucessivas com probabilidade proporcional de tamanho nos dois municípios em estudo. No entanto, no processo inicial da pesquisa foi realizada uma amostra piloto em João Pessoa, a partir de uma seleção aleatória de uma unidade de saúde em cada um dos Distritos Sanitários do município e dez hipertensos em cada unidade, com o objetivo de calcular e obter a prevalência de hipertensos a ser utilizada na amostra. As unidades de saúde sorteadas com os seus respectivos DS, foram: Cruz das Armas (Distrito I); Geisel III (Distrito II); Valentina IV (Distrito III); Cordão Encarnado I (Distrito IV); e Castelo Branco III (Distrito V).

Os resultados obtidos a partir da pesquisa piloto demonstraram grande variação dos dados entre as unidades de saúde investigadas, de forma que se optou por utilizar a prevalência obtida através SIAB, já referido acima. Em uma primeira etapa, procedeu-se uma seleção auto ponderada e sistemática das 180 unidades de saúde de João Pessoa, resultando em 36 equipes (conglomerados), proporcional ao tamanho do distrito sanitário.

Em uma segunda etapa, foi realizada a seleção de hipertensos de forma aleatória e ponderada, selecionando o mesmo número de indivíduo em cada conglomerado, ou seja, dez indivíduos por conglomerado, com o valor de saltos de 1221, calculado pela razão do total de hipertensos cadastrados no Hiperdia (43.953), pelo número de conglomerados selecionados (36 equipes de saúde). Assim, a partir da listagem fornecida pelo SIAB em ordem decrescente pelo número do cadastro, sorteou-se um número casual inicial a partir da função de número aleatório do Sistema Microsoft EXCEL, que gerou o valor 1030, sendo então esse o primeiro

elemento de estudo, seguindo o salto a cada 1221 elementos. Assim, o conglomerado que possuiu o elemento 1030 foi o primeiro a ser selecionado.

O tamanho da amostra em João Pessoa foi realizado com base na amostragem casual simples, considerando o parâmetro de sucesso  $p=0,119$ ,  $N= 43953$ , o nível de confiança de 95% e a margem de erro amostral  $\varepsilon = 0,035$  (3,5%), resultando em uma amostra de 327 hipertensos para o município de João Pessoa. A fórmula para o cálculo do tamanho de amostra  $n$  foi dada por:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p) \cdot N}{\varepsilon^2 \cdot (N-1) + z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p)} \quad (1)$$

Uma amostra de 33 (9,17%) elementos foi acrescentada para ajuste na divisão das unidades e para sobrepor futuras perdas. Assim, a amostra total foi composta por 360 indivíduos. Após algumas perdas durante as entrevistas, a amostra final correspondeu a 343 hipertensos. O plano amostral baseou-se na escolha do método de amostragem por conglomerado, uma vez que o município está distribuído por distritos sanitários, com área de atuação bem delimitada, o que favoreceu o processo desse tipo de amostragem.

Para Campina Grande foi utilizado o mesmo procedimento de amostragem em duas etapas sucessivas, de forma que foram selecionados inicialmente 30 conglomerados a partir das 70 unidades de saúde distribuídas nos seis distritos sanitários. O sorteio dessas equipes de saúde ocorreu a partir da divisão do total de cadastros (17.658) dividido pelo número de conglomerados (30), obtendo-se um valor de 589. Também se utilizou a função de número aleatório Microsoft Excel, o que gerou a posição 34, e em seguida a equipe de saúde com indivíduo 623, seguindo o ciclo a cada 589 elementos.

Posteriormente, em uma segunda etapa, foi selecionada a amostra de hipertensos de forma aleatória e ponderada. Foi utilizado o parâmetro de sucesso com prevalência  $p=0,159$ , o nível de confiança de 95% e a margem de erro amostral máximo  $\varepsilon = 0,035$  (3,5%) e um  $N=17658$ , obtendo uma amostra no total de 411 hipertensos, de forma que foram acrescentados 9 indivíduos (1,91%) resultando em uma amostra final de 420 hipertensos. Após identificar algumas perdas (mudança de endereço, óbitos, etc.) a amostra resultou em 382 hipertensos.

Para o presente estudo, foram considerados os dados obtidos no ano de 2009 pela amostra representativa obtida por Paes (2009), tanto do Município de João Pessoa como Campina Grande, resultando em uma amostra total de 725 indivíduos.

### 3.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

O estudo tomou por base o instrumento validado por Paes et al. (2014) que teve por objetivo avaliar o grau de satisfação de hipertensos adultos com o controle da hipertensão no contexto da atenção primária a saúde no Brasil. O instrumento validado por Paes et al. (2014) teve por referência o instrumento adaptado por Villa e Ruffino-Neto (2009) para o estudo sobre tuberculose, que por sua vez teve como referência o instrumento validado no Brasil por Almeida e Macinko (2006), em um estudo desenvolvido para a avaliação da rede básica do município de Petrópolis/RJ.

Esses instrumentos foram baseados no *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), um instrumento que mede a qualidade de atributos específicos e a qualidade global do processo de APS, de forma que foi desenvolvido para avaliar os aspectos críticos relacionados à atenção primária em países industrializados, desenvolvido pela Universidade de Johns Hopkins propostos por Starfield (2002).

A primeira parte do instrumento validado por Paes et al. (2014) é destinada às informações secundárias, com blocos de perguntas de A a E, os quais extraem informações do formulário Hiperdia (ANEXO 1) e dos prontuários (ANEXO 2) dos selecionados para compor a amostra. Dados referentes à informações sociodemográficas, aos dados antropométricos, aos fatores de riscos e as doenças concomitantes são coletadas nesta parte do instrumento.

A segunda parte deste instrumento apresenta um total de 45 itens (ANEXO 3), de forma que oito dimensões foram validadas: A - saúde do caso confirmado de HAS; B- acesso ao diagnóstico; C - acesso ao tratamento; D - adesão/vínculo; E - elenco de serviços; F- coordenação; G - enfoque na família e H - orientação para a comunidade. Os dados correspondentes a cada uma das dimensões foram coletados a partir de entrevistas com os usuários, sendo cada dimensão categorizada em uma escala de possibilidades pré-estabelecidas, chamada escala do tipo Likert.

A escala do tipo Likert objetiva quantificar de forma numérica a mensuração a partir de uma avaliação de vários itens, em que a resposta mais favorável recebe o valor mais alto da escala e a mais desfavorável recebe o valor mais baixo. Cada pergunta possui seis opções de resposta, as quais são: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 –

Sempre; 0 – Não se aplica; De acordo com as dimensões e as perguntas realizadas a escala pode mudar de escores, onde: 1- Sempre; 2- Quase sempre; 3- Às vezes; 4- Quase Nunca; 5- Nunca. No caso da coleta das respostas, em que houve “recusa” e “não sabe”, foram codificadas na análise como valores em branco (i.e. como “missing”).

A coleta dos dados foi realizada no período de 01 de novembro de 2009 a 31 de maio de 2010. Para realização das entrevistas, foi formado um grupo de pesquisadores, representado por alunos dos cursos da área de saúde, que passaram por um treinamento tanto no que se refere à aplicação dos questionários como para a coleta dos dados secundários, além de serem treinados para a mensuração da pressão arterial. Os prontuários e as fichas do Hipertensão dos indivíduos selecionados foram revisados e com transcrição das informações de interesse. Para as entrevistas, os agentes de saúde responsáveis pela área de adscrição dos indivíduos hipertensos participantes foram previamente contatados para o agendamento e a realização domiciliar das entrevistas.

Para o presente estudo, um novo instrumento foi proposto a partir do instrumento adaptado e validado por Paes et al. (2014), de forma que foram selecionados todos os itens que se referem ao tratamento da Hipertensão Arterial e os mesmos distribuídos em três domínios pré-estabelecidos para análise e validação: acesso ao tratamento, adesão e elenco de serviços disponibilizados para tratamento da HAS (APÊNDICE A). Os dados correspondentes aos itens selecionados foram organizados em uma planilha eletrônica (Microsoft Office Excel 2007) e posteriormente analisados por meio do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0.

### 3.5 ESTRATÉGIAS ANALÍTICAS PARA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

O processo de validação do instrumento proposto foi realizado em duas etapas sucessivas: a primeira constituída pela validação dos domínios propostos e pela representação dos itens que compuseram cada construto através da consulta aos especialistas da área em questão; e a segunda etapa foi constituída pela validação do instrumento por meio de análises estatísticas, através da análise fatorial exploratória, análise da consistência interna do instrumento e por último, a análise fatorial confirmatória.

### **3.5.1 Validação dos domínios e representatividade dos itens selecionados para o instrumento**

Para esta etapa foram selecionados cinco especialistas da área em que se trata o estudo, para uma avaliação qualitativa do instrumento 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: acesso ao tratamento, adesão ao tratamento e elenco de serviços disponibilizados para tratamento da HAS. Cada um dos especialistas selecionados recebeu um convite por via eletrônica (APÊNDICE B) que explicava os objetivos do estudo, a metodologia proposta para validação do instrumento, bem como a importância e contribuição da participação de cada um para o estudo. Vale mencionar que, foi destacado que a participação era voluntária, dando um prazo para que fosse comunicado a decisão quanto à participação.

Posteriormente, foi encaminhado por via eletrônica a cada um dos especialistas, instruções específicas sobre o procedimento de análise do instrumento (APÊNDICE C), orientando-os para o preenchimento do formulário de avaliação do instrumento com foco no tratamento da HAS (APÊNDICE D). Tais orientações e o formulário proposto para avaliação foram baseados em um modelo proposto por Coluci, Alexandre e Milani (2015) em seu estudo intitulado “Construção de instrumentos de medida da área da saúde”. 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, a opinar se os itens realmente pertenciam ao domínio correspondente, bem como propor a inclusão de itens que estavam contemplados no instrumento validado por Paes et al. (2014), mas que não foram considerados no instrumento proposto.

A partir das etapas estabelecidas, os especialistas emitiram seu julgamento para cada um dos domínios analisados, utilizando critérios para julgamento e resultado final da avaliação.

Para análise do julgamento dos especialistas, foi considerada a taxa de concordância dos mesmos com os critérios analisados, conforme abordado por Coluci, Alexandre e Milani (2015), através da seguinte fórmula:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de participantes que concordaram}}{\text{número total de participantes}} \times 100$$

Para cada etapa analisada, foi considerada como resultado final: “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%, foi analisada as sugestões e as adequações sugeridas por cada especialista. Para cada uma das sugestões realizadas, utilizou-se como critério para avaliação:

- 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;
- A inclusão de itens nos domínios sugeridos advindos do instrumento validado por Paes et al. (2014), mas que não foram considerados no instrumento proposto, ou de itens presentes em outros domínios, mas que pela análise dos especialistas foram excluídos do domínio inicialmente proposto, foram consideradas quando o item foi sugerido por um número igual ou superior a 25% dos especialistas.

Considerando a avaliação de tais critérios, obteve-se uma nova versão do instrumento a partir das adequações sugeridas pela análise dos especialistas, a qual foi considerada para a próxima etapa do estudo: a validação estatística do instrumento.

### **3.5.2 Validação estatística do instrumento**

Conforme apontam Paes et al. (2014), as análises estatísticas servem para avaliar a congruência entre as medidas teóricas e os resultados empíricos encontrados, compreendendo a estrutura correlacional das dimensões de um instrumento. Para esta etapa, utilizou-se para

análise dos dados: a análise fatorial exploratória, a análise da consistência interna do instrumento e por último, a análise fatorial confirmatória.

### 3.5.2.1 *Análise fatorial exploratória e Análise da consistência interna do instrumento*

A análise fatorial exploratória é utilizada quando se deseja definir a estrutura de um conjunto de variáveis ou como um método de redução de dados (HAIR et al., 2009). Conforme destaca Silva (2011), a AFE permite detectar padrões nas variáveis visando descobrir novos conceitos e obter uma possível redução de dados.

Para Damásio (2012) a AFE pode ser definida como um conjunto de técnicas multivariadas que tem por objetivo determinar a estrutura subjacente em uma dada matriz de dados e o número das variáveis latentes (fatores) que melhor irão representar o conjunto de variáveis observadas. Assim, a AFE pode ser muito útil, fornecendo importantes informações a respeito da estrutura multivariada de um instrumento de mensuração, identificando os construtos estabelecidos (FIGUEIREDO; SILVA, 2010).

De forma operacional, alguns requisitos precisam ser satisfeitos para a realização da AFE. Nesse sentido, Figueiredo e Silva (2010) destacaram três etapas importantes para a realização da análise fatorial, conforme mostra a Tabela 3.1.

**Tabela 3.1:** Planejamento da análise fatorial em três estágios

<b>Etapas</b>	<b>Procedimentos</b>	<b>O que deve ser observado</b>
<b>1ª Etapa</b>	Verificar a adequabilidade da base de dados	Nível de mensuração das variáveis, tamanho da amostra, razão entre o número de casos e a quantidade de variáveis e o padrão de correlação entre as variáveis.
<b>2ª Etapa</b>	Determinar a técnica de extração e o número de fatores a serem extraídos.	O tipo de extração (componentes principais, fatores principais, fatoraçoão por imagem; fatoraçoão por verossimilhança máxima; fatoraçoão alfa; mínimos quadrados não ponderados; mínimos quadrados).
<b>3ª Etapa</b>	Decidir o tipo de rotação dos fatores	Rotaçoão ortogonal (Varimax, Quartimax, Equimax) Rotaçoão oblíqua (direct oblimin, Promax).

Fonte: Figueiredo e Silva, 2010.

Na 1ª Etapa no que se refere à natureza das variáveis a serem utilizadas na AFE, Hair et al. (2009) destacam que o requisito principal é que um valor de correlação pode ser

calculado entre todas as variáveis, de forma que as variáveis métricas serão facilmente medidas por vários tipos de correlação. Embora alguns métodos especializados permitam o cálculo entre as variáveis não métricas, torna-se mais prudente evitar este tipo de variável quando se deseja realizar análise fatorial. Em relação ao tamanho da amostra, os autores supramencionados sugerem que a amostra deverá ser superior a 50 observações, sendo aconselhável no mínimo 100 casos para assegurar resultados mais robustos. Como regra geral, recomenda-se ter cinco vezes mais observações ou número de casos em relação ao número de variáveis a ser analisadas.

No que diz respeito ao padrão de correlação das variáveis envolvidas, a matriz de correlação deve exibir grande parte dos coeficientes com valor acima de 0,30 (FIGUEIREDO; SILVA, 2010). Dentre as medidas de adequação mais utilizadas destacam-se o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Esfericidade de Bartlett (BTS), que, conforme aponta Silva (2011), essas medidas identificam qual é o grau de suscetibilidade ou o ajuste dos dados à análise fatorial. Assim, a partir da análise destas medidas, pode-se avaliar o nível de confiança dos dados para que seja empregada com sucesso a análise fatorial (SILVA, 2011; HAIR et al., 2009).

O índice KMO é uma medida que examina o ajuste dos dados e com isso sugere se a aplicação da AFE é indicada ao conjunto dos dados (DAMÁSIO, 2012). Seus valores variam de 0 a 1, sendo que quanto mais alto este valor melhor será, pois indica que as correlações parciais são muito pequenas e a análise fatorial é um método adequado para o tratamento dos dados e valores menores que 0,5, indicam a inadequação do método (SILVA, 2011). Para Hair et al. (2009), esta medida pode ser interpretada como:  $\geq 0,80$  admirável;  $\geq 0,70$  mediano;  $\geq 0,60$  medíocre;  $\geq 0,50$  ruim e  $<0,50$  inaceitável.

