



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

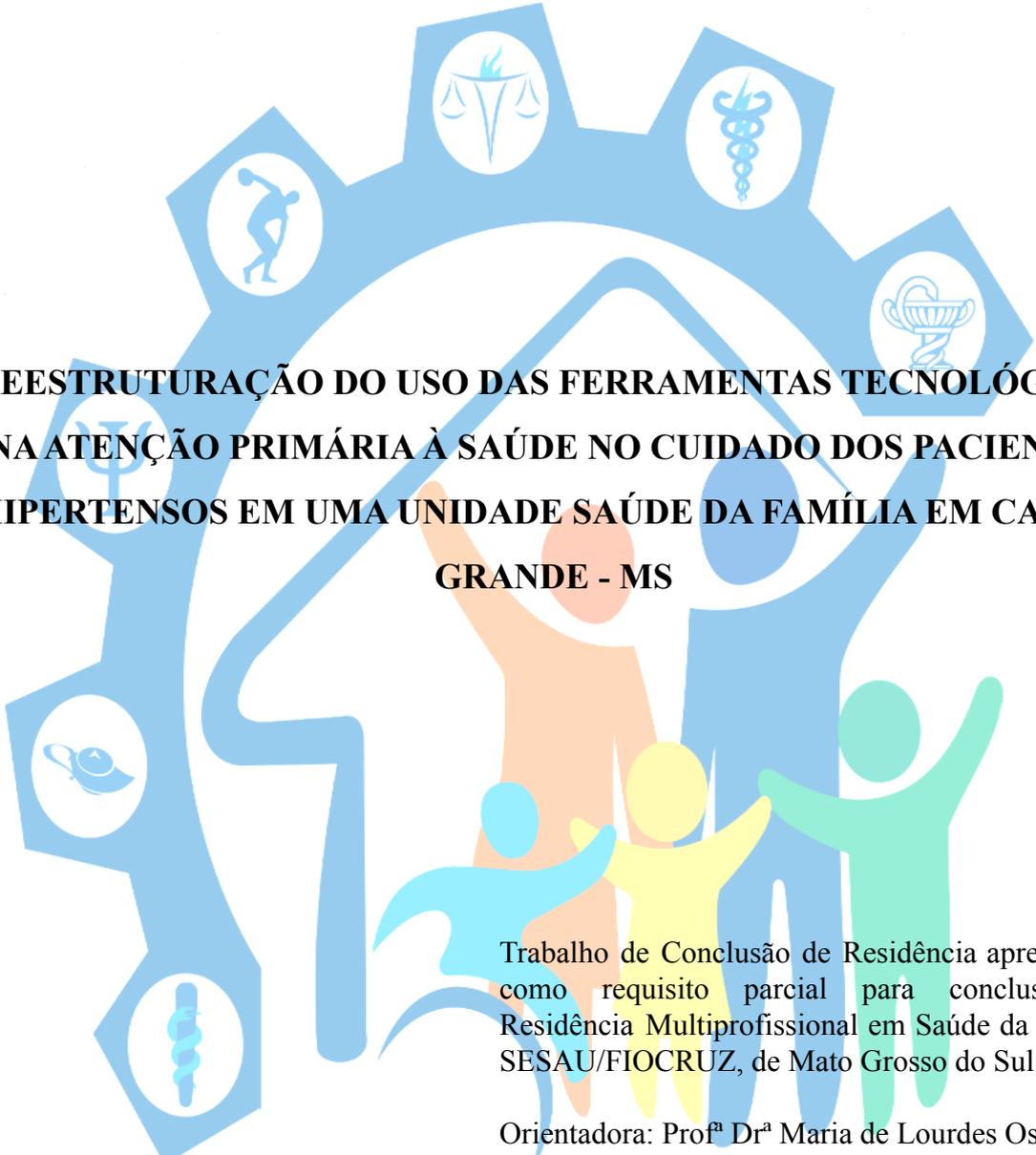
MÔNICA PEIXOTO FONTES

**REESTRUTURAÇÃO DO USO DAS FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO DOS PACIENTES
HIPERTENSOS EM UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPO
GRANDE - MS**

CAMPO GRANDE - MS

2022

MÔNICA PEIXOTO FONTES



**REESTRUTURAÇÃO DO USO DAS FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO DOS PACIENTES
HIPERTENSOS EM UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPO
GRANDE - MS**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para conclusão da
Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Lourdes Oshiro

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE - MS

2022



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ**

TERMO DE APROVAÇÃO

**REESTRUTURAÇÃO DO USO DAS FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO DOS PACIENTES
HIPERTENSOS EM UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPO
GRANDE - MS**

por

MÔNICA PEIXOTO FONTES

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 02 de Fevereiro de 2022, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Maria de Lourdes Oshiro
Doutora em Ciências da Saúde

Américo Basílio Nogueira
Mestre em Saúde da Família

Betina Durovni
Doutora em Clínica Médica

A Folha de Aprovação assinada eletronicamente encontra-se na Secretaria Acadêmica da Coordenação do Programa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço nominalmente aos integrantes da Equipe Nogueira, enfermeira Cristiane Garcia Prado e médico Weikman Alves Mendes pelas conversas em reunião de equipe onde foi possível idealizar meu Trabalho de Conclusão de Curso.