O teste de esfericidade de Bartlett, por sua vez, tem por finalidade testar a hipótese nula ( $H_0$ ) de que a matriz de correlação é similar a uma matriz identidade, ou seja, todos os elementos da diagonal principal são iguais a um e os demais valores igual à zero. Utilizando um nível de significância de 5%, a hipótese nula pode ser rejeitada para valores de significância menores que 0,05, ou seja, um *p-valor*  $< 0,05$  indica que a matriz é favorável, rejeitando a hipótese nula de que a matriz de dados é similar a uma matriz-identidade (DAMÁSIO, 2012).

A 2ª Etapa proposta para realização da AFE é determinada pela escolha da técnica de extração dos fatores e o número de fatores a serem extraídos. Quanto ao primeiro procedimento, este pode ser realizado a partir de dois métodos: à análise de fatores comuns e à análise de componentes principais, sendo este último, o método empregado para este estudo.

Segundo Hair et al. (2009), em termos práticos, a análise de componentes principais é o método padrão típico da maioria dos programas estatísticos, sendo seu uso mais apropriado quando se deseja prioritariamente a redução de dados a um número mínimo de fatores, considerando a variância total e derivando fatores que contêm pequenas proporções de variância única. Em termos práticos, esses mesmos autores destacam que quando o número de variáveis é superior a 30 ou quando as comunalidades excederem 0,60 para grande parte das variáveis, os dois métodos irão produzir resultados semelhantes.

Quanto ao método de extração dos fatores, este tem por objetivo determinar a quantidade de fatores que melhor irão representar o grau de correlação entre as variáveis observadas, sendo a melhor solução àquela que identifica um número mínimo de fatores que consegue maximizar a quantidade de variância total explicada (FIGUEIREDO; SILVA, 2010). Embora ainda inexista um critério para decidir o número de fatores a serem extraídos, alguns métodos tem sido utilizado por auxiliarem nesta decisão, dentre estes se destacam: o critério de Kaiser e o *Scree test* também chamado critério de Catell. Na Tabela 3.2 estão descritas as principais informações sobre estes dois métodos.

**Tabela 3.2:** Principais Características do Critério de Kaiser e Catell

<b>Principais características de cada um dos métodos</b>	
<b>Critério de Kaiser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método que sugere que devem ser extraídos apenas os fatores com autovalor acima de um;</li> <li>• Fatores com autovalores menores que 1 são considerados insignificantes e devem ser descartados;</li> <li>• Esse método é mais confiável quando se utiliza entre 20 e 50 variáveis.</li> </ul>
<b><i>Scree test</i> (Critério de Catell)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisa graficamente a relação dos autovalores e do número de fatores, de forma que a curva resultante é usada para avaliar o ponto de corte.</li> </ul>

Fonte: Hair et al., 2009.

Por fim, na 3ª Etapa, a rotação dos fatores, tem como objetivo principal tornar os resultados mais facilmente interpretáveis, conservando as propriedades estatísticas dos dados (FIGUEIREDO; SILVA, 2010). Para Hair et al. (2009), ao rotacionar a matriz fatorial, busca-se redistribuir a variância dos primeiros fatores para os últimos, a fim de atingir um padrão fatorial mais simples e teoricamente mais significativo.

Dois tipos de rotação são identificados: ortogonal e oblíqua. As rotações ortogonais são mais simples (rotação no qual os eixos são mantidos a 90 graus), além do que são mais amplamente usadas, uma vez que são mais difundidas nos pacotes computacionais do que a rotação oblíqua. Destacam-se três tipos de rotação ortogonal: Quartimax, Varimax e Equimax, sendo a Varimax a mais amplamente utilizada. Para este estudo, foi utilizada a rotação do tipo Varimax, pois segundo destaca Mingoti (2005), através desta técnica procura-se determinar para cada fator, um grupo de variáveis originais padronizadas altamente correlacionadas com o fator e um grupo de variáveis que tenham correlação desprezível ou moderada com o fator.

Na interpretação fatorial torna-se importante a análise das cargas fatoriais. A carga fatorial representa a correlação entre uma variável original e seu fator, ou ainda o grau de correspondência entre a variável e o fator. Uma carga fatorial na faixa de  $\pm 0,30$  a  $\pm 0,40$  é considerada como nível mínimo para a interpretação da estrutura; a carga fatorial de  $\pm 0,50$  ou maiores é considerada como significantes; e cargas maiores 0,70 indicam uma estrutura bem definida (HAIR et al., 2009). Estes mesmos autores também destacam o ajuste baseado no número de variáveis, na qual à medida que o número de variáveis aumenta, o nível aceitável para considerar uma carga significativa diminui, conforme se observa na Tabela 3.3.

**Tabela 3.3:** Diretrizes para identificação de cargas fatoriais significantes com base no tamanho da amostra

<b>Carga Fatorial</b>	<b>Tamanho da amostra necessária para significância</b>
0,30	350
0,35	250
0,40	200
0,45	150
0,50	120
0,55	100
0,60	85
0,65	70
0,70	60
0,75	50

**Fonte:** Hair et al., 2009.

A comunalidade de uma variável, outra medida a ser avaliada, representa a quantia de variância explicada pela solução fatorial. Para Hair et al. (2009), devem ser identificadas todas as variáveis com comunalidades menores que 0,50 como não tendo explicação suficiente. Assim, alguns pressupostos precisam ser atendidos e satisfeitos para que a análise

fatorial possa ser realizada de forma adequada. Na Tabela 3.4, as informações foram sintetizadas de forma a indicar as etapas necessárias à realização da AFE.

**Tabela 3.4:** Requisitos básicos para a realização da análise fatorial exploratória

<b>Requisitos atribuídos a AFE</b>	<b>Características principais</b>
Amostra	Amostras mínimas entre 50 e 100 casos; razão entre o número de observações e a quantidade de variáveis igual ou superior a cinco.
Correlação	Maior parte dos coeficientes de correlação deve apresentar valores acima de 0,30.
KMO	Quanto maior melhor, tendo 0,50 como o patamar mínimo de adequabilidade.
BTS	$p < 0,05$
Método de extração	Mais utilizado: Componentes principais.
Método de rotação	Ortogonal e oblíqua, sendo os métodos de rotação Ortogonal mais utilizados com destaque para a rotação VARIMAX.
Avaliação dos escores fatoriais	$\pm 0,30$ (baseado no tamanho da amostra para significância).
Avaliação das comunalidades	Maiores que 0,50

**Fonte:** Adaptado de Silva, 2011.

A consistência interna, outra propriedade a ser avaliada no instrumento em questão, avalia o grau de consistência entre as variáveis em uma escala múltipla, podendo ser avaliada, segundo Hair et al. (2009), através da avaliação da correlação item-total e da correlação entre itens. Estes mesmos autores sugerem que a primeira medida deva exceder 0,50 enquanto que a correlação inter-itens deve exceder 0,30. Outra medida apontada e mais amplamente usada é o coeficiente alfa de Cronbach, que é baseado nas covariâncias entre os itens individuais de uma escala e o número de itens, podendo seus valores estar situados entre 0 e 1 (PAES et al., 2014). O limite geralmente aceito é de 0,70 (limite inferior), podendo ser reduzido para 0,60 no caso da pesquisa exploratória (HAIR et al., 2009). Para este estudo, adotou-se por analisar o coeficiente alfa de Cronbach, identificando a consistência interna do instrumento geral e distribuídos pelos fatores extraídos. Vale ressaltar que, a análise fatorial confirmatória também é uma maneira de avaliar a confiabilidade do constructo.

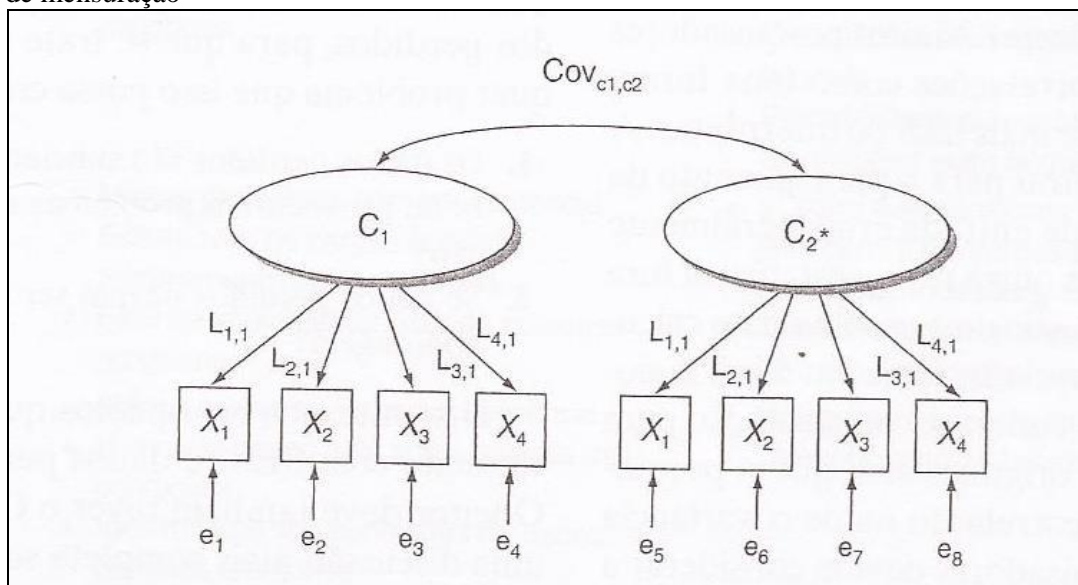
### 3.5.2.2 Análise Fatorial Confirmatória

A Análise fatorial confirmatória é uma técnica multivariada de análise utilizada como um teste confirmatório da estrutura esperada, ou seja, a partir da AFC hipóteses são testadas para confirmar se a estrutura fatorial pré-estabelecida se adequa aos dados observados. A

AFC é uma técnica utilizada para fornecer um teste confirmatório da teoria de mensuração, permitindo confirmar ou rejeitar uma teoria pré-concebida. A teoria de mensuração especifica uma série de relações que sugerem como variáveis medidas representam um construto latente que não é diretamente medido, ou seja, a teoria de mensuração especifica como variáveis medidas representam lógica e sistematicamente construtos envolvidos em um modelo teórico (HAIR et al., 2009).

De uma forma geral, a teoria de mensuração é representada por diagramas visuais também chamados de diagramas de caminho. Os caminhos do construto latente para os itens medidos são mostrados com setas. Cada caminho representa uma relação ou uma carga que deve existir, com base na teoria de mensuração. Na AFC apenas as cargas que teoricamente conectam um item medido são calculadas (HAIR et al., 2009). Na Figura 3.1 pode-se observar um exemplo da representação visual (diagrama de caminhos) de um modelo de mensuração.

**Figura 3.1:** Exemplo da representação visual (diagramas de caminhos) de um modelo de mensuração



**Fonte:** Hair et al. (2009).

(\*) Nota de Retificação de Texto: A notação correta das quatro cargas fatoriais correspondente ao segundo construto ( $C_2$ ) é:  $L_{1,2}$ ,  $L_{2,2}$ ,  $L_{3,2}$  e  $L_{4,2}$ .

Onde:  $Cov_{c_i}$  corresponde a uma estimativa de correlação entre os construtos estabelecidos, no exemplo representado por  $C_1$  e  $C_2$ ,  $L_{ij}$  que corresponde às cargas fatoriais estimadas de cada variável;  $X_i$  que representa as variáveis medidas no modelo; e  $e_i$  os erros estimados.

A partir da especificação de um modelo de mensuração, deve ser selecionado o tipo de técnica de estimação a ser utilizada. Várias técnicas estão disponíveis, de forma que quando a

suposição de normalidade multivariada é atendida, podem ser consideradas as técnicas: a estimação de Máxima Verossimilhança (MLE) e a de Mínimos Quadrados Ponderados. A técnica MLE é a mais amplamente empregada, sendo a opção padrão na maioria dos programas estatísticos. No entanto, quando os pressupostos de normalidade multivariada não são atendidos, outras técnicas podem ser utilizadas, como a estimação de Mínimos Quadrados Não-Ponderados e o Método de Distribuição Assintótica Livre (ADF). Para este estudo, foi considerada como técnica de estimação a ADF, pois não apresenta como exigência que as variáveis selecionadas apresentassem normalidade multivariada. Tal técnica tem recebido particular atenção devido a sua insensibilidade a não normalidade dos dados, apresentando a desvantagem de requerer um maior tamanho amostral, para produzir resultados confiáveis (HAIR et al., 2009).

Uma das vantagens da AFC é a sua capacidade de avaliar a validade de construto de uma teoria de mensuração proposta. Segundo Hair et al. (2009), na AFC a validade do construto pode ser expressado a partir da validade convergente e discriminante. A validade do construto refere-se ao grau de quanto um conjunto de itens ou variáveis realmente representam ou expressam o construto latente teórico que tais variáveis são planejadas para medir.

Assim, na validade convergente, os itens que são indicadores de um construto específico devem convergir ou compartilhar uma elevada proporção de variância comum (HAIR et al., 2009). Esses mesmos autores trazem que este tipo de validade é estimado entre medidas de itens, a saber: cargas fatoriais, variância extraída e confiabilidade do construto.

O tamanho das cargas fatoriais é algo importante, pois altos valores de cargas indicam que elas convergem para um ponto em comum. Segundo Hair et al. (2009), as estimativas de cargas padronizadas devem ser de 0,5 ou mais, idealmente acima de 0,7. O percentual médio de variância extraída (VE) é o indicador resumido de convergência, podendo ser calculada utilizando as cargas fatoriais padronizadas através da fórmula:

$$VE = \frac{\sum_{i=1}^n \lambda_i^2}{n} \quad (2)$$

Na qual:  $\lambda$  representa a carga fatorial padronizada e  $i$  é o número de itens. Assim, para  $n$  itens, VE é calculada como o total de cargas fatoriais ao quadrado (correlações múltiplas quadradas)

dividido pelo número de itens, ou seja, é a carga fatorial quadrática média. Segundo Hair et al. (2009), uma VE de 0,5 ou mais sugere uma convergência adequada.

A confiabilidade do construto (CR) é também um indicador de validade convergente, podendo 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, através da fórmula:

$$CR = \frac{(\sum_{i=1}^n \lambda_i)^2}{(\sum_{i=1}^n \lambda_i)^2 + (\sum_{i=1}^n \delta_i)} \quad (3)$$

Segundo Hair et al. (2009), valores de CR entre 0,6 e 0,7 são aceitáveis, sendo sugeridos valores de 0,7 ou mais para indicar convergência adequada, o que significa que todas as medidas consistentemente representam o mesmo construto latente. Os cálculos de confiabilidade do construto e da variância extraída foram realizados com o auxílio da planilha eletrônica (Microsoft Office Excel 2007).

A validade discriminante por sua vez, mede o grau em que um construto é verdadeiramente diferente dos demais, fornecendo evidência de que um construto é único e captura alguns fenômenos que outras medidas não conseguem. Para Hair et al. (2009), estimativas de VE devem ser maiores do que a estimativa quadrática da relação para fornecer evidência de validade discriminante.

A partir da validação do modelo de mensuração obtém-se o modelo estrutural, por meio da designação de relações de um construto com o outro e com base no modelo teórico proposto. O diagrama de caminhos, além de mostrar os indicadores do modelo de mensuração, também impõem as relações estruturais entre os construtos. A partir do modelo estrutural, testes de ajuste devem ser realizados, para se verificar a qualidade e o ajuste do modelo final obtido. Tais medidas estabelecem a validade do modelo estrutural (HAIR et al., 2009).

Entre as medidas que especificam o ajuste do modelo, podem-se classificar três tipos principais: Índices de ajuste absoluto, Índices de ajuste incremental e Índices de ajuste de Parcimônia. O primeiro tipo resulta de uma medida direta que determina o quanto o modelo especificado reproduz os dados observados, ou seja, determina o grau em que o modelo prediz a matriz de covariância observada. Os Índices de ajuste incremental, também chamados de índices de ajuste comparativos, comparam o modelo proposto com algum outro modelo de referência, denominado nulo, uma vez que este assume que todas as variáveis observadas são não-correlacionadas (HAIR et al., 2009).

Os índices de ajuste de parcimônia, por sua vez, fornecem informações de qual modelo dentre um conjunto de modelos concorrentes é o melhor, considerando seu ajuste relativo à sua complexidade, de forma que tais índices têm sua medida melhorada a partir de um melhor ajuste ou através de um modelo mais simples, ou seja, com menos caminhos de parâmetros estimados (HAIR et al., 2009). Na Tabela 3.5 são descritas os principais tipos de medidas por cada tipo de índice e seus valores indicadores de ajuste.

Para a realização da AFC neste estudo, utilizou-se o software estatístico AMOS, versão 18.0.

**Tabela 3.5:** Índices de ajuste do modelo e seus valores indicadores de ajuste

Tipos de Índices de ajustes	Valores indicadores de ajuste
<b>Índices de ajuste absolutos</b> Estatística Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) - (valor- <i>p</i> )	Considera seus graus de liberdade e seu nível de significância ( <i>p-valor</i> ). É sensível ao tamanho da amostra.
Qui-quadrado normado ( $\chi^2/gf$ )	Valor considerado adequado entre 1 e o máximo 5.
Índice de qualidade de ajuste (GFI)	Valor igual ou > 0,90 indica bom ajuste do modelo
Índice baseado em resíduos padronizados (RMSEA)	Valores típicos estão abaixo de 0,10. Valores menores indicam melhor ajuste.
<b>Índices de ajuste incremental ou comparativo</b>	
Índice de Tukey-Lewis (TLI)	Valor recomendado igual ou > 0,90.
Índice de ajuste comparativo (CFI)	Valor recomendado igual ou > 0,90
Índice ajustado de qualidade (AGFI)	Valor recomendado igual ou > 0,90
<b>Índices de ajuste de parcimônia</b>	
Índice de qualidade de ajuste parcimonioso (PGFI)	Uma reespecificação do GFI. Usado na comparação entre modelos. Em geral apresenta valores menores que o GFI. Valores no intervalo entre: (0,60;0,80], representa um bom ajuste.

Fonte: Marôco (2010); Hair et al. (2009); Kline (2005).

### 3.6 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

Com a validação do instrumento proposto foi realizada uma análise estatística descritiva das principais características sociodemográficas dos usuários hipertensos participantes do estudo, com o intuito de conhecer o perfil do grupo de usuários participantes. As variáveis sociodemográficas analisadas foram às mesmas que constam no formulário Hiperdia do Ministério da Saúde, a saber: sexo, idade, situação familiar/conjugal, escolaridade e raça/cor. Além disso, as variáveis a serem analisadas foram descritas em tabelas para melhor compreensão e visualização dos dados.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de Paes (2009) foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB (CEP/CSS), através do protocolo nº 0101 (Anexo 4) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, sob o protocolo CEP/HULW nº 341/10 (Anexo 5). Esse projeto está em concordância com a Resolução 466/12, que exige procedimentos éticos para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012b). Os participantes do estudo foram esclarecidos individualmente sobre a pesquisa e expressaram sua autorização através de um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo facultativa a participação.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da metodologia proposta, segue-se apresentando os resultados segundo as etapas envolvidas na validação do instrumento, a validação dos domínios e a representatividade dos itens selecionados para o instrumento com base na avaliação pelos especialistas e posteriormente a avaliação estatística.

### 4.1 VALIDAÇÃO DOS DOMÍNIOS E REPRESENTATIVIDADE DOS ITENS SELECIONADOS PARA O INSTRUMENTO A PARTIR DA AVALIAÇÃO PELOS ESPECIALISTAS

Conforme ressaltam Coluci, Alexandre e Milani (2015), a avaliação de conteúdo de um instrumento é uma etapa essencial ao desenvolvimento de novos instrumentos de medida, pois permite avaliar inicialmente os conceitos abstratos propostos com indicadores observáveis e mensuráveis, identificando se os itens selecionados para o instrumento realmente expressam os domínios dos construtos desejados, devendo ser realizado por especialistas na área de medida.

Para este estudo, todos os cinco especialistas selecionados para a participação no estudo, aceitaram o convite, sendo encaminhado a todos o formulário no qual constavam as instruções específicas sobre o procedimento de análise do instrumento e o formulário de avaliação, sendo estabelecido um período de quinze dias para o retorno da avaliação. Tal período foi estendido em virtude de compromissos e atividades dos especialistas, sendo finalizado após sessenta dias da data de envio dos documentos. Entre os cinco especialistas convidados, quatro retornaram a avaliação no período estabelecido, os quais foram considerados para avaliação qualitativa do instrumento.

Para o Domínio Acesso ao tratamento, à avaliação da abrangência do domínio e da representatividade dos itens obteve 75% de taxa de concordância entre os especialistas, porém foram dadas sugestões quanto à inclusão, à exclusão e as mudanças na sequência de itens.

Entre as sugestões dadas pelos especialistas, pode-se destacar que:

- 25% dos especialistas sugeriram a inclusão do item B5 (*Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) perdeu o turno de trabalho ou compromissos para consultar no serviço de saúde*), presente no instrumento validado por Paes et. al (2014), e a mudança do item Q15 (*Com que frequência o(a) Sr.(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da sua unidade?*) presente no

Domínio Adesão ao Tratamento do instrumento em estudo para o Domínio Acesso ao Tratamento;

- 25% dos especialistas sugeriram a retirada no Domínio em análise do item Q3 (*Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?*) e a mudança dos itens Q5 (*Em algum momento durante a consulta o(a) Sr.(a) é questionado(a) pelos profissionais da unidade se está tomando a medicação?*) e Q6 (*Em algum momento durante a consulta o(a) Sr.(a) é questionado(a) pelos profissionais da unidade se está fazendo a dieta diariamente?*) para o Domínio Adesão ao tratamento;
- Considerando os itens Q7 (*Alguma vez o(a) Sr.(a) foi orientado(a) a fazer atividade física, por algum profissional de saúde da sua unidade?*) e Q8 (*Em algum momento durante a consulta o(a) Sr.(a) é questionado(a) pelos profissionais da unidade quanto ao horário que está tomando a medicação?*), 25% dos especialistas sugeriram alterar a sequência ou a ordem de disposição dos itens Q5, Q6, Q7 e Q8 para Q5, Q8, Q.6 e Q7.

O resultado final da avaliação incluiu o item B5 presente no instrumento validado por Paes et al. (2014). As demais sugestões não foram incluídas no domínio, por terem sido solicitadas por um número inferior que 50% dos especialistas, conforme mostra a Tabela 4.1.

O item B5 incluído no domínio Acesso ao tratamento, conforme abordado por um dos especialistas, tem destaque para o acesso ao tratamento, visto que, a variável “trabalho” está atrelada ao acesso aos serviços de saúde, com consequente relação ao acesso ao tratamento, uma vez que historicamente os serviços de saúde, em especial, a atenção básica, estão estruturados para atender uma parcela da população, com destaque aos idosos, crianças e mulheres cujo horário de funcionamento não coincidem com as jornadas laborais dos trabalhadores. A dificuldade em sair do trabalho ou a possibilidade de prejudicar seu emprego, favorece o não acesso ao serviço de saúde e consequentemente ao tratamento, revelando assim, várias fragilidades.

Para o Domínio Adesão ao tratamento, à taxa de concordância a respeito da abrangência do domínio foi de 75%, mas em relação à representatividade dos itens que compuseram a dimensão, a taxa de concordância foi de apenas 25%. Para este domínio como sugestões e adequações apresentadas, destacam-se que:

- 50% dos especialistas sugeriram a exclusão do item Q15 (*Com que frequência o (a) Sr.(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da sua unidade?*), por

avaliarem não representar o domínio abordado, sendo sugerido por 25% dos especialistas que tal item fosse inserido no Domínio Acesso ao Tratamento;

- 25% dos especialistas sugeriram a exclusão do Domínio o item Q10 (*Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido(a)?*) e a mudança dos itens, Q9 (*Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional da unidade de saúde que o(a) atende?*), Q16 (*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?*), Q17 (*Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?*) e Q18 (*Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento*) para o Domínio Acesso ao tratamento.
- 50% deles sugeriram a mudança da posição do item Q12 para a sequência Q10, Q12 e Q11.

O resultado final da avaliação do Domínio Adesão ao tratamento excluiu o item Q15 do domínio e incluiu no Domínio Acesso ao tratamento; a disposição do item Q12 foi alterada para posição depois de Q10 e antes de Q11, ficando a sequência: Q10, Q12 e Q11, melhorando assim, a leitura da sequência dos itens.

Os especialistas ressaltaram que o item Q15 trazia uma questão atrelada ao acesso do usuário ao tratamento, uma vez que retratava a frequência realizada pelo mesmo em relação a dieta, considerada primordial ao tratamento não medicamentosos da HAS, a partir do trabalho ofertado pela equipe de saúde para acompanhamento dos sujeitos, de forma que a partir desse novo olhar, passou-se a considerá-la no Domínio: Acesso ao tratamento.

Para o domínio Elenco de serviços, à avaliação da abrangência do domínio e da representatividade dos itens obteve 100% de taxa de concordância entre os especialistas. Apenas 25% dos especialistas sugeriram por a inclusão no proposto Domínio do item E11 (*É agendada a sua consulta de retorno?*) presente instrumento validado por Paes et al. (2014). Tal pergunta foi considerada válida para o domínio proposto, uma vez que conforme evidenciou um dos especialistas, o agendamento do retorno para consulta de um usuário com HAS com o profissional de saúde que o acompanha, é de suma importância, visto que favorece o processo de continuidade e acompanhamento deste usuário, estabelecendo arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite.

A Tabela 4.1 mostra de forma mais detalhada a avaliação realizada por cada especialista em relação aos domínios e itens propostos para o instrumento.

A partir da avaliação dos especialistas os três domínios propostos inicialmente foram considerados válidos, sendo feitas as adequações sugeridas em relação aos itens presentes em cada um dos domínios, obtendo-se uma nova versão do instrumento. O Domínio Acesso ao tratamento passou a considerar dez itens, o Domínio Adesão ao tratamento nove itens e o Domínio Elenco de serviços, dez itens, dispostos em sequência, recebendo nova numeração a partir do resultado final obtido pela avaliação pelos especialistas e o qual foi considerado para a próxima etapa do estudo: a validação estatística (Quadro 4.1).

**Tabela 4.1:** Avaliação dos especialistas quanto aos domínios propostos e a representatividade dos itens que compõem o instrumento referente ao tratamento da HAS

Domínios	Pontos Avaliados	Especialista 1	Especialista 2	Especialista 3	Especialista 4	Resultado Final
<b>DOMÍNIO: ACESSO AO TRATAMENTO</b>	Abrangência do Domínio	<b>Concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Não concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>75% de Taxa de concordância</b>
	Representatividade dos itens	<b>Concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Não concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>75% de Taxa de concordância</b>
	Permanência dos itens no Domínio Sugere a exclusão, mudança ou inclusão de itens para este Domínio?	<b>Concordo</b>	<b>Concordo</b> Sugerido a inclusão do item B5 do instrumento validado por Paes et al. (2014) e a mudança do item Q15 do Domínio Adesão ao tratamento para o Domínio Acesso ao tratamento.	<b>Não concordo</b> Sugerido a retirada do item Q3 e a mudança dos itens Q6 e Q7 para o Domínio Adesão ao tratamento.	<b>Concordo</b> Sugerido a mudança na sequência dos itens: Q5, Q6, Q7 e Q8 para Q5, Q8, Q6 e Q7.	<b>75% de Taxa de concordância.</b> <b>Os itens permanecem no Domínio Acesso ao Tratamento + inclusão do item B5</b>
<b>DOMÍNIO: ADESÃO AO TRATAMENTO</b>	Abrangência do Domínio	<b>Concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Não concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>75% de Taxa de concordância</b>
	Representatividade dos itens	<b>Não Concordo</b>	<b>Não Concordo</b>	<b>Não concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>25% de Taxa de concordância</b>
	Permanência dos itens no Domínio Sugere a exclusão, mudança ou inclusão de itens para este Domínio?	<b>Não Concordo</b> Sugerido a retirada do item Q15.	<b>Não Concordo</b> Sugerido a retirada do item Q15 e a inclusão do item no Domínio Acesso ao tratamento.	<b>Não concordo</b> Sugerido a retirada do item B2. Mudança dos itens Q9, Q16, Q17 e Q18 para o Domínio Acesso ao tratamento e mudança da sequência de Q11 e Q12 para Q12 e Q11..	<b>Concordo</b> Sugerido alterar a posição do item Q12 para posição após o item Q10.	<b>25% de taxa de concordância</b> <b>Para o Domínio Adesão ao Tratamento o item Q15 será excluído e incluído no Domínio Acesso ao tratamento e a disposição do item Q12 será alterada para a sequência: Q10, Q12 E Q11.</b>
<b>DOMÍNIO: ELENCO DE SERVIÇOS</b>	Abrangência do Domínio	<b>Concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>100% de Taxa de concordância</b>
	Representatividade dos itens	<b>Concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>100% de Taxa de concordância</b>
	Permanência dos itens no Domínio Sugere a exclusão, mudança ou inclusão de itens para este Domínio?	<b>Concordo</b>	<b>Concordo</b> Sugerido a inclusão do item E11 do instrumento validado por Paes et al. (2014).	<b>Concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>100% de Taxa de concordância</b> <b>Os itens permanecem no Domínio Elenco de serviços + inclusão do item E11</b>

**Quadro 4.1:** Versão do instrumento obtida a partir da avaliação pelos especialistas

<b>DOMÍNIO: ACESSO AO TRATAMENTO</b>	
Q1	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?
Q2	Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia?
Q3	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido
Q4	O(A) Sr.(a) foi questionado pelos profissionais da unidade se aceitava fazer o tratamento medicamentoso?
Q5	Em algum momento durante a consulta o Sr.(a) é questionado pelos profissionais da unidade se está tomando a medicação?
Q6	Em algum momento durante a consulta o Sr.(a) é questionado pelos profissionais da unidade se esta fazendo a dieta diariamente?
Q7	Alguma vez o(a) Sr.(a) foi orientado(a) a fazer atividade física, por algum profissional de saúde da sua unidade?
Q8	Em algum momento durante a consulta o Sr.(a) é questionado pelos profissionais da unidade quanto ao horário que esta tomando a medicação?
Q9	Com que frequência, o(a) Sr.(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da sua unidade?
Q10	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter sintomas da HAS (dor de cabeça, tontura) perdeu o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviço de saúde?
<b>DOMÍNIO: ADESÃO AO TRATAMENTO</b>	
Q11	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?
Q12	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?
Q13	O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?
Q14	O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?
Q15	O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS?
Q16	O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?
Q17	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?
Q18	Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?
Q19	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento?
<b>DOMÍNIO: ELENCO DE SERVIÇOS</b>	
Q20	Informação sobre a HAS e seu controle?
Q21	Informação sobre os medicamentos e seus efeitos?
Q22	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?
Q23	Verificação de PA todas as vezes que vai para consulta?
Q24	Visitas domiciliares?
Q25	Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?
Q26	Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HAS com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?
Q27	O serviço oferece/garante exames solicitados pelo profissional da saúde?
Q28	O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames?
Q29	É agendada a sua consulta de retorno?

## 4.2 VALIDAÇÃO ESTATÍSTICA DO INSTRUMENTO

Para a realização da análise estatística, as 29 variáveis selecionadas foram transferidas para um banco de dados no pacote estatístico SPSS 13.0. 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). Das 29 variáveis envolvidas, apenas uma não apresentou *missings*, a variável Q1. No entanto, para as demais variáveis o percentual revelado foi pequeno, não chegando a ultrapassar em nenhuma delas o percentual de 5% (Tabela 4.2). Entre todas as variáveis, apenas a Q26 apresentou percentual de 5% e para as demais o percentual apresentado foi inferior a 3,5%. Desta forma, prosseguiu-se realizando a substituição dos valores faltantes pela média dos resultados obtidos, através do processo de imputação mediante a substituição por um valor de medida central.