Agradeço imensamente a médica Paula de Almeida Souza Santos da Costa, de nome grande e coração imenso, acreditou na ideia e auxiliou em toda a construção da ferramenta para que esse trabalho acontecesse.

Agradeço à minha orientadora Maria de Lourdes Oshiro pois me acompanha desde a minha graduação e tivemos a oportunidade de estarmos juntas novamente na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que foi a realização de um sonho em minha carreira profissional.

RESUMO

FONTES, Mônica. **Reestruturação do uso das ferramentas tecnológicas na Atenção Primária à Saúde no cuidado dos pacientes hipertensos em uma Unidade Saúde da Família em Campo Grande - MS. 2022.** 24. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUI/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

A atenção em saúde para as DCNT necessita de abordagem multiprofissional pois as condições são prevalentes, multifatoriais com determinantes biológicos e socioculturais. O Escore de Framingham (EF) tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. O objetivo do trabalho foi otimizar a planilha de vigilância com a inserção do EF para visibilizar a população com risco cardiovascular em um estudo experimental prospectivo realizado em quatro etapas: exposição do projeto piloto, treinamento da equipe, uso e avaliação da ferramenta pelos profissionais da Unidade Saúde da Família. Selecionou-se 144 usuários que possuíam os critérios para o EF. A faixa etária com maior prevalência em ambos os sexos foi a partir dos 60 anos. Dados demonstraram que 68,9% dos homens e 54,7% das mulheres não possuíam registros de acompanhamento com a equipe de saúde. Pelo EF houve risco alto em mulheres (67,6%) e moderado para homens (55,6%). Após o período de utilização da ferramenta de vigilância, 42,9% dos profissionais descreveram como boa e 57,1% como muito boa. 100% dos entrevistados relataram que a nova ferramenta auxiliou melhor para a realização de vigilância em DCNT, tendo um nível de satisfação de 57,1%. Houve diversos obstáculos devido à pandemia do COVID-19, porém com o avanço da vacinação e a diminuição de casos, os dados poderão ser mais satisfatórios.

Palavras chaves: Hipertensão arterial. Atenção Primária em Saúde. Informática médica.

ABSTRACT

FONTES, Monica. **Restructuring the use of technological tools in Primary Health Care in the care of hypertensive patients in a family health unit in Campo Grande - MS. 2022.**

24. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

Health care for NCDs needs a multiprofessional approach as the conditions are prevalent, multifactorial with biological and sociocultural determinants. The Framingham Score (EF) aims to estimate the risk of each individual suffering coronary artery disease in the next ten years. The objective of this work was to optimize the surveillance worksheet with the insertion of the EF to visualize the population with cardiovascular risk in a prospective experimental study carried out in four stages: exposure of the pilot project, team training, use and evaluation of the tool by the professionals of the Unit. Family Health. We selected 144 users who met the criteria for the EF. The age group with the highest prevalence in both sexes was from 60 years of age. Data showed that 68.9% of men and 54.7% of women did not have follow-up records with the health team. According to EF, there was a high risk for women (67.6%) and moderate risk for men (55.6%). After the period of use of the surveillance tool, 42.9% of professionals described it as good and 57.1% as very good. 100% of respondents reported that the new tool helped them better to carry out surveillance in NCDs, with a satisfaction level of 57.1%. There were several obstacles due to the COVID-19 pandemic, but with the advancement of vaccination and the decrease in cases, the data may be more satisfactory.

Keywords: Arterial hypertension. Primary Health Care. Medical IT.

LISTAS DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Quantitativo de usuários cadastrados na equipe	14
Figura 2 - Frequência das consultas para o usuários de ambos os sexos	18
Tabela 1 - Faixa etária dos usuários cadastrados separados por sexo	15
Tabela 2 - Exame dos usuários na plataforma <i>MatrixNET</i>	16
Tabela 3 - Informações referentes a tratamento medicamentoso em ambos os sexos	17

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
FR	Fatores de risco
HA	Hipertensão Arterial
SIAB	Sistema de Informação para Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO	11
3 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS	12
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS	20
ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU	24

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada dos serviços de saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Possui diversas diretrizes, dentre elas, a territorialização e o manejo de uma população adscrita, deve-se trabalhar com o enfoque no cuidado centrado na pessoa, ter caráter resolutivo e garantir a longitudinalidade do cuidado¹. Contém um conjunto de ações de saúde que envolvem promoção, prevenção, proteção e vigilância em saúde no âmbito individual, familiar e coletivo, considerando a comunidade do território¹. Os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços de Atenção Primária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são denominados de Unidade Básica de Saúde (UBS) e são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a rede de atenção à saúde¹.