Conforme aponta Moreira (2012), o método de imputação de substituição por um valor de tendência central trata-se de um método de substituição simples, no qual, os valores faltantes são substituídos pela média da variável, que pode ser a média geral ou a média de um grupo mais similar com a do caso perdido, identificado por uma ou mais variáveis categóricas presentes no banco de dados. Os valores perdidos também podem ser substituídos pela mediana ou moda da variável ou de grupo de casos mais similares. 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.

Após o processo por imputação foi verificado que as variáveis apresentavam grande percentual de respostas classificadas como “Não se aplica”, codificadas com o número 0. Diante desta informação, foi verificado que grande parte destas respostas foi interpretada de forma equivocada e correspondiam na prática à resposta NS/NR. Em virtude disso, todas as respostas codificadas por “Não se aplica”, foram consideradas inicialmente como *missings*. Como o percentual de *missings* passou a corresponder a uma maior proporção no banco de dados, decidiu-se por excluir todas as respostas codificadas por “Não se aplica”, pois tal proporção viria a impedir uma posterior realização de análise fatorial confirmatória, pela alta proporção de dados faltantes no banco de dados. Após a exclusão dos dados faltantes, a amostra considerada para o estudo resultou em 521 indivíduos, passando a ser considerada

para a realização da análise fatorial exploratória, análise da consistência interna do instrumento e posteriormente da análise fatorial confirmatória.

**Tabela 4.2:** Número e percentual de dados perdidos segundo as questões selecionadas para o instrumento

Questões	n	% de dados perdidos
Q2	4	0,6
Q3	5	0,7
Q4	3	0,4
Q5	2	0,3
Q6	2	0,3
Q7	2	0,3
Q8	3	0,4
Q9	1	0,1
Q10	6	0,8
Q11	18	2,5
Q12	15	2,1
Q13	13	1,8
Q14	10	1,4
Q15	4	0,6
Q16	3	0,4
Q17	3	0,4
Q18	4	0,6
Q19	7	1,0
Q20	20	2,8
Q21	19	2,5
Q22	24	3,3
Q23	2	0,3
Q24	4	0,6
Q25	7	1,0
Q26	36	5,0
Q27	11	1,5
Q28	9	1,2
Q29	10	1,4

#### 4.2.1 Análise fatorial exploratória e análise da consistência interna do instrumento

Após a imputação dos dados e a eliminação das respostas codificadas como “Não se aplica”, foi dada continuidade ao processo de validação do instrumento a partir da realização da análise fatorial exploratória, seguida da análise da consistência interna do instrumento.

Foram consideradas para o estudo 29 variáveis originais que satisfizeram os critérios de inclusão, permitindo assim, a continuidade de aplicação da análise fatorial. O índice KMO resultou no valor de 0,830, o que demonstrou adequação da amostra para a realização da AFE, sendo interpretada por Hair et al. (2009) os dados com  $KMO \geq$  igual ou superior a 0,80 como um resultado admirável. O teste de esfericidade de Bartlett também se apresentou satisfatório ao ser constatado uma significância menor que 0,05, rejeitando-se a hipótese nula  $H_0$  de que a matriz de correlação é uma matriz identidade, conforme se pode observar no quadro 4.2.

**Quadro 4.2:** Medidas de adequação para o uso da Análise Fatorial: KMO e Teste de Bartlett

<b>Medidas</b>	<b>Estatística e significância</b>	<b>Resultado</b>
1) Medida de adequação da amostra KMO	KMO = 0,830	Classificada como “Satisfatória”
2) Teste de esfericidade de Bartlett	$\chi^2 = 3701,725$ g.l. = 105 p-valor = 0,000	Rejeita-se a hipótese Ho: A matriz de correlação é uma matriz identidade

(\*) A Matriz anti-imagem da correlação apresentou em sua diagonal, para cada variável considerada, medida de adequação da amostra, MAA > 0,50.

Essas variáveis apresentaram correlações significativas (p-valor < 0,001), de forma que a Matriz anti-imagem da correlação apresentou em sua diagonal principal, para cada variável considerada, medida de adequação da amostra, MAA > 0,50, mostrando adequação dos dados para seguimento da AFE. Uma vez comprovado que os dados eram adequados para realizar a análise fatorial, levou-se a cabo tal procedimento.

No instrumento em questão, foram pré-estabelecidos três domínios para análise: Acesso ao tratamento, Adesão ao tratamento e Elenco de serviços, os quais foram considerados válidos a partir da consulta aos especialistas. No entanto, o número final de fatores a serem considerados em um instrumento deverá ser obtido através da análise fatorial exploratória. Isto porque, conforme apontam Hair et al. (2009), a AFE explora os dados e fornece informações sobre quantos fatores são necessários para melhor representar os dados. De forma complementar, Malhotra (2001) ressalta que através da AFE, a informação contida em um número de variáveis originais é condensada em um número menor de fatores com um mínimo de perda dessa informação.

A partir da aplicação da AFE inicial, considerando as 29 variáveis originais, pode-se constatar a predefinição do número de fatores variando de 3 a 8, sendo que modelos foram testados para selecionar aquele que apresentasse o melhor resultado. O modelo mais adequado considerou a retenção de quatro fatores, de forma que passou a considerá-lo em virtude da obtenção de melhores resultados estatísticos. Os quatro fatores inicialmente extraídos apresentaram um percentual acumulado de variância total de 47,7%, revelando assim, um baixo percentual. Ao se analisar as cargas fatoriais e as comunalidades, foram excluídas do modelo inicial as variáveis que apresentaram carga fatorial inferior a 0,05 (<0,05) e as comunalidades abaixo de 0,40, resultando na exclusão de 14 variáveis (Q1, Q2, Q3, Q4, Q7, Q9, Q10, Q23, Q24, Q25, Q26, Q27, Q28 e Q29). Embora possa ser considerado um número relativamente alto de itens, conforme destacam Paes et al. (2014) a sua exclusão na análise fatorial inicial se justifica em virtude dos itens não estarem contribuindo de forma

significativa para a composição e a compreensão teórica das dimensões para as quais foram propostas.

Após a retirada desses itens, uma nova análise fatorial exploratória com as 15 variáveis selecionadas restantes foi realizada, resultando em um modelo com 4 fatores extraídos, a partir do método das componentes principais, conforme pode-se observar na Tabela 4.3. Segundo o Critério de Kaiser, devem ser extraídos todos os fatores com autovalor ou *eigenvalue* maior que 1. O fator 1 apresentou um autovalor de 5,396, carregando cerca de 19,044% da variância. O segundo fator apresentou um autovalor de 1,881, carregando em torno de 16,929. O terceiro e o quarto fator apresentaram respectivamente, um autovalor de 1,602 e 1,292, carregando 16,253 e 15,580 da variância. Em conjunto, os quatro fatores explicaram 67,806% da variância das variáveis originais.

**Tabela 4.3:** Autovalores, Variância e Variância acumulada dos fatores extraídos

	<b>Fator1</b>	<b>Fator2</b>	<b>Fator3</b>	<b>Fator4</b>
Autovalor>1	5,396	1,881	1,602	1,292
Variância %	19,044	16,929	16,253	15,580
Var. acumul. %	19,044	35,973	52,226	<b>67,806</b>

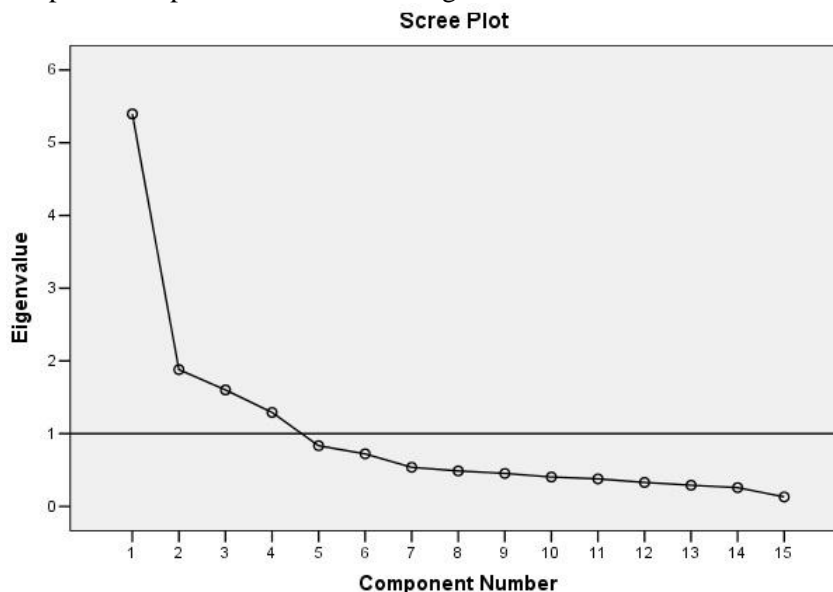
(\*) Fatores com cargas fatoriais ordenadas

<sup>a</sup> Extração pelo método dos *Componentes Principais*

<sup>b</sup> Método de rotação ortogonal: Varimax

Conforme destacam Figueiredo e Silva (2010), a melhor solução quanto ao número de fatores a ser extraídos a partir da AFE é aquela que identifica o menor número de fatores que maximiza a quantidade de variância explicada. Hair et al. (2009) sugerem o nível de 60% ou mais como patamar mínimo de aceitabilidade. Desta forma, a extração dos fatores deve continuar até que o referido patamar seja alcançado. A extração dos quatros fatores também foi confirmada a partir do gráfico de Scree Plot, disposto na Figura 4.1.

**Figura 4.1:** Gráfico Scree Plot obtido após a Análise Fatorial Exploratória para as 15 variáveis originais



Para melhor interpretação dos fatores, obteve-se como solução final uma matriz fatorial rotada, obtida a partir da rotação ortogonal pelo método Varimax. Esta matriz final é mais sensível e interpretável (Tabela 4.4). Ao se observar as cargas fatoriais das 15 variáveis resultantes, todas apresentaram carga fatorial superior a 0,5. Entendendo que as cargas fatoriais representam a correlação da variável e o fator, quanto maior o valor absoluto da carga fatorial, mais importante se torna para a interpretação fatorial. Segundo destacam Hair et al. (2009), as cargas fatoriais  $\pm 0,70$ , indicam uma estrutura bem definida. Desta forma, pode-se observar que 80% (12) das variáveis originais apresentaram carga fatorial superior 0,70, o que demonstra uma boa definição da estrutura proposta.

Quanto às comunalidades extraídas das variáveis resultantes, pode-se verificar que as mesmas apresentaram valores razoavelmente altos. Isto indica que os fatores extraídos explicam bastante da variabilidade das variáveis. Como se pode observar 80,0% (12) das variáveis apresentaram comunalidades superiores a 0,60, conforme mostra a Tabela 4.4. Hair et al. (2009) consideram como valor mínimo aceitável igual a 0,50. Segundo estes autores, variáveis com comunalidades inferiores a estes valores são consideradas como não tendo explicação suficiente, devendo ser excluídas do modelo proposto. Nos dados apresentados, apenas uma variável, a Q16, apresentou comunalidade ligeiramente abaixo do valor crítico (0,443). No entanto, em virtude da sua carga fatorial apresentada (0,595) e do valor da comunalidade apresentado ser muito próximo ao valor crítico, decidiu-se por conserva-la no modelo proposto.

O coeficiente alfa de Cronbach calculado para o instrumento revelou uma alta consistência interna geral, apresentando o valor de 0,872 para os quatro fatores avaliados. Para cada um dos fatores extraídos, o coeficiente alfa de Cronbach foi superior a 0,70, sendo que para o Fator 1 ( $\alpha = 0,824$ ), Fator 2 ( $\alpha = 0,723$ ), Fator 3 ( $\alpha = 0,874$ ) e Fator 4 ( $\alpha = 0,834$ ), o que demonstra que o instrumento apresenta boa consistência interna (Tabela 4.4), significando que os itens estão medindo ou representando consistentemente o mesmo construto latente.

A solução final obtida a partir AFE, considerando as 15 variáveis originais, resultou em 4 fatores com um bom ajuste no modelo. A matriz de correlação reproduzida (dimensão 15x15) apresentou apenas 29 resíduos não-redundantes ( $|\text{resíduos}| > 0,05$ ) dentre 105 resíduos. As magnitudes residuais indicam a bondade do ajuste do modelo aos dados e, portanto, o percentual de 27% de resíduos não-redundantes, o que indica um modelo bastante adequado ou válido (MALHOTRA, 2001). A partir da solução final obtida pela AFE, os quatro fatores extraídos foram identificados e rotulados.

**Tabela 4.4:** Solução Final da Análise Fatorial Exploratória e Consistência Interna do Instrumento de avaliação do tratamento da HAS

Variáveis	Fatores				Comunalidades
	1	2	3	4	
Q5	0,823				0,701
Q6	0,814				0,697
Q8	0,762				0,625
Q16	0,595				0,443
Q15	0,552				0,645
Q13		0,848			0,735
Q12		0,770			0,647
Q14		0,743			0,530
Q11		0,620			0,502
Q18			0,914		0,832
Q17			0,884		0,898
Q19			0,782		0,674
Q20				0,838	0,795
Q21				0,818	0,753
Q22				0,804	0,694
<b>Estatísticas do modelo<sup>a</sup></b>					
%explicação da variabilidade	19,044	16,929	16,253	15,580	
$\alpha$ Cronbach	0,824	0,723	0,874	0,834	

<sup>a</sup> Estatística KMO = 0,830; teste de esfericidade: estatística de Bartlett = 3701,725. Valor P = 0,0000

A rotulação dos fatores selecionados manteve denominação proposta por instrumento de Paes et al. (2014), utilizado como referência para este estudo. Dos quatro fatores, três já

havia sido identificados e avaliados na consulta aos especialistas, de forma que o novo fator acrescido através da AFE, também manteve rotulação original.

O primeiro Fator (Fator 1) rotulado como “ACESSO AO TRATAMENTO” é um componente que agrega itens relativos à satisfação dos usuários quanto aos cuidados em saúde recebidos dos envolvidos com o tratamento da HAS, a partir do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde. De acordo com Starfield (2002), o termo acesso remonta ao uso oportuno dos serviços de saúde, de forma a permitir atender as necessidades dos usuários e alcançar os melhores resultados possíveis, o que leva a compreensão dos itens selecionados para este fator. Embora variáveis provenientes de outro fator do instrumento original tenham sido incorporadas no Fator 1, decidiu-se por manter a rotulação original, uma vez que este fator foi constituído por mais de 50% das variáveis originalmente propostas, além do que, as novas variáveis introduzidas complementaram o aspecto conceitual relacionado com o fator.

Tal Fator explica a maior parte, 19,044%, da variância total das variáveis selecionadas para análise, sendo constituído por 5 variáveis que apresentam valores de cargas fatoriais em ordem decrescente: Q5 (*Em algum momento durante a consulta o Sr.(a) é questionado pelos profissionais da unidade se está tomando a medicação?*); Q6 (*Em algum momento durante a consulta o Sr.(a) é questionado pelos profissionais da unidade se está fazendo a dieta diariamente?*), Q8 (*Em algum momento durante a consulta o Sr.(a) é questionado pelos profissionais da unidade quanto ao horário que está tomando a medicação?*), Q16 (*O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr(a) está utilizando?*) e Q15 (*O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS?*).

O Fator 2 rotulado como “ADESÃO AO TRATAMENTO” é um componente que retrata as variáveis envolvidas com a satisfação dos sujeitos em relação ao acompanhamento dos mesmos e sua relação com a equipe de saúde da família. Tal Fator foi constituído por 4 variáveis de alta carga fatorial, representados pelos seguintes itens: Q13 (*O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr(a) fale suas dúvidas ou preocupações?*), Q12 (*Quando o(a) Sr(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?*), Q14 (*O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?*) e Q11 (*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?*).

O terceiro Fator (Fator 3) identificado através da AFE, foi rotulado por: “ENFOQUE NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE”. Este Fator agrega variáveis que remetem a

importância da família e da comunidade no tratamento dos usuários portadores de HAS, sendo constituído por três variáveis descritas a seguir: Q18 (*Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?*), Q17 (*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?*) e Q19 (*Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento?*).

Starfield (2002) considera como dimensões essenciais da atenção primária a saúde, o enfoque familiar e a orientação para a comunidade. A primeira dimensão pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, de forma que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados. A orientação para a comunidade implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem em um contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração, sendo, portanto de extrema relevância para o seguimento e o sucesso do tratamento o envolvimento da família e da comunidade.

O último Fator, o Fator 4 rotulado como “ELENCO DE SERVIÇOS”, é um componente que agrega variáveis relacionadas a satisfação dos usuários quanto à frequência em que as atividades e os serviços estão sendo desempenhados pela equipe de saúde necessários ao tratamento da HAS. Tal Fator foi constituído por 3 itens, que seguem: Q20 (*Informação sobre a HAS e seu controle?*), Q21 (*Informação sobre os medicamentos e seus efeitos?*) e Q22 (*Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde?)*).

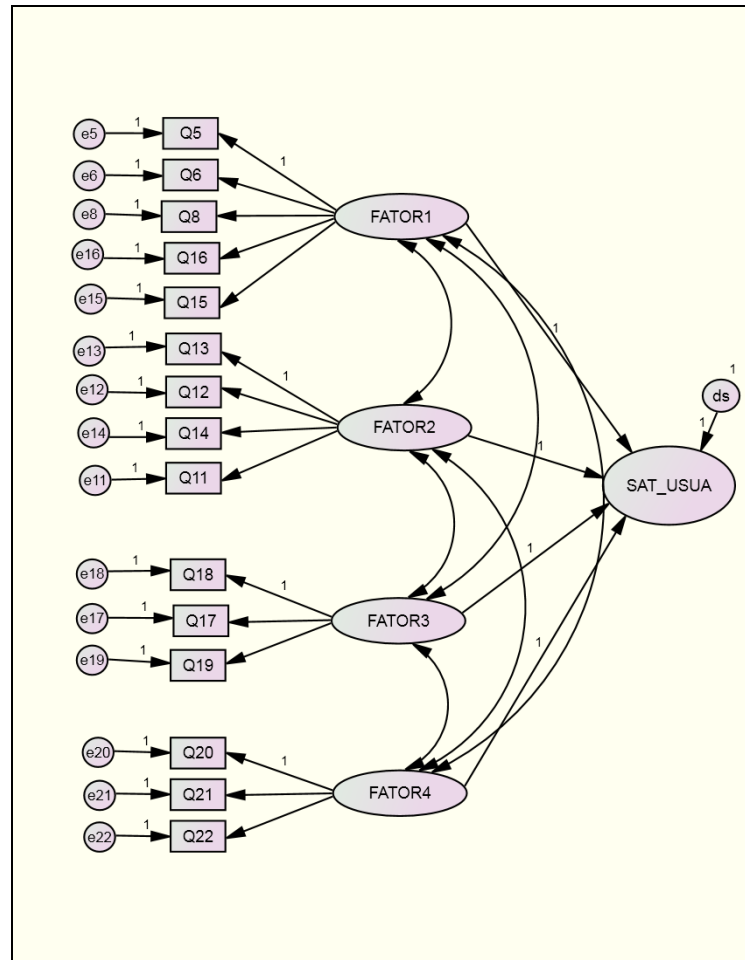
A partir do modelo estabelecido pela AFE, foi realizada a AFC com o intuito de confirmar a estrutura pré-determinada e estabelecida pela AFE.

#### **4.2.2 Análise fatorial confirmatória**

A análise fatorial confirmatória tem a propriedade de mostrar o quanto à especificação dos fatores se combina com a realidade, ou seja, com os dados verdadeiros. Desta forma, diferentemente da AFE, este tipo de técnica não designa fatores, mas permite rejeitar ou confirmar uma teoria pré-estabelecida (HAIR et al., 2009). A partir do modelo especificado através da AFE e utilizando-se a AFC, obteve-se o modelo de mensuração, através da representação do diagrama de caminhos (Figura 4.2), o que permitiu confirmar que cada uma das variáveis selecionadas estava significativamente relacionada com os seus fatores

designados: Q5, Q6, Q8, Q16 e Q15 relacionados ao Fator 1 – Acesso ao tratamento; Q13, Q12, Q14 e Q111 relacionadas ao Fator 2 – Adesão ao tratamento; Q18, Q17 e Q19 ao Fator 3 – Enfoque na família e na comunidade; e Q20, Q21, Q22 ao Fator 4 – Elenco de serviços.

**Figura 4.2:** Diagrama de Caminhos da AFC

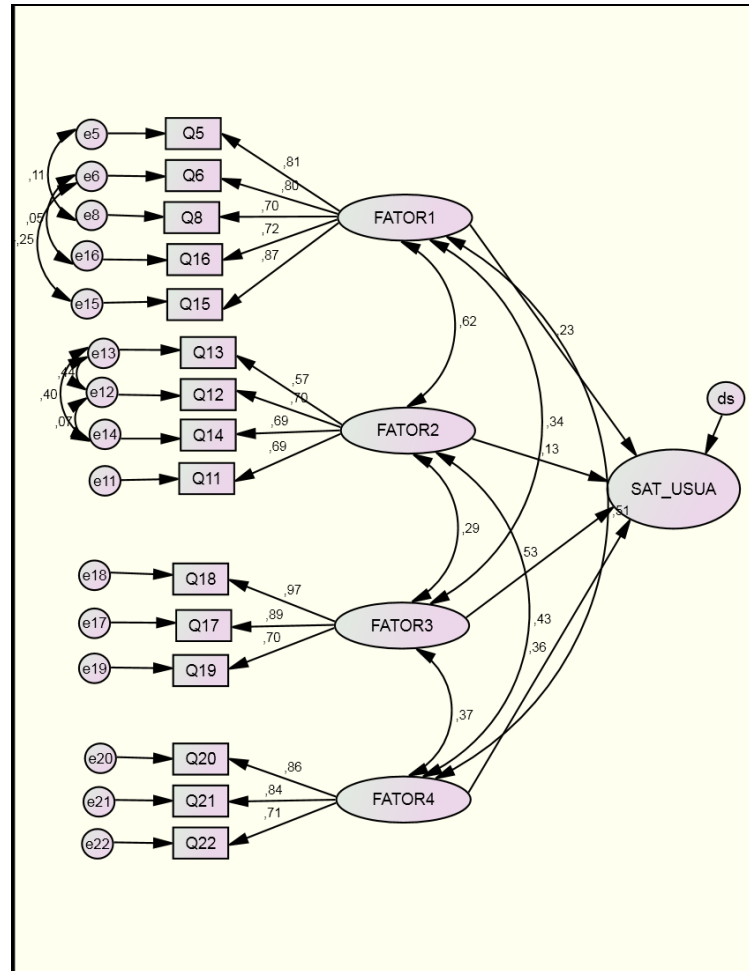


Legenda: SAT\_USUA – Satisfação dos usuários quanto aos aspectos relativos ao tratamento;  
 Fator 1 – Acesso ao tratamento;  
 Fator 2 – Adesão ao tratamento;  
 Fator 3 – Enfoque na família e na comunidade;  
 Fator 4 – Elenco de serviços;  
 $Q_i$  – Variáveis medidas no modelo  
 $e_i$  – erros estimados  
 ds – standart deviation – desvio padrão

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, gerando assim, a hipótese de que todos os fatores ou construtos estão representando ou retendo o mesmo indicador geral: a satisfação do usuário hipertenso

com o tratamento ofertado nos serviços de atenção primária a saúde. A partir da especificação do modelo de mensuração e estrutural, obteve-se a solução final padronizada através da AFC (Figura 4.3).

**Figura 4.3:** Diagrama de Caminhos - Solução Final Padronizada da AFC



Legenda: SAT\_USUA – Satisfação dos usuários quanto aos aspectos relativos ao tratamento;  
 Fator 1 – Acesso ao tratamento;  
 Fator 2 – Adesão ao tratamento;  
 Fator 3 – Enfoque na família e na comunidade;  
 Fator 4 – Elenco de serviços;  
 Q<sub>i</sub> – Variáveis medidas no modelo  
 e<sub>i</sub> – erros estimados  
 ds – standart deviation – desvio padrão

A partir da figura 4.3, pode-se observar que os itens que estão compondo o modelo apresentaram pesos ou cargas fatoriais elevadas ( $\lambda \geq 0,50$ ), confirmando que existe uma boa compreensão conceitual dos fatores e suas variáveis. Além do que, a partir do modelo inicialmente proposto, observaram-se seis correlações significativas entre os erros (e5, e6, e8,

e16, e15, e13, e12 e14), sendo estabelecidas tais correlações para melhorar o ajustamento do modelo, conforme podemos observar na Figura 4.3, obtendo-se o modelo reespecificado (final).

A partir do modelo final estabelecido (Figura 4.3), foram verificadas as medidas de mensuração do modelo, a partir da validade convergente e discriminante. Conforme especificado por Hair et al. (2009), a validade convergente pode ser estimada entre medidas de itens, a saber: cargas fatoriais, variância extraída e confiabilidade do construto. Por meio do exame das cargas fatoriais dos indicadores na variável latente, verifica-se a validade convergente para os quatro fatores, uma vez que as cargas fatoriais apresentadas foram fortes ( $> 0,50$ ) e significativas.

Através do cálculo da confiabilidade do construto ou composta e da variância extraída para cada um dos fatores, observa-se a validade convergente, conforme mostra a Tabela 4.5. Segundo Hair et al. (2009), valores de confiabilidade composta de 0,7 ou mais, indicam a existência de consistência interna, o que significa que todas as medidas consistentemente representam o mesmo construto latente. No que diz respeito à variância extraída, valores de 0,5 ou mais sugerem uma convergência adequada. Desta forma, conforme se observa na Tabela 4.5, todos os fatores apresentaram validade convergente, com resultados de confiabilidade composta acima de 0,7 e variância extraída acima de 0,5. Apesar de um dos fatores (Fator 2) ter apresentado uma VE abaixo do valor crítico (0,446), isto não invalida a validade convergente do fator, uma vez que o valor apresentado está muito próximo ao valor crítico.

**Tabela 4.5:** Estatísticas dos construtos: Fator1, Fator 2, Fator 3 e Fator 4 para o questionário de avaliação da satisfação de hipertensos quanto a aspectos relativos ao tratamento em J. Pessoa e C. Grande (amostra n = 521)

Validade Convergente	Construtos	Est_Ñpadr	S.E.	C.R. (t) <sup>3</sup>	Est_Padr	p-valor
<b>Confiab. Composta<sup>1</sup> = 0,887</b> <b>Variância extraída<sup>2</sup> = 0,612</b>	Q5 ← Fator1	1			0,814	
	Q6 ← Fator1	1,223	0,090	13,558	0,797	***
	Q8 ← Fator1	1,335	0,084	15,862	0,698	***
	Q16 ← Fator1	1,069	0,104	10,235	0,721	***
	Q15 ← Fator1	0,932	0,094	9,866	0,869	***
<b>Confiab. Composta<sup>1</sup> = 0,762</b> <b>Variância extraída<sup>2</sup> = 0,446</b>	Q13 ← Fator2	1			0,574	
	Q12 ← Fator2	1,299	0,164	7,900	0,700	***
	Q14 ← Fator2	1,509	0,168	8,962	0,695	***
	Q11 ← Fator2	1,570	0,223	7,023	0,693	***
<b>Confiab. Composta<sup>1</sup> = 0,894</b> <b>Variância extraída<sup>2</sup> = 0,741</b>	Q18 ← Fator3	1			0,975	***
	Q17 ← Fator3	0,921	0,024	38,613	0,888	***
	Q19 ← Fator3	0,646	0,032	19,905	0,695	***
<b>Confiab. Composta<sup>1</sup> = 0,880</b> <b>Variância extraída<sup>2</sup> = 0,650</b>	Q20 ← Fator4	1			0,863	***
	Q21 ← Fator4	1,080	0,047	23,055	0,837	***
	Q22 ← Fator4	0,870	0,050	17,539	0,715	***

(1) consideram-se aceitáveis valores superiores a 0,70 - (Hair et al., 2009)

(2) consideram-se aceitáveis valores superiores a 0,50 - (Hair et al., 2009)

(3) valores  $t > 2,58$ , implica p-valor  $< 0,01$ . (teste  $t$ )

Na Tabela 4.5 pode-se também confirmar a unidimensionalidade das variáveis. Isto significa que cada variável medida representa ou se relaciona com apenas um construto subjacente. Neste caso, conforme apontam Hair et al. (2009), todas as cargas cruzadas são consideradas como sendo 0. Além disso, a estimativa padronizada observada para as 15 variáveis dos quatro fatores são fortes ( $> 0,50$ ) e significativas.

A validade discriminante, por sua vez, pode ser conferida a partir da comparação da variância extraída do construto ou fator com a variância compartilhada (o quadrado da correlação múltipla,  $R^2$ ) dos construtos. Para Hair et al. (2009), estimativas de VE devem ser maiores do que a estimativa quadrática da relação, para fornecer evidência de validade discriminante. Conforme mostra na Tabela 4.6, todos os fatores apresentaram validade discriminante, uma vez que a variância extraída (representada pelos valores dispostos na diagonal principal) foi superior à variância compartilhada.

**Tabela 4.6:** Comparação entre a variância compartilhada e a variância extraída do modelo de mensuração dos construtos: Fator 1, Fator 2, Fator 3 e Fator 4

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Fator 1	<b>0,612</b>			
Fator 2	0,384	<b>0,446</b>		
Fator 3	0,116	0,082	<b>0,741</b>	
Fator 4	0,264	0,187	0,141	<b>0,652</b>

Com a determinação da validade convergente e discriminante, partiu-se para determinar os índices de ajuste do modelo do instrumento proposto, comparando-se o modelo inicial e o final obtido. A partir da Tabela 4.7, pode-se observar que para o modelo final os índices de ajuste apresentaram resultados mais satisfatórios, o que mostra um melhor ajuste do modelo.

**Tabela 4.7:** Índices de ajuste do modelo do instrumento de avaliação da satisfação de hipertensos quanto ao tratamento oferecido pela atenção primária à saúde

QUESTIONÁRIO	$\chi^2$	g.l.	$\chi^2/g.l.$	GFI	AGFI	PGFI	TLI	CFI	RMSEA
<i>Modelo inicial</i>	<b>226,524</b>	<b>84</b>	<b>2,697</b>	<b>0,939</b>	<b>0,913</b>	<b>0,657</b>	<b>0,894</b>	<b>0,915</b>	<b>0,057</b>
<i>Modelo final*</i>	<b>182,208</b>	<b>78</b>	<b>2,336</b>	<b>0,951</b>	<b>0,924</b>	<b>0,618</b>	<b>0,917</b>	<b>0,938</b>	<b>0,051</b>

\* Medidas de qualidade do ajuste do modelo reespecificado (final).