À medida que a população vai envelhecendo começa a ocorrer o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo mais prevalente a hipertensão arterial (HA). Dados de 2015 demonstram que a HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos no Brasil e isso causa impactos elevados na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar². Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA, relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, que atualmente encontra-se em 74,9 anos e o aumento na população de idosos com idade igual ou maior a 60 anos na última década (2000 a 2010), de 6,7% para 10,8%. Em Meta-análise de estudos realizados no Brasil incluindo 13.978 indivíduos idosos mostrou 68% de prevalência de HA².

A atenção em saúde para as doenças crônicas possui relevância pois as condições são prevalentes, multifatoriais com determinantes biológicos e socioculturais, necessitam de abordagem multiprofissional das equipes de saúde e necessita que os indivíduos tenham a percepção de sua responsabilidade no cuidado, assim como suas famílias e a comunidade³. Na APS disponibiliza-se diversas tecnologias em saúde e podem ser divididas em: leve, leve-dura e dura. A tecnologia leve se faz nas relações interpessoais e interprofissionais; a tecnologia leve-dura é construída a partir do conhecimento por meio de saberes estruturados e a tecnologia dura se concretiza na utilização de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos⁴. E dentre as consideradas leve-duras, há a Estratificação de Risco, conhecida como Escore de Framingham e tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer

uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos, reconhecer e tratar esses pacientes a partir de um método simples e acessível visando à intervenção e tratamento antecipado⁵. É recomendado incluir a sua realização logo na primeira consulta⁶, como também é sugerido ser aplicado como uma ferramenta para definir os critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas com HA pela equipe multiprofissional^{7,8}.

Por muito tempo o modelo biomédico em saúde foi predominante e entendia-se que a prática médica era fundadora da técnica científica moderna, núcleo original do qual os outros trabalhos especializados derivavam. Existia também uma hierarquia social e de trabalho, onde notava-se as diferenças técnicas entre as profissões. Fragmentava-se o cuidado ao paciente devido a essas desigualdades pela cultura de algumas profissões serem “superiores” a outras⁹. O exercício interdisciplinar é um dos grandes desafios para os profissionais que integram a Estratégia Saúde da Família (ESF), com a intenção de superar o modelo de atenção centrado na doença para adotar uma abordagem de atenção integral ao usuário, sua família e a comunidade onde faz parte¹⁰. A prática favorece a articulação do conhecimento de várias categorias profissionais, de forma a proporcionar mais sentido à teoria, amplia a compreensão dos problemas de saúde e, conseqüentemente, potencializa o cuidado à saúde, possibilitando a melhora da atenção à saúde¹¹.

A vigilância em saúde para pacientes hipertensos tem caráter preventivo posto que diversos estudos mostraram que 50 a 80% dos pacientes não aderem à medicação total ou parcialmente, acarretando em diversos problemas para o paciente, gerando resistência à terapia medicamentosa, gastos com exames e complicações no estado geral de saúde². A ferramenta poderá proporcionar o acompanhamento da equipe multiprofissional aos pacientes conforme o grau de risco e necessidade de periodicidade de consultas⁷, promover a promoção à saúde, reforçando mudanças no estilo de vida e medidas não farmacológicas^{2,7}.

Diante deste cenário, alinhado com a necessidade de acompanharmos as tecnologias e ferramentas digitais, a proposta de intervenção deste estudo é otimizar a planilha de vigilância *online* utilizada pela equipe multiprofissional, com a inserção da Estratificação de Risco para investigar o risco cardiovascular na população adulta adscrita. A otimização da referida planilha tem o propósito principal de visibilizar a população com risco cardiovascular e manejá-la de forma mais eficaz alinhado com o que é preconizado com a periodicidade de acompanhamento pela equipe multiprofissional^{2,3,7}. O propósito complementar é a inclusão do acompanhamento da dispensação de medicamentos pela farmácia municipal (informações

retiradas no Sistema Hygia®). A finalidade é tornar a ferramenta como um meio de comunicação entre os profissionais da equipe, para que todos possam ver e analisar os resultados dos pacientes, otimizando a tomada de decisão e, os casos mais necessários terem prioridade na equipe, garantindo a equidade.