Dentre os índices de ajuste apresentados, apenas a estatística de  $\chi^2$  não mostrou significância. O Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) é um índice de ajuste absoluto utilizado para quantificar diferenças entre as matrizes de covariância observada e estimada, sendo que quanto menor o *p*-valor maior a chance de que as matrizes de covariância observada e estimada não sejam iguais. Assim, quanto menor o valor para  $\chi^2$ , maior o valor correspondente do *p*-valor, o que indica nenhuma diferença estatística significativa entre as matrizes. Este índice apresenta algumas propriedades que dificultam o seu emprego, tais como a sensibilidade ao tamanho da amostra (N) e ao número de variáveis. Portanto se o N ou as variáveis observadas forem aumentadas, o mesmo acontecerá com o valor de  $\chi^2$ . Por esta razão, tal índice é dificilmente utilizado como o único indicador de ajuste. Outros índices de ajuste absoluto podem ser utilizados para determinar o ajuste do modelo (HAIR et al., 2009).

Para este estudo, além da estatística de  $\chi^2$ , foram obtidos como índices absolutos, o Qui-quadrado normado ( $\chi^2/g.l.$ ), GFI (*goodness-of-fit index*) e RMSEA (*root mean square error of approximation*), de modo que todos os três atenderam aos critérios estabelecidos de ajuste, conforme mostrados na tabela 4.8. O Qui-quadrado normado é uma medida de proporção simples de  $\chi^2$  com o grau de liberdade para um modelo, em que os valores entre 1 e 5 indicam adequabilidade do modelo (MARÔCO, 2010; KLINE, 2005). O GFI, índice de qualidade de ajuste, foi introduzido na tentativa de obter uma estatística menos sensível ao tamanho da amostra, com possíveis valores dentro do intervalo de 0 a 1 (HAIR et al., 2009), com valores maiores de 0,9 indicando um bom ajuste no modelo (MARÔCO, 2010; KLINE, 2005). O RMSEA, a raiz média quadrática dos erros de aproximação, representa um índice de

má qualidade do ajuste, em que os valores típicos abaixo de 0,10 são aceitáveis para a maioria dos modelos (HAIR et al., 2009).

Os índices de ajuste relativo, o TLI (*índice de Tukey-Lewis*), CFI (*índice de ajuste comparativo*) e AGFI (*adjusted goodness-fit-index*), apresentaram valores acima de 0,9, o que indica um bom ajuste no modelo. Em geral, os índices TLI e CFI fornecem valores parecidos (HAIR et al., 2009), de forma que valores acima de 0,90 indicam que o modelo se ajusta bem (MARÔCO, 2010; KLINE 2005). O índice AGFI, é um índice ajustado de qualidade e leva em consideração diferentes graus de complexidade do modelo, tipicamente apresentando valores menores que os valores de GFI (HAIR et al., 2009), com valores acima de 0,90 indicando bom ajuste no modelo (MARÔCO, 2010; KLINE 2005).

O índice parcimonioso PGFI (*parsimony goodness-of-fit index*) apresentou resultado entre 0,60 e 0,80, demonstrando um bom ajuste do modelo final. Embora o modelo inicial (0,657) tenha apresentado um valor de PGFI maior que o modelo final (0,618), este último modelo apresentou melhor resultado para os demais índices, além de ter apresentado um valor final do índice PGFI dentro do que é considerado para um bom ajuste, viabilizando assim, o modelo final obtido. A Tabela 4.8 sumariza os resultados encontrados para cada índice de ajuste comparando com os critérios de ajuste estabelecidos na literatura.

**Tabela 4.8:** Indicadores de ajuste para validação do instrumento relativo à satisfação de hipertensos quanto ao tratamento oferecido pela atenção primária à saúde em João Pessoa e C. Grande-PB

Indicador de ajuste	Crítérios para bom ajuste (*) do modelo	Modelo final SAT_USUA
<b>Ajuste absoluto:</b>		
Função de discrepância: $\chi^2$ (valor $p$ )	-	182,208 (0,000**)
Qui-quadrado normado ( $\chi^2/gf$ )	Valor entre 1 e 5	182,082/78=2,336
GFI (índice de qualidade de ajuste)	Acima de 0,90	0,951
RMSEA (raiz média quadrática dos erros de aproximação)	Entre (0,05; 0,10] $p(H_0: rmsea \leq 0,05)$	0,051 p-valor = 0,212
<b>Ajuste relativo:</b>		
TLI (índice de Tukey-Lewis)	Acima de 0,90	0,917
CFI (índice de ajuste comparativo)	Acima de 0,90	0,938
AGFI (índice ajustado de qualidade)	Acima de 0,90	0,924
<b>Ajuste parcimonioso:</b>		
PGFI (parcimônia do GFI)	Entre: (0,60; 0,80]	0,618

SAT\_USUA - satisfação do usuário (construto endógeno ou variável dependente)

(\*) Critérios de ajuste baseados em Marôco (2010) e Kline (2005)

(\*\*) valor  $p < 0,01$  não indica ajuste global do modelo, ao nível de 1% de significância.

Desta forma, a validação dos construtos ou fatores, a partir de todos os indicativos de confiabilidade e validade utilizados neste estudo mostrou que a avaliação da satisfação dos usuários hipertensos quanto aos aspectos relativos ao tratamento é válida e confiável. O objetivo central deste estudo foi atendido. Sendo assim, o instrumento proposto e validado poderá ser utilizado em contextos de saúde de forma a permitir a avaliação da satisfação de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica quanto ao tratamento oferecido pela atenção primária à saúde. A partir do modelo final validado, obteve-se a versão final do instrumento, no qual cada um dos itens foi renomeado de acordo com a sequência designada e os domínios abrangentes, conforme apresentado no Quadro 4.3.

**Quadro 4.3:** Instrumento referente à satisfação de usuários hipertensos quanto aos aspectos relativos ao tratamento ofertado na atenção primária à saúde

<b>DOMÍNIO A: ACESSO AO TRATAMENTO</b>	
Para as questões de A1 a A5 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
A1	Em algum momento durante a consulta o(a) Sr.(a) é questionado pelos profissionais da unidade se está tomando a medicação?
A2	Em algum momento durante a consulta o(a) Sr.(a) é questionado pelos profissionais da unidade se esta fazendo a dieta diariamente?
A3	Em algum momento durante a consulta o(a) Sr.(a) é questionado pelos profissionais da unidade quanto ao horário que esta tomando a medicação?
A4	O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?
A5	O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS?
<b>DOMÍNIO B: ADESÃO AO TRATAMENTO</b>	
Para as questões de B1 a B4 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
B1	O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara??
B2	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido
B3	O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?
B4	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
<b>DOMÍNIO C: ENFOQUE NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE</b>	
Para as questões de C1 a C3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
C1	Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?
C2	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?
C3	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento?
<b>DOMÍNIO D: ELENCO DE SERVIÇOS</b>	
Para as questões de D1 a D3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
Com que frequência as <i>ações a seguir são oferecidas pela equipe</i> que acompanha o seu problema da HAS	
D1	Informação sobre a HAS e seu controle?
D2	Informação sobre os medicamentos e seus efeitos?
D3	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?

### 4.3 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

A partir da validação do instrumento proposto, foi realizada uma análise estatística descritiva, a fim de conhecer o perfil sociodemográfico dos usuários participantes. Considerando a amostra de 521 indivíduos, 47,2% eram do município de João Pessoa e 52,8% de Campina Grande, conservando a maior proporção de indivíduos participantes no último município, uma vez que a amostra obtida em Campina Grande foi superior a de João Pessoa.

As características sociodemográficas dos indivíduos com hipertensão, principalmente quanto ao sexo, à idade e à etnia, têm sido descritas na literatura e estão de acordo com os resultados do presente estudo. Além do que, os dados encontrados mostram resultados similares ao encontrado por Paes et al. (2014), ao considerar a amostra original completa de 725 usuários para todas as características analisadas. A caracterização dos indivíduos avaliados foi definida pela prevalência do sexo feminino (76,4%), de etnia não branca (65,7%), dentre os quais houve um predomínio da cor parda (67,2%) e com idade superior a 60 anos (50,7%), conforme mostra a Tabela 4.9.

A maior ocorrência da hipertensão em mulheres já está bem descrita nos estudos. Nos trabalhos desenvolvidos por Frota et al. (2013), Alves et al. (2012) e Mendonça e Santos (2011), também verificou-se a maior frequência da HAS em mulheres. Segundo estes autores, tal fato decorre em virtude das mulheres terem maior percepção em relação às doenças, o que leva a uma maior preocupação com a saúde e a tendência ao autocuidado, buscando mais assiduamente os serviços de saúde quando comparadas aos homens, o que favorece o diagnóstico de tal patologia nas mulheres.

Quanto à idade, em grande parte dos estudos há predominância da população idosa (60 anos ou mais). Isto pode ser esperado, conforme trazem as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, uma vez que existe uma relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior na faixa etária acima de 65 anos (SBHA; SBC; SBN, 2010). Estima-se que pelo menos 65% dos idosos brasileiros sejam hipertensos (BRASIL, 2006a). Segundo destacam Frota et al. (2013), a idade está diretamente relacionada ao desenvolvimento da hipertensão, visto que o envelhecimento decorre em alterações na complacência do coração e nas modificações na parede dos vasos, desencadeando elevação da pressão arterial e consequentemente a hipertensão arterial.

**Tabela 4.9:** Características sociodemográficas dos adultos hipertensos usuários da atenção primária à saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande (PB), 2009

Variáveis	n	%
Município		
João Pessoa	246	47,2
Campina Grande	275	52,8
Sexo		
Feminino	398	76,4
Masculino	121	23,2
Situação Conjugal		
Convive com companheiro e filho	198	39,0
Convive com companheiro e laços conjugais e sem filho	81	16,0
Convive com familiares, sem companheiro	84	16,6
Convive com companheiro, com filhos e outros	110	21,7
Convive com outras pessoas com ou sem laços consanguíneos ou vive só	34	6,7
Escolaridade		
Não sabe ler/escrever	95	18,2
Alfabetizado	65	12,5
Ensino fundamental incompleto (1º grau incompleto)	210	40,3
Ensino fundamental completo (1º grau completo)	56	10,7
Ensino médio completo (2º grau incompleto)	23	4,4
Ensino médio incompleto (2º grau completo)	48	9,3
Ensino superior (completo ou incompleto)	24	4,6
Raça		
Branca	173	34,7
Não Branca	326	65,3
Parda	219	67,2
Preta	83	25,4
Amarela ou indígena	24	7,4
Idade		
< de 60 anos	257	49,3
60 ou mais anos	264	50,7

Um fato a ser destacado no estudo é que foi observado grande frequência da HAS em indivíduos com idade inferior a 60 anos (49,3%). Determinados estudos já apontam para o aumento da HAS em faixas etárias menores. O desenvolvimento da HAS está cada vez mais precoce. Estima-se que aproximadamente 4% das crianças e adolescentes também já sejam portadoras da HAS (BRASIL, 2006a). Mendonça e Santos (2011) destacam que a prevalência elevada de HAS em jovens e adolescentes tem sido associada a hábitos de vida não saudáveis, tais como alimentação inadequada, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, sedentarismo e à obesidade.

Vale mencionar que foi encontrado predomínio da raça não branca com destaque para a cor parda. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Frota et al. (2013), que ressaltaram que o resultado encontrado (cor parda) é uma decorrência da miscigenação das raças na população brasileira. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a HAS é

duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca, pelo fato de que no país predominam os miscigenados, que podem diferir dos negros quanto às características da hipertensão (SBHA; SBC; SBN, 2010).

Nos indivíduos negros, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos (BRASIL, 2006a). Conforme trazem Zaitune et al. (2006), de uma forma geral, fatores tem contribuído para que indivíduos brancos e não-brancos apresentem diferenças em condições de saúde, tais como: os fatores socioeconômicos, o estilo de vida, o ambiente social (o que inclui as oportunidades educacionais e econômicas, a discriminação racial e as condições de trabalho) e o acesso aos serviços de saúde.

No que tange à situação conjugal, praticamente todos os sujeitos mostraram conviver com algum familiar. Grande parte dos usuários participantes compartilha sua moradia com companheiro (a) e filhos (as) (39%). Resultados próximos foram identificados no estudo desenvolvido por Rufino, Drummond e Moraes (2012), no qual 58% dos indivíduos mantêm uma união estável com cônjuge, dividindo seu lar com a família. Embora a situação conjugal não seja um fator diretamente estabelecido para o desenvolvimento da HAS, ao se pensar no tratamento de tal condição de saúde, o convívio familiar se torna uma potente rede de apoio e incentivo ao tratamento, culminando em um elo importante ao controle de doenças crônicas como a HAS. Segundo destacam Rufino, Drummond e Moraes (2012), o núcleo familiar atualmente pode ser tido como um grande auxiliador para conscientização do usuário a aspectos fundamentais ao controle da HAS, tais como a adesão ao tratamento.

Quanto ao nível de escolaridade, predominou sujeitos com o ensino fundamental incompleto. Resultados similares foram encontrados no estudo desenvolvidos por Alves et al. (2012), ao caracterizar sujeitos hipertensos em duas unidades de saúde da família, uma com um perfil predominante de 70,90% e a outra com 57,53% de usuários com nível de instrução com o ensino fundamental incompleto. No Brasil, ao se avaliar os sujeitos hipertensos, a HAS esteve mais presente entre indivíduos com menor escolaridade (SBHA; SBC; SBN, 2010).

Tal informação se torna relevante, pois segundo Frota et al. (2013), o nível de escolaridade assim como a renda, a ocupação e a posição social dos sujeitos reflete diretamente nas características socioeconômicas dos mesmos, repercutindo no padrão e estilo de vida e conseqüentemente na inserção dos indivíduos na sociedade. Zaitune et al. (2006) discutem que pesquisas demonstram que os sujeitos com nível socioeconômico desfavorável tendem a apresentar uma maior propensão a doenças como a depressão e o estresse crônico,

levando a um aumento dos níveis de catecolaminas, como a adrenalina e a noradrenalina, com um conseqüente aumento da frequência cardíaca e da PA.

Além do que, Santos e Moreira (2012) assinalam que o grau de instrução irá influenciar diretamente no entendimento das informações e orientações necessárias ao tratamento e conseqüente controle da HAS. Desta forma, destaca-se a importância do papel da equipe de saúde em conhecer o seu público-alvo e com isso direcionar ações que sejam efetivas, claras e resolutivas. Ações em saúde bem estruturadas além de contribuírem com o autocuidado dos indivíduos também fortalecem as relações de vínculo entre sujeitos e profissionais, estreitando os laços e diminuindo as diferenças que possam afastar a compreensão dos dois lados envolvidos no cuidado: os usuários e os profissionais.

Desta forma, destaca-se a importância do conhecimento do perfil sociodemográfico dos usuários adscritos, com destaque para os hipertensos, foco central deste estudo, uma vez que a partir desta caracterização é possível não só conhecer características relevantes desses sujeitos que irão influenciar na condução e no comportamento dos mesmos, como também se tornam de grande valia para o planejamento de ações e intervenções mais eficazes e direcionadas ao público em cuidado.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo realizado pode-se concluir que os objetivos propostos foram atendidos, de forma que o instrumento para avaliação da satisfação dos usuários quanto aos aspectos relativos ao tratamento ofertado na atenção primária à saúde foi analisado e validado. Com base no instrumento proposto, um conjunto de aspectos relativos à satisfação com o tratamento da HAS poderá ser avaliado, a partir dos quatro domínios ou dimensões validadas: Acesso ao tratamento, Adesão ao tratamento, Enfoque na família e na comunidade e Elenco de serviços.

Todas as quatro dimensões são de extrema relevância para o sucesso do tratamento da HAS, visto que o acesso, a adesão, o apoio e a participação da família e da comunidade bem como as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde se fazem primordiais no estabelecimento e na continuidade do tratamento requerido.

Destaca-se a importância de instrumentos voltados para a avaliação da satisfação do desempenho dos serviços de saúde, com o olhar voltado para o usuário, uma vez que tais sujeitos são o foco do cuidado, de forma que serão capazes de expressar com real exatidão e clareza o serviço oferecido. Além do que, a satisfação dos usuários com os serviços prestados poderá refletir nos comportamentos em saúde adotados pelos mesmos, repercutindo em aspectos relativos no tratamento, como adesão e participação no seu cuidado.

A análise dos especialistas permitiu avaliar a abrangência dos domínios pré-estabelecidos e a representatividade dos itens, se mostrando como etapa inicial importante e essencial, possibilitando assim, um novo olhar acerca dos itens presentes nos domínios abordados e sua reestruturação para a avaliação estatística.

Os resultados estatísticos, por sua vez, revelaram uma elevada consistência interna para o conjunto do instrumento e para todos os quatro domínios validados. Os valores de  $\alpha$  de Cronbach atenderam ao nível recomendado pela literatura, além do que os resultados obtidos para a confiabilidade composta dos construtos confirmaram uma boa consistência interna do instrumento. Além disso, a partir da análise fatorial, exploratória e confirmatória, a validade do instrumento proposto foi obtida e confirmada, tendo os resultados sugeridos que o mesmo poderá ser utilizado em contextos de saúde similares, permitindo que se avalie a satisfação de usuários portadores de HAS quanto ao tratamento oferecido pela atenção primária à saúde.

Espera-se ainda que a utilização de tal instrumento possa vir a contribuir para a avaliação do processo de trabalho das equipes de saúde bem como servir na elaboração de

estratégias que visem melhorar o cuidado e o acompanhamento dos sujeitos, com o consequente controle da doença e melhora na qualidade de vida dos mesmos.

Ressalta-se ainda que não foi encontrado na literatura instrumentos voltados para avaliar o tratamento da HAS, considerando um conjunto de aspectos, tais como o acesso, a adesão, a participação da família e da comunidade e os serviços desenvolvidos pela equipe de saúde, bem como instrumentos com o olhar voltado para a avaliação da satisfação do usuário. Desta forma, destaca-se a importância do estudo e espera-se que o mesmo possa servir como uma oportuna referência para avaliação do tratamento disponibilizado nos diversos cenários de serviços de saúde.

A amostra empregada neste estudo contemplou indivíduos adultos hipertensos cadastrados no programa Hiperdia, considerando dois municípios nordestinos: João Pessoa e Campina Grande. Os usuários participantes apresentaram características sociodemográficas bem similares a outros estudos identificados na literatura principalmente em relação à idade, sexo e raça. As mulheres caracterizam um perfil predominante nos serviços de saúde, além do que a HAS acomete mais em sujeitos com idade superior a 60 anos e de raça não branca.

O presente estudo, com uma amostra de 521 usuários, mostrou um perfil semelhante quando comparado com a amostra de usuários (725) utilizada por Paes et al. (2014). Este fato indica que a redução da amostra não alterou o potencial explicativo da amostra original quanto às características sociodemográficas dos hipertensos.

Sugere-se que posteriores explorações sobre o tema possam investigar o grau de satisfação dos usuários relativo ao tratamento, cujo tema ainda é pouco explorado. Além do que, sugere-se a condução de estudos que avaliem o grau de satisfação dos usuários no tempo, verificando assim, possíveis mudanças e/ou avanços ao longo dos anos de seguimento do estudo. Nesta perspectiva, ter-se-á uma visão temporal do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família.

Outra possível exploração consiste em verificar a relação entre o grau de satisfação dos usuários e o controle pressórico, de modo a evidenciar o quanto que a satisfação dos usuários, nos aspectos referentes ao tratamento, exerce influência no controle dos níveis pressóricos.

Como limitação do estudo, destaca-se que o instrumento não pode ser generalizado para todas as populações. Contudo se acredita que possa vir a ser utilizado para regiões com perfis e contextos similares de atenção da ESF aos dos usuários dos municípios de João Pessoa e Campina Grande.

Destaca-se que este trabalho é parte integrante do estudo original desenvolvido por Paes (2009), em regiões pouco estudadas como os municípios do Nordeste brasileiro. Tal estudo deu início ao desenvolvimento de uma coorte de hipertensos pioneira no Brasil, cujos seguimentos foram feitos nos anos de 2010 e 2011 e que ainda são motivos de explorações recentes, com retomada atual do seguimento dos usuários em fase de planejamento para coleta de dados no ano de 2016.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação 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.
- ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Rev. Mineira de Saúde Pública**, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2002.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALVES, B. H. S. et al. Caracterização de usuários hipertensos e adesão ao tratamento em unidade de saúde da família. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 91-98, 2012.
- ANDRADE, F. A. **Comparativo dos níveis pressóricos sistêmicos e Associação dos fatores de risco entre hipertensos Segundo os critérios de acompanhamento em unidades de saúde da família do município de João Pessoa-PB**. 2011. 131f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- ANDRADE, J. P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H. A. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arqui Bras Cardiol.**, v. 79, n. 2, p. 375-89, 2009.
- ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento Anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006.
- ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.6, p. 1737-1746, 2005.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- BARRETO, M. N. S. C. **Acesso aos medicamentos para tratamento de hipertensos e diabéticos assistidos nas unidades de saúde da família do município de Recife-PE**. 2012. 128f. Dissertação de Mestrado. Mestrado Profissional em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz, Recife.
- BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 4, p. 550-5, 2014.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria/GM/MS nº 371, de 04 de março de 2002**. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS SUS 01/02**. Portaria MS/GM Nº 373, 27 de fevereiro de 2002. Brasília, DF, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Primária em Saúde: caminhos da institucionalização**. Coordenação Técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM/MS nº 698, de 30 de março de 2006**. Define que o custeio das ações é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Brasília, DF, 2006b.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2006c.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM/MS nº 204, de 29 de Janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM/MS nº 2.982, de 26 de Novembro de 2009**. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Brasília, DF, 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM/MS nº 4.217, de 28 de dez. de 2010**. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM/MS 2.488, de 21 de Outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2001.** Regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM/MS nº 2.715, de 17 de novembro de 2011.** Atualiza a política nacional de alimentação e nutrição. Brasília, DF, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM/MS nº 971, de 15 de maio de 2012.** Dispões sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, DF, 2012a.

\_\_\_\_\_. **Resolução CNS nº 466, 12 de Dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da saúde/conselho nacional de saúde, Brasília, DF, 2012b.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM/MS nº 1.555, de 30 de Julho de 2013.** Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013a.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM/MS nº 2.681, de 7 de novembro de 2013** Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013b.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM/MS nº 1, de 2 de janeiro de 2015.** Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2014 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2012. Brasília, DF, 2015.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H. & GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. **Jama**, v. 288, n. 14, p. 1775-1779, 2002.

BOING, A. C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

BONIN, C. D. B. et al. Construção e Validação do Questionário de Conhecimentos para Pacientes com Insuficiência Cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 102, n. 4, p. 364-373, 2014.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 252-264, 2014.

CASTRO, A. L.; B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.

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.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS; 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área de saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Cap. 2, p. 29-47.

CORBO, A. D. A.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

DAMÁSIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica**, v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012.

DONNANGELO, M. C. F. **O Campo de Emergência da Medicina Comunitária**, 1976. Tese de Livre-docência, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

DATASUS. Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida\\_Sim\\_2011.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf)>. Acesso em 17 de junho de 2015.

ESCOREL, L. S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FAUSTO, M. C. R. **Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. 261f. Tese Doutorado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FAUSTO, M C R; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

FIGUEIREDO, D.; SILVA, J. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**, Campinas, v. 16, n.1, p. 160-185, 2010.

FROTA, N. M. et al. Acessibilidade do usuário hipertenso à unidade de saúde e adesão ao tratamento. **Rev. Rene.**, v. 14, n. 4, p. 730-9, 2013.

GAIOSO, V. P. **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP**. 2007. 152f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GIROTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

GREZZANA, G. B.; STEIN, A. T.; PELLANDA, L. C. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 100, n. 4, p. 355-361, 2013.

GUEDES, M. V. C. et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília; v. 64, n. 6, p. 1038-1042, 2011.

GUSMÃO, J. L.; MION JR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HAIR JUNIOR, J.F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6º edição. Porto Alegre: Bookman; 2009.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Cidades. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250750>>. Acesso em: 27 de abril de 2015.

\_\_\_\_\_. Censos: 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>. Acesso em 27 de abril de 2015.

\_\_\_\_\_. Censo Demográfico de 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 27 de abril de 2015.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

KLIN, R. B. **Principles and Practice of Structural Equation Modeling**. Second Edition. The Guilford Press. New York, 2005.

LANZA, F. M. et al. Instrumento para avaliação das ações de controle da hanseníase na Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 3, p. 339-46, 2014.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LITSIOS, S. The long and difficult road to Alma Ata: a personal reflection. **International Journal of Health Services**, v. 32, n. 4, p. 709-732, 2002.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Bookman Editora, 3a Edição – São Paulo, 2001.

MARÔCO, J. Análise de Equações Estruturais. Fundamentos teóricos, Software & Aplicações. Reporter Number Ltda., Pêro Pinheiro-Pt, 2010.

MATTA, G. C. A. Organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 371-396, 2005.

MATTOS, R. O Incentivo ao PSF e seu impacto sobre as grandes cidades. **Physis. Revista de saúde coletiva**, v. 12, n. 1, p. 77-108, 2002.

MENDES, E. V. Agora mais do que nunca – uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília: CONASS, 2009.

MENDES, A.C.G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012.

MENDONÇA F. F.; SANTOS E. D. Caracterização dos fatores de risco e tratamento antihipertensivo de portadores de hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde do município de Goioerê, PR. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 10-17, 2011.

MINGOTI, A. S. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. Editora UFMG – Belo horizonte, 2005.

MISHINA, S. M. et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 148-156, 2010.

MOREIRA, R. N. **Qualificação e imputação de dados sobre satisfação de hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família**. 2012. 112 f. Dissertação de Mestrado. João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba - UFPB. João Pessoa.

MOTTER, F. R.; OLINTO, M. T. A.; PANIZ, V. M. V. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2263-2274, 2013.

NOGUEIRA, D. et al. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 103-109, 2010.

NUNES, L.N. **Métodos de imputação de dados aplicados na área da saúde**. 2007. 120 f. Tese de doutorado - Programa de Pós-graduação em Epidemiologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013.

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.

PAES, N. A. et al. Avaliação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: Um estudo de validação. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 36, n. 2, p. 87-93, 2014.

PANIZ, V. M. V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 267-280, 2008.

PIERRIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1389-1400, 2011.

PILATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: Um debate necessário. **R.B.E.C.T.**, v. 3, n. 1, p. 81-91, 2010.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009.

REIS, R.S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

REINERS, A. A. O.; NOGUEIRA, M. S. Conscientização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 1, 2009.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq. Bras. Card.**, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

ROTHMAN, A. A.; WAGNER, E. H. Chronic illness management: what is the role of primary care? **Annals of Internal Medicine**, v. 138, n. 3, p. 256-261, 2003.

RUFINO, D. B. R.; DRUMMOND R. A. T.; MORAES, W. L. D. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. **J. Health Sci Inst.**, v. 30, n. 4, p. 336-42, 2012.

SAMPAIO, L. F. R.; SOUZA, H. M. Atenção básica: política, diretrizes e modelos coletâneos no Brasil. In: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. (Orgs.) **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho.** São Paulo: NEPP, Unicamp, p. 9-32, 2002.

SANTA HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 764-767, 2008.

SANTA HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.3, p.614-626, 2010.

SANTOS - PINTO, C. D. B. et al. Quem acessa o programa farmácia Popular no Brasil ? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 6, p. 2963-2973, 2011.

SANTOS, Z. M. S. A. Hipertensão arterial - um problema de Saúde pública. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 285-286, 2011.

SANTOS, M. V. R. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 55-61, 2013.

SANTOS, J.C.; MOREIRA, T.M.M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Ver. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. (5), p.1125-1132, 2012.

SAWAYA, A. L. Políticas públicas: Pontos de método e experiências. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 20, n. 56, p. 131-147, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010.

SCATENA, L. M. et al. Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, v. 49, n. 7, p. 1-11, 2015.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SHIMIZU, H. E.; ROSALENA, C. A atenção à saúde da família sob a ótica do usuário. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 5, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

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. 118f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 100-110, 2008.

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

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Cuidados Primários de Saúde**. Brasil, 1979 (Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978).

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 35, n.6, p. 610-612, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases country profiles**. Geneva: WHO, 2011a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global atlas on cardiovascular disease prevention and control**. Geneva: WHO, 2011b.

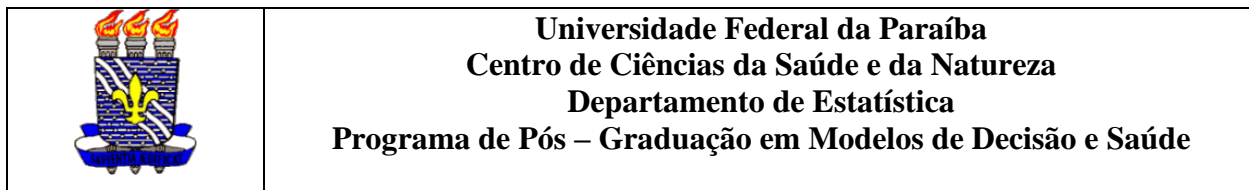
ZAITUNE, M. P. A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.

ZILS, A. A. et al. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, p. 270-276, 2009.

**Apêndice A** – Instrumento proposto para validação com base no validado por Paes et al. (2014)

<b>ACESSO AO TRATAMENTO</b>	
<b>Para a questão A.1 a A.8 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR</b>	
Q.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?
Q.2	Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia?
Q.3	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido
Q.4	O(A) Sr.(a) foi questionado pelos profissionais da unidade se aceitava fazer o tratamento medicamentoso?
Q.5	Em algum momento durante a consulta o Sr.(a) é questionado pelos profissionais da unidade se está tomando a medicação?
Q.6	Em algum momento durante a consulta o Sr.(a) é questionado pelos profissionais da unidade se esta fazendo a dieta diariamente?
Q.7	Alguma vez o(a) Sr.(a) foi orientado(a) a fazer atividade física, por algum profissional de saúde da sua unidade?
Q.8	Em algum momento durante a consulta o Sr.(a) é questionado pelos profissionais da unidade quanto ao horário que esta tomando a medicação?
<b>ADESÃO AO TRATAMENTO</b>	
<b>Para as questões B.1 a B.10 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR</b>	
Q.9	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?
Q.10	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?
Q.11	O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?
Q.12	O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?
Q.13	O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS?
Q.14	O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?
Q.15	Com que frequência, o(a) Sr.(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da sua unidade?
Q.16	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?
Q.17	Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?
Q.18	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento?
<b>ELENCO DE SERVIÇOS</b>	
<b>Para as questões C.1 a C.9 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</b>	
Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha o seu problema da HAS	
Q.19	Informação sobre a HAS e seu controle?
Q.20	Informação sobre os medicamentos e seus efeitos?
Q.21	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?
Q.22	Verificação de PA todas as vezes que vai para consulta?
Q.23	Visitas domiciliares?
Q.24	Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?
Q.25	Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HAS com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?
Q.26	O serviço oferece/garante exames solicitados pelo profissional da saúde?
Q.27	O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames?

**Apêndice B** – Convite direcionado aos especialistas selecionados para 1º etapa do estudo: Validação dos domínios e representatividade dos itens selecionados para o instrumento



**CONVITE**

Prezado (a) Senhor (a),

O estudo intitulado: “Satisfação de usuários hipertensos atendidos nos serviços de Atenção Primária à Saúde: Instrumento para avaliação do tratamento” faz parte de um recorte de informações do estudo original desenvolvido por Paes (2009) 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”, elaborado junto ao Laboratório de Estudos Demográficos do Departamento de Estatística da Universidade Federal da Paraíba.