2 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO

O presente estudo foi realizado na capital do estado de Mato Grosso do Sul, Campo Grande. A cidade está com uma população estimada em 885.711 pessoas no ano de 2018¹¹. Possui divisão territorial em sete distritos sanitários com o nome dos principais córregos da cidade, sendo estes: Anhanduizinho, Bandeira, Centro, Imbirussu, Lagoa, Prosa e Segredo. A cidade de Campo Grande possui cobertura de 75,3% na atenção primária em saúde, superando a média nacional que se encontra em 74,5%¹².

De acordo com Vigitel de 2019¹³, 24,9% da população de Campo Grande - MS referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, sendo 26,3% ponderado do sexo feminino e 23,4% do sexo masculino.

O local do estudo foi a Unidade Saúde da Família Dr. Antônio Pereira – Tiradentes e está localizada no Distrito Sanitário Bandeira. De acordo com o último censo realizado no ano de 2010¹¹, o distrito possui uma população de 21.896 pessoas sendo a maior quantidade a população feminina em relação a masculina, com idade média de 31,45 anos, renda per capita em média de R\$852,78 e possui taxa de analfabetismo de 4,74%.

O Trabalho de Conclusão de Residência foi um estudo de intervenção experimental prospectivo. Este trabalho é parte do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê Ético de Pesquisa sob nº 52972521.5.0000.5248. Os participantes selecionados para este estudo foram os usuários hipertensos, de ambos os sexos, com idade entre 30 e 74 anos, que necessitavam realizar o risco cardiovascular, pertencentes a área de atendimento da Unidade de Saúde da Família Dr. Antônio Pereira – Tiradentes em Campo Grande – MS. Foram excluídos os usuários não hipertensos, e os usuários com hipertensão arterial com idade menor de 30 anos e maior de 74, pois a ferramenta não abrange essas faixas etárias. O período de realização deste estudo compreendeu-se no ano de 2021.

As etapas do referido estudo de intervenção ocorreram do seguinte modo:

ETAPA 01: Inicialmente realizou-se uma apresentação para as 8 equipes pertencentes a Unidade de Saúde da Família Tiradentes no horário de reunião de equipe para apresentação do projeto piloto e o convite para a participação do mesmo.

ETAPA 02: Para as equipes que aceitaram participar da pesquisa, aplicou-se um questionário *online* via plataforma *Google Forms*® a fim de verificar quais eram as percepções dos profissionais frente aos instrumentos utilizados para a realização da vigilância em saúde dos pacientes pertencentes ao seu território adscrito.

ETAPA 03: As equipes que aceitaram participar foram submetidas a um treinamento para utilização da planilha automatizada e utilizaram em um prazo de 2 (dois) meses.

A planilha foi alimentada com os dados obtidos através do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC - eSUS APS) e os exames laboratoriais realizados com o prazo máximo de um ano, consultados no sistema *MatrixNET*®.

ETAPA 04: Ao término deste período de utilização, realizou-se reunião com as equipes para feedback e aplicação de questionário *online* via plataforma *Google Forms*® para avaliação do nível de satisfação pelo uso da planilha automatizada.

As equipes foram monitoradas mensalmente em reuniões de equipe para ajustar possíveis dificuldades. A planilha contém os critérios da Escala de Framingham a fim de realizar cálculos automatizados para otimizar o atendimento e continuidade do cuidado do paciente hipertenso.

3 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS

A Unidade Saúde da Família Dr. Antônio Pereira – Tiradentes está localizada no Distrito Sanitário Bandeira, atualmente possui 8 (oito) equipes e um grande território adscrito. Das 8 equipes, escolheu-se uma para a utilização do projeto piloto, correspondendo a 12,5% da USF.

Realizou-se o questionário inicial para verificarmos as opiniões dos profissionais referente a vigilância em saúde e as ferramentas utilizadas para esse fim. A equipe técnica possui 3 enfermeiras (42,9% da equipe), 3 médicos (42,9%), 1 farmacêutica de referência e 1 assistente social (14,3%), não há odontólogo de referência devido a falta de profissionais, as demandas da equipe são divididas com os profissionais odontólogos disponíveis. Essa quantidade de profissionais é mais volumosa quando comparado às outras USF devido à presença da Residência Multiprofissional de Saúde da Família e a Residência Médica em

Saúde da Família e Comunidade, tornando a unidade em questão em uma unidade-escola, possuindo preceptores, residentes e funcionários públicos, tendo como efeito um maior quantitativo de profissionais atuantes.

No questionário aplicado obteve-se os seguintes resultados quanto à frequência de uso das planilhas de vigilância: 42,9% responderam que utilizam frequentemente, 28,6% sempre utilizam, 14,3% responderam que raramente usam e 14,3% nunca utilizam a planilha. E 100% dos entrevistados concordam que a ferramenta é efetiva, descrevendo a importância da ferramenta de apoio para o controle interno da equipe, auxiliando no planejamento de trabalho e elencar a monitorização dos pacientes, principalmente os pertencentes às linhas de cuidado, como gestantes, crianças, HA e DM, e verificação da continuidade no cuidado.

É garantido pela Política Nacional de Promoção à Saúde a realização de vigilância em DCNT, fornecendo o embasamento para construir um conjunto de ações com a finalidade de conhecer a prevalência das doenças e os fatores de risco (FR) na população, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução das ações e avaliação da prevenção e controle¹⁵. O controle da hipertensão arterial está no rol das ações prioritárias na APS, na garantia de prevenção de complicações, diagnóstico de novos casos, cadastramento de portadores e busca ativa de casos¹⁶. O resultado deste tema no questionário reflete que os profissionais entrevistados estão em consonância com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

No quesito sugestões de melhoria para a ferramenta de vigilância, foram apontadas as seguintes necessidades: a ferramenta precisa ser mais dinâmica e interativa pois ainda encontra-se em um processo manual, o que compromete tempo e efetividade no uso da mesma, fato este que reflete na ausência de comprometimento em alimentar as informações para que esteja sempre atualizada.

Com o fim do prontuário físico, e o advento do prontuário eletrônico, ferramentas de bordo com o armazenamento dos dados em nuvem se fazem necessários, sendo uma infraestrutura que permite acessar recursos de computação a qualquer hora de qualquer lugar, possuindo equipamentos com acesso à internet^{17,18}.

Atualmente não existe um sistema único que forneça informações primárias sobre as DCNT, seja no âmbito da prevalência ou morbidade, porém o SUS dispõe de sistemas que gerenciam diversos níveis assistenciais, na qual possibilitam a realização de análises do comportamento das DCNT e agravos na população¹⁹.

Um estudo realizado na Universidade de Ciências Médicas do Granma²⁰, em Cuba, referente ao uso de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) na graduação em medicina, com enfoque em um site para base de dados em HA teve como resultado positivo na qual foram pontuados um bom uso da ferramenta devido sua interface agradável, fácil acesso e navegação, e seu uso dispensa grandes conhecimentos de informática.

O uso de TIC otimiza a gestão da informação e o desenvolvimento da comunicação, favorecendo a auto aprendizagem, a aprendizagem colaborativa, a socialização do conhecimento e a possibilidade de passar de espectador a produtor de conhecimento. Constitui um recurso valioso e inovador para a educação, seja no âmbito de graduação, pós graduação, pois oferecem ferramentas potentes que contribuem para a formação de um profissional de saúde mais competente²¹.

De acordo com dados obtidos na plataforma PEC e-SUS APS, a equipe participante assiste a 176 usuários hipertensos, destes foram selecionados os que cumpriam os requisitos exigidos pelo escore de Framingham, a faixa etária entre 30 e 74 anos e ambos os sexos. Com essa primeira filtragem, o estudo focou-se em 144 usuários (81,8% dos usuários total da equipe), conforme Figura 1.

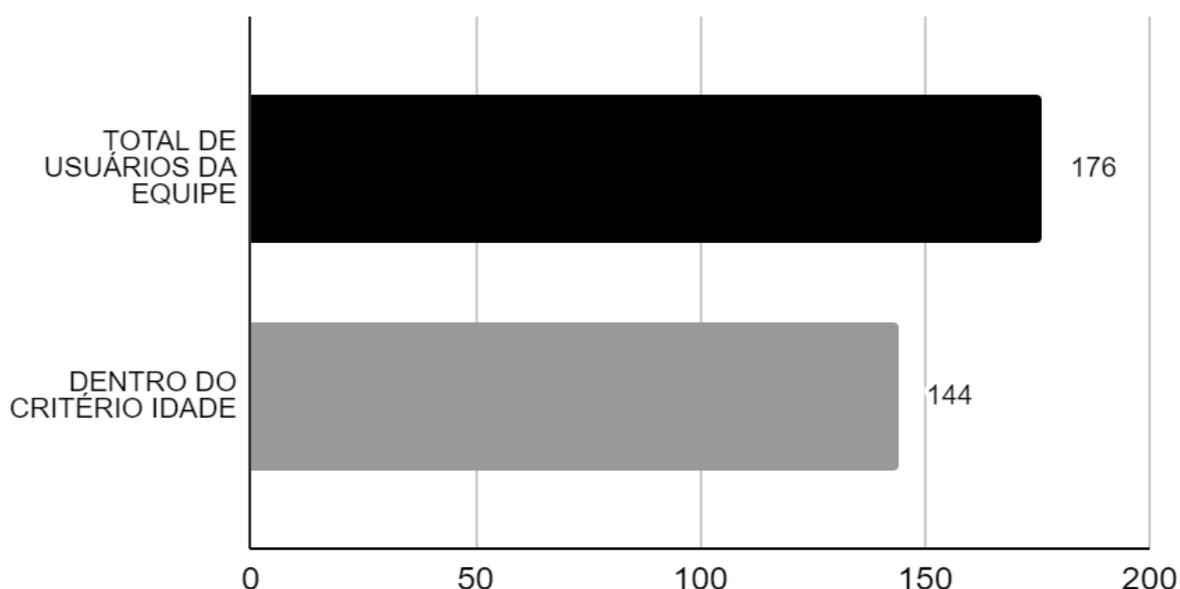


Figura 1. Quantitativo de usuários cadastrados na equipe

Os dados apresentados seguem a tendência encontrada em diversos estudos onde a presença feminina nos serviços de saúde é maior que a população masculina^{22,23,24,25,26}, seja por

pensamentos de fragilidade, questões culturais onde a mulher tenha a habilidade de cuidar mais do outro e de si, além do comportamento masculino de procurar os serviços de saúde apenas para emergências, e não para o cuidado à saúde²². A faixa etária com maior prevalência em ambos os sexos foi à partir dos 60 anos, porém no sexo feminino há um número considerável de usuárias em acompanhamento a partir dos 50 anos, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Faixa etária dos usuários cadastrados separados por sexo.

Idade	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
20-34	4	6,9	2	2,3
35-39	1	1,7	1	1,1
40-44	1	1,7	2	2,3
45-49	2	3,5	5	5,8
50-54	6	10,4	8	9,3
55-59	7	12,1	12	14,0
60-64	9	15,5	21	24,4
65-69	10	17,2	20	23,3
70-74	13	22,4	7	8,2
75-79	5	8,6	8	9,3
TOTAL	58	40,3	86	59,7

Após a listagem dos pacientes obtidos através do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC - eSUS APS), realizamos a busca para a inserção dos exames laboratoriais de colesterol total e fração *High Density Lipoprotein* (HDL) realizados no período máximo de um ano, consultados no sistema *MatrixNET*®. Os resultados demonstraram que mais da metade dos usuários não tinham informações disponíveis, seja no Prontuário Eletrônico do Cidadão, como em exames realizados pela rede municipal de saúde. Dados alarmantes revelaram que dos usuários 68,9% não possuíam dados de acompanhamento e as usuárias representavam 54,7% sem dados registrados, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2. Exames dos usuários na plataforma *MatrixNET*®

Exames Laboratoriais	Sim		Não	
	N	%	N	%
Sexo masculino	20	31,1%	38	68,9%
Sexo feminino	39	45,3%	47	54,7%

Os nós críticos encontrados nesta pesquisa foram elencados a partir da falta de dados obtidos nas bases de dados utilizadas na APS, na qual os exames devem ser realizados anualmente²⁶, e devido a pandemia do COVID-19 impactou mundialmente e necessitou-se de isolamento social, acarretando em uma parcial descontinuidade do cuidado, principalmente dos pacientes considerados população de risco para contrair o novo vírus.

A atenção primária à saúde necessitou readequação em diversos fluxos de trabalho e incorporação de outros, como a teleconsulta, no intuito de não interromper os atendimentos²⁸. Houve a diminuição de atendimentos, visitas domiciliares, dando preferência aos casos mais urgentes²⁹, dispensação de medicamentos por períodos mais longos³⁰, medidas estas para não interromper o cuidado aos usuários portadores de doenças crônicas, evitando a circulação dos usuários e diminuir o máximo a disseminação do vírus, garantindo segurança para a população e aos profissionais de saúde.

Outro fato que ocorreu durante a pesquisa foi a redivisão do território da USF Tiradentes³¹. A APS é a porta de entrada dos serviços de saúde e baseia-se no território, este determina o limite de atuação do serviço e a população sob sua responsabilidade. A territorialização é o processo de criação de territórios de atuação de unidades de atenção primária à saúde, muitas vezes baseando-se na tríade serviço-oferta-território, com isso há a necessidade de rever os limites do território periodicamente³². O território foi redistribuído conforme a quantidade de cadastros individuais realizados. Com isso, houve o redirecionamento dos usuários para outras equipes e inserção de novos usuários, reiniciando o processo de conhecimento do território e criação de vínculo da população com a equipe de saúde, inicialmente com os agentes comunitários de saúde e em seguida com a equipe técnica.

Com os dados laboratoriais de apenas 31,1% dos usuários do sexo masculino e 45,3% do sexo feminino, seguimos com as demais análises para verificação do estado de saúde. Os

dados obtidos nesta pesquisa comportam-se de modo similar a outros estudos internacionais, onde demonstrou que houve diminuição dos registros de acompanhamento dos usuários portadores de doenças crônicas, como por exemplo a aferição e registro da pressão arterial para estratificar como hipertensão controlada ou descontrolada nos períodos de maior necessidade de isolamento social³³. Entretanto, encontrou-se divergências nos cadastros dos usuários de ambos os sexos quando analisamos a realização de tratamento medicamentoso para hipertensão arterial, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3. Informações referentes a tratamento medicamentoso em ambos os sexos.

Variáveis	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Realiza tratamento medicamentoso	37	43,0	13	22,4
Não realiza tratamento medicamentoso	1	1,2	5	8,6
Informação não encontrada	48	55,8	40	69,0
TOTAL	86	100	58	100

Os fatores que podem ter contribuído a esse desencontro de informações foram os registros congruentes em quantidade inferior ao ideal, onde pode-se pontuar a falta de conhecimento para a realização destes registros, o que pode demonstrar a falta de orientação da Secretaria Municipal em tempo hábil, inabilidade do profissional frente ao sistema na qual por vezes não houve o registro correto, acarretando na fragilidade na contabilização dos indicadores de saúde.

Estudos em várias regiões do Brasil^{34,35,36} evidenciaram as mesmas dificuldades encontradas em nossa pesquisa, consequências estas do processo de implementação do Sistema de Informação para Atenção Básica (SIAB), operacionalizado pelo e-SUS Atenção Básica. O e-SUS AB se trata de uma estratégia lançada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº1.412, de 10 de junho de 2013³⁷.

Para a aplicação do Escore de Framingham se fez necessário a inserção de dados que consistem em idade, valores laboratoriais de colesterol total e fração *High Density Lipoprotein* (HDL), hábito de tabagismo, pressão arterial sistólica e a realização de tratamento medicamentoso^{2,3,7,8}. A planilha de vigilância realiza os cálculos de modo pré-programado

para a estratificação de risco e demonstrava a partir desta estratificação, qual a necessidade de frequência de consulta para a equipe multiprofissional, conforme demonstrado na Figura 2.

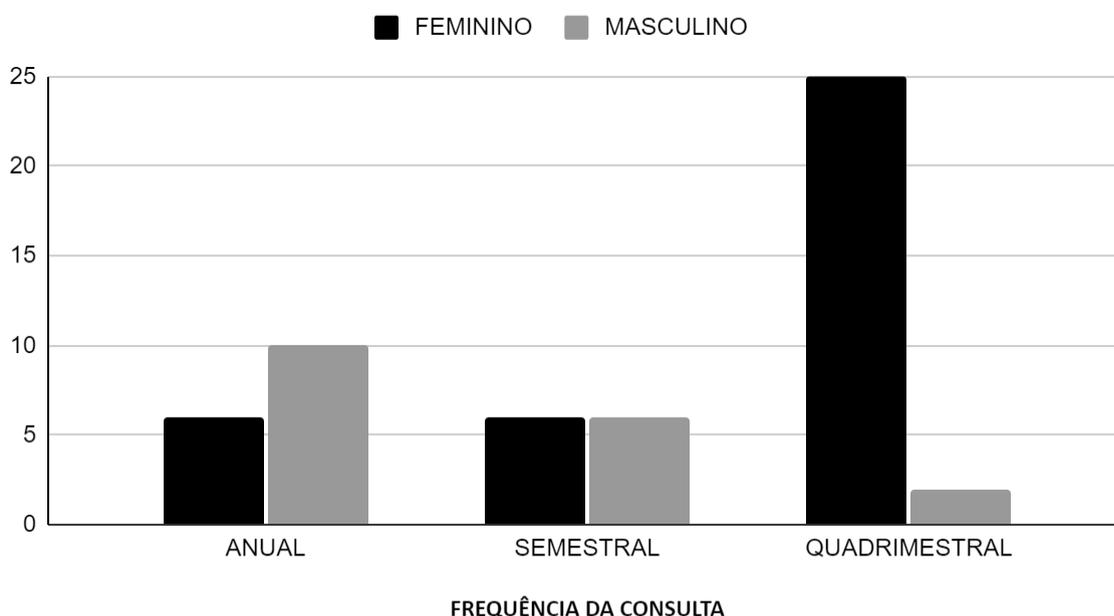


Figura 2 - Frequência das consultas para o usuários do sexo masculino e feminino.

Os resultados encontrados neste estudo são diferentes quanto a outros publicados^{22,23,24,25,26}, maioria destes demonstram uma prevalência de baixo e moderado risco, tendo como consequência os atendimentos semestrais e anuais. No presente estudo nota-se que a prevalência em usuárias do sexo feminino para risco alto, ou seja, necessita-se de atendimento quadrimestral (67,6%) e usuários do sexo masculino tem a prevalência de risco moderado, onde a frequência de consulta passa a ser anual (55,6%). Essa particularidade se deve aos determinantes sociais em saúde, onde não são idênticos em todos os lugares, causando resultados distintos.

O delineamento das ações devem ser a partir da frequência com que o paciente necessita ser acompanhado pela equipe multiprofissional de saúde, pacientes de baixo risco podem realizar o acompanhamento em consultório anualmente, aqueles que foram estratificados como moderado, devem ser acompanhados semestralmente em consultório e convidados a participar em campanhas de saúde em educação coletiva, e os que foram considerados risco alto, é recomendado o seguimento quadrimestral em consultório, participação em campanhas e acompanhamento para adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico^{7,16}. Estudos internacionais demonstram que os resultados de

acompanhamento a pacientes portadores de DCNT tendem a ser melhores quando a equipe inclui um farmacêutico³⁸.

No âmbito da vigilância em saúde, há o segmento da vigilância ativa, que compreende o monitoramento regular para buscar informações sobre as condições de saúde da população e FR comportamentais que devem ser realizadas pelos profissionais de saúde³⁹. Evidências em saúde baseadas em dados eletrônicos podem apoiar e exprimir necessidades para políticas de saúde, no intuito de colaborar nas ações de promoção à saúde, prevenção e vigilância⁴⁰. Entre os principais desafios dos profissionais de saúde está o desenvolvimento de habilidades no uso das TIC²¹. O rastreamento dos usuários é considerado o primeiro passo para implementação de ações voltadas para a prevenção, a gestão e a vigilância das DCNT na APS⁴¹.

A última etapa desta pesquisa fora o questionário final para os profissionais de saúde após o período de utilização da ferramenta, obteve-se os seguintes resultados: 42,9% responderam que a inserção de dados, incluindo a quantidade de colunas e informações solicitadas na planilha foram boa e 57,1% descreveram como muito boa. A pergunta referente a comparação da ferramenta antiga compara a da pesquisa, 100% dos entrevistados descreveram que a nova ferramenta auxiliou melhor para a realização de vigilância em DCNT, tendo um nível de satisfação de 57,1%, muito satisfeitos correspondem a 28,6% e neutro com 14,3%.

Onde podemos concluir que a ferramenta deste projeto mostrou-se útil e necessária, uma vez que a plataforma PEC e-SUS APS possui mecanismos incipientes de uso das informações produzidas para o controle, avaliação e tomada de decisão na situação de saúde territorial, como também não há geração de relatórios consistentes para realização da vigilância em saúde, tornando deficitários o planejamento e avaliação, e prejudicando o trabalho da gestão³⁶.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados encontrados, o presente trabalho encontrou diversos obstáculos devido à pandemia do COVID-19, porém com o avanço da vacinação e a diminuição da taxa de contágio, casos e internações, os dados poderão ser mais satisfatórios para um bom acompanhamento e redução de complicações. Após a implantação e consolidação de dados na base PEC e-SUS AB poderemos verificar de

modo amplo a população adscrita e suas necessidades de saúde. Implementações de ações em saúde baseados nos resultados da vigilância em saúde serão necessários para alterar fatores de riscos modificáveis e evitar agravos a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3 Supl.3):1-83.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
4. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. Em: Merhy EE, Onoko R, editores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-50.
5. Sousa NP de, Sousa MF de, Araújo DER de, Santos WS, Lima LR de, Rehen TCS. Estratificação de Risco Cardiovascular na Atenção Primária segundo Escore de Framingham. *TEMPUS [Internet]*. 20º de maio de 2016 [citado 30º de dezembro de 2021];10(1):Pág. 157-168. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1862>
6. Fernandes PV, Castro MM de, Fuchs A, Machado MCRM, Oliveira FD de, Silva LB, *et al.* Valor Preditivo do Escore de Framingham na Identificação de Alto Risco Cardiovascular. *Internacional Journal of Cardiovascular Sciences*. v.28, n.1, p.4-8, 2015. DOI: 10.5935/2359-4802.20150002
7. Campo Grande. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência da Rede de Atenção à Saúde. Coordenadoria da Rede de Atenção Básica. Hipertensão Arterial: Manejo clínico na Atenção Primária à Saúde. 1 ed. Campo Grande: SESA, 2021. 72p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
9. Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001;35(1):103-9.
10. Jacowski M, Budal AMB, Lemos, DS, Ditterich RG, Buffon MCM, Mazza VA. Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, p. 1-9, abr./jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i2.15145>
11. Oliveira ERA, Fiorin BH, Lopes LJ, Gomes MJ, Coelho SO, Morra JS. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Revista Brasileira Pesquisa em Saúde*. 2011. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000200011>

12. Agência Municipal de Meio Ambiente e Planejamento Urbano - PLANURB. Perfil Socioeconômico de Campo Grande/Agência Municipal de Meio Ambiente e Planejamento Urbano - PLANURB. 26. ed. rev. Campo Grande, 2019.
13. Chianezi, M. Campo Grande