Tal estudo tem por objetivo validar um instrumento para avaliação da satisfação de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica quanto ao tratamento oferecido pela Estratégia de Saúde da Família, de forma que se tomou por referência o instrumento adaptado e validado por Paes et al. (2014), desenvolvido com o objetivo de avaliar a satisfação de hipertensos adultos 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 três construtos pré-estabelecidos para análise e validação: **Acesso ao tratamento, Adesão ao tratamento e Elenco de serviços disponibilizados para tratamento da HAS**. 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

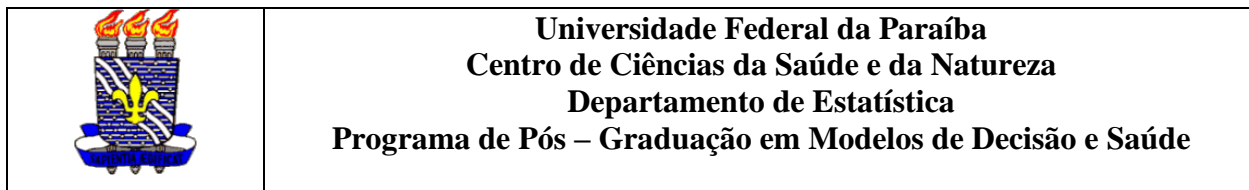
ressaltamos a importância da sua participação. Informações quanto ao procedimento de avaliação do instrumento proposto serão fornecidos, de forma que estaremos à disposição para dirimir qualquer dúvida. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária, de forma que solicitamos que nos seja comunicado a decisão quanto à participação.

Desde já agradecemos a sua atenção.

**Larissa Almeida Bakke**

Mestranda do Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão em Saúde

**Apêndice C** – 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 proposto instrumento 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 pertinência e representatividade dos itens que estão compondo cada construto. Para esta avaliação, seguem algumas orientações e definições:

### PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE

1) Primeiramente, pedimos que cada especialista avalie os domínios que são: **Acesso ao tratamento, Adesão ao tratamento e Elenco de serviços disponibilizados para tratamento da HAS**. 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.

2) Posteriormente, pedimos para cada especialista avaliar cada item separadamente, considerando o conceito de pertinência/representatividade conforme descrito:


- **Pertinência ou representatividade:** notar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e, se são adequados para atingir os objetivos propostos.

3) Cada especialista poderá sugerir a exclusão ou mudanças de itens nos domínios e opinar se os itens realmente pertencem ao domínio correspondente. Como o instrumento apresentado toma por referência o instrumento adaptado e validado por Paes et al. (2014), vale ressaltar que não será proposto sugestões quanto a modificações na redação dos itens. Os especialistas poderão sugerir exclusões ou mudanças dos itens entre os domínios propostos ou ainda

sugerir a inclusão de um item ou itens que estejam contemplados no instrumento validado por Paes et al. (2014), mas que não foram considerados no instrumento proposto.

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.

**Apêndice D** – Formulário de avaliação do instrumento com foco no tratamento da HAS, baseado em modelo apresentado no estudo desenvolvido por Coluci, Alexandre e Milani (2015)

	<p><b>Universidade Federal da Paraíba</b>  <b>Centro de Ciências da Saúde e da Natureza</b>  <b>Departamento de Estatística</b>  <b>Programa de Pós – Graduação em Modelos de Decisão e Saúde</b></p>
---	---

### AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO COM FOCO NO TRATAMENTO DA HAS

#### DOMÍNIO: ACESSO AO TRATAMENTO

Q.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?
Q.2	Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia?
Q.3	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido
Q.4	O(a) Sr.(a) foi questionado(a) pelos profissionais da unidade se aceitava fazer o tratamento medicamentoso?
Q.5	Em algum momento durante a consulta o(a) Sr.(a) é questionado(a) pelos profissionais da unidade se está tomando a medicação?
Q.6	Em algum momento durante a consulta o(a) Sr.(a) é questionado(a) pelos profissionais da unidade se esta fazendo a dieta diariamente?
Q.7	Alguma vez o(a) Sr.(a) foi orientado(a) a fazer atividade física, por algum profissional de saúde da sua unidade?
Q.8	Em algum momento durante a consulta o (a) Sr.(a) é questionado(a) pelos profissionais da unidade quanto ao horário que esta tomando a medicação?

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

<b>CONCORDO</b>	<b>NÃO CONCORDO</b>

**COMENTÁRIOS:**

---



---



---

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

<b>CONCORDO</b>	<b>NÃO CONCORDO</b>

**COMENTÁRIOS:**


---



---



---

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

CONCORDO	NÃO CONCORDO

Caso não concorde, que item ou itens sugere a retirada? Sugere a mudança de algum item ou itens entre os domínios propostos? Sugere a inclusão de algum item ou itens presente no instrumento de Paes et al. (2014)?

**COMENTÁRIOS:**


---



---



---

<b>DOMÍNIO: ADESÃO AO TRATAMENTO</b>	
Q.9	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional da unidade de saúde que o(a) atende?
Q.10	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido(a)?
Q.11	O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?
Q.12	O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?
Q.13	O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS?
Q.14	O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?
Q.15	Com que frequência o(a) Sr.(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da sua unidade?
Q.16	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?
Q.17	Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?
Q.18	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento?

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

CONCORDO	NÃO CONCORDO

**COMENTÁRIOS:**


---



---



---

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

CONCORDO	NÃO CONCORDO

**COMENTÁRIOS:**


---



---



---

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

CONCORDO	NÃO CONCORDO

Caso não concorde, que item ou itens sugere a retirada? Sugere a mudança de algum item ou itens entre os domínios propostos? Sugere a inclusão de algum item ou itens presente no instrumento de Paes et al. (2014)?

**COMENTÁRIOS:**


---



---



---

**DOMÍNIO: ELENCO DE SERVIÇOS**

Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe de saúde que acompanha seu tratamento de HAS?

Q.19	Informação sobre a HAS e seu controle?
Q.20	Informação sobre os medicamentos e seus efeitos?
Q.21	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?
Q.22	Verificação de PA todas as vezes que vai para consulta?
Q.23	Visitas domiciliares?
Q.24	Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?
Q.25	Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HAS com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?
Q.26	O serviço oferece/garante exames solicitados pelo profissional da saúde?
Q.27	O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames?

Os itens do Domínio Elenco de serviços realmente expressam seu conteúdo? Marcar com um X.

CONCORDO	NÃO CONCORDO

**COMENTÁRIOS:**

---



---



---

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

CONCORDO	NÃO CONCORDO

**COMENTÁRIOS:**

---



---



---

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

CONCORDO	NÃO CONCORDO

Caso não concorde, que item ou itens sugere a retirada? Sugere a mudança de algum item ou itens entre os domínios propostos? Sugere a inclusão de algum item ou itens presente no instrumento de Paes et al. (2014)?

**COMENTÁRIOS:**

---



---



---



## Anexo 1 - Ficha de cadastro do HIPERDIA (VERSO)

### Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico Pressão Arterial (mmHg)

Outros fatores de risco ou doença	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 OU pad 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 OU pad 100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS >=180 ou PAD >=110
I- Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
II- 1-2 Fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III- 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV- Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

**Diabetes Tipo 1** - ocorre principalmente em crianças, jovens e adultos jovens, Precisam usar insulina para controlar a glicose no sangue desde o momento do diagnóstico.

**Diabetes Tipo 2** - aparece geralmente após os 40 anos de idade, freqüentemente em pessoas que têm excesso de peso

**Tabagismo** - é igual ao consumo de 01 um ou mais cigarros por dia.

**Sedentarismo** - quem realiza menos que 30 (trinta) minutos de exercícios, 03 (três) vezes por semana e não faz esforço físico pesado em casa ou no trabalho. EX: faxima, lavagem de roupas, carrega carga pesada, movimentação britadeira etc.

### Sobrepeso ou Obesidade - classificação de acordo com a tabela:

Classificação	IMC (peso em Kg/altura ao quadrado)	Risco de co-morbidade
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0-29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Grave
Obeso Classe III	>= 40,0	Muito grave

### TABELAS DE REFERÊNCIAS

Raça/Cor	
Código	Descrição
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena

Certidão/Tipo	
Código	Descrição
1	Nascimento
2	Casamento
3	Separação/Divórcio

Situação familiar/Conjugal	
Código	Descrição
1	Convive c/ companheira(o) e filho(s)
2	Convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/filhos
3	Convive c/ companheira(o) e filho(s) e/ou outros familiares
4	Convive c/ familiares, com companheira(o)
5	Convive c/ outra(s) pessoa(s) sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6	Vive só

Escolaridade	
Código	Descrição
01	Não sabe ler/escrever
02	Alfabetizado
03	Fundamental incompleto (1º. Grau incompleto)
04	Fundamental completo (1º. Grau completo)
05	Médio incompleto (2º. Grau incompleto)
06	Médio completo (2º. Grau completo)
07	Superior incompleto
08	Superior completo
09	Especialização/Residência
10	Mestrado
11	Doutorado

Órgão Emissor	
Código	Descrição
10	SSP
41	Ministério da Aeronáutica
42	Ministério do Exército
43	Ministério da Marinha
44	Polícia Federal
60	Carteira de Ident. Clássica
61	Cons. Reg. de Administração

62	Cons. Reg. de Ass. Social
63	Cons. Reg. de Biblioteconomia
64	Cons. Reg. de Contabilidade
65	Cons. Reg. de Corretores de Imóveis
66	Cons. Reg. de Enfermagem
67	Cons. Reg. de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
68	Cons. Reg. de Estatística
69	Cons. Reg. de Farmácia
70	Cons. Reg. de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
71	Cons. Reg. de Medicina
72	Cons. Reg. de Med. Veterinária
73	Cons. Reg. de Músicos do Brasil
74	Cons. Reg. de Nutrição
75	Cons. Reg. de Odontologia
76	Cons. Reg. de Prof. Relações Públicas
77	Cons. Reg. de Psicologia
78	Cons. Reg. de Química
79	Cons. Reg. de Repr. Comerciais
80	Cons. Reg. de advogados do Brasil
81	Outros Emissores
82	Documento Estrangeiro

## Anexo 2 – 1º Parte do Questionário da Pesquisa de Paes (2009)

**Projeto:** Desempenho do programa saúde da família comparado com os 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.

### 1º Parte do Instrumento – Blocos de Perguntas de A a E

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 da 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 SECUNDÁRIAS)				
C.1	Cód. SIA/SUS: _____			
C.2	Nº Prontuário: _____	Data nascimento: ____/____/____		
C.3	Nome da Unidade de Saúde (US) _____ Distrito (US): _____			
C.5	Endereço da US: _____			
C.6	Tipo de Unidade	UBS	1 ( )	
		UBS/PACS	2 ( )	
		UBSF/PACS	3 ( )	
C.A Pressão arterial e dados antropométricos no momento do cadastro 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 2010)				
C.13	Peso	kg		
C.14	Altura	cm		
C.15	Cintura	cm		
C.C Pressão arterial e antropometria (momento da entrevista)				
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	Quadri 1: _____	Quadri 2: _____	cm	
C.D ACOMPANHAMENTO EM 2010 e 2011 ( )				
	PA Sistólica	PA Diastólica	Nº de Medicamentos da HAS	
Data 1ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 2ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 3ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 4ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 5ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 6ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 7ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 8ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 9ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 10ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 11ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 12ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 1ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 2ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 3ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 4ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 5ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 6ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 7ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 8ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 9ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 10ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 11ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 12ª consulta 2011:	____/____/____			
D. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS				
			Hipertensão	Usuário
D.1	Sexo	Feminino	0a ( )	0b ( )
		Masculino	1a ( )	1b ( )
D.2	Idade		____anos	____anos
D.3	Situação familiar/ conjugal	Convive c/ companheiro(a) e filho (a)	1a ( )	1b ( )
		Convive c/ companheiro(a) c/ laços conjugais e s/ filho (a)	2a ( )	2b ( )
		Convive c/ companheiro(a) c/ filho (a) e outros familiares	3a ( )	3b ( )
		Convive c/ familiares s/ companheiro(a)	4a ( )	4b ( )
		Convive c/ outras pessoas s/ laços consanguíneos e/ou laços conjugais	5a ( )	5b ( )
		Vive só	6a ( )	6b ( )
D.4	Escolaridade	Não sabe ler/escrever	1a ( )	1b ( )
		Alfabetizado	2a ( )	2b ( )
		Ensino fundamental incompleto (1º grau incompleto)	3a ( )	3b ( )
		Ensino fundamental completo (1º grau completo)	4a ( )	4b ( )
		Ensino médio completo (2º grau incompleto)	5a ( )	5b ( )
		Ensino médio completo (2º grau completo)	6a ( )	6b ( )
		Ens. superior (incompleto)	7a ( )	7b ( )
		Ens. superior (completo)	8a ( )	8b ( )
		Especialização/Residência	8a ( )	8b ( )
		Mestrado	9a ( )	9b ( )
Doutorado	10a ( )	10b ( )		
D.5	Raça/Cor	Branca	1a ( )	1b ( )
		Preta	2a ( )	2b ( )
		Amarela	3a ( )	3b ( )
		Parda	4a ( )	4b ( )
		Indígena	5a ( )	5b ( )



### Anexo 3 – 2º Parte do Instrumento Validado por PAES et al. (2014)

<b>A. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE HAS</b>	
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	
A.1	Alguma vez o(a) Sr(a) foi orientado(a) a fazer atividade física, por algum profissional de saúde da sua unidade?
A.2	Com que frequência, o(a) Sr(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da sua unidade?
<b>B. ACESSO AO DIAGNÓSTICO</b>	
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	
B.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	
B.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?
B.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?
B.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?
B.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?
<b>C. ACESSO AO TRATAMENTO</b>	
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	
C.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?
C.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	
C.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	
C.4	O(A) Sr(a). foi questionado pelos profissionais da unidade se aceitava fazer o tratamento medicamentoso?
C.5	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade se está tomando a medicação?
C.6	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade se está fazendo a dieta diariamente?
C.7	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade quanto ao horário que está tomando a medicação?
<b>D. ADESÃO/VÍNCULO</b>	
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	
D.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?
D.2	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?
D.3	O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?
D.4	O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?
D.5	Quando o(a) Sr.(a) consulta na unidade de saúde, o profissional conversa sobre outros problemas de saúde?
D.6	O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS?
D.7	O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?
D.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	
D.9	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa dos profissionais?
D.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?
<b>E. ELENCO DE SERVIÇOS</b>	
Para as questões E.1 a E.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.	
E.1	Informação sobre a HAS e seu controle?
E.2	Informação sobre os medicamentos e seus efeitos?
E.3	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?
E.4	Verificação de PA todas as vezes que vai para consulta?
E.5	Visitas domiciliares?
E.6	O(A) Sr.(a) encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em todos os dias úteis da semana?
E.7	Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?
E.8	Os Horários de funcionamento do serviço de saúde para atendimento são sempre respeitados?
E.9	O serviço oferece/garante exames solicitados pelo profissional da saúde?
E.10	O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames?
E.11	É agendada a sua consulta de retorno?
<b>F. COORDENAÇÃO</b>	
Para as questões F.1 a F.4 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
F.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?
F.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 referendado?
F.3	O(A) Sr(a) retorna à unidade de saúde com informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?
F.4	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?
<b>G. ENFOQUE NA FAMÍLIA</b>	
Para as questões G.1 a G.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
G.1	Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?
G.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?
G.3	Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?
<b>H. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE</b>	
Para as questões H.1 a H.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
H.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?
H.2	Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HAS com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?
H.3	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento?

**Anexo 4 – Parecer do Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**CERTIDÃO**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião Ordinária, realizada no dia 29-04-09, o projeto de pesquisa do interessado Professor Neir Antunes Paes, intitulada "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". Protocolo nº. 0101.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

  
Eliane Marques D. de Souza  
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB

## Anexo 5 - Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - 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: 58081-900 CNPJ: 24098477/0007-05  
Fone: (81) 32167302 - Fax: (083)32167522 E-mail: cep@hulw.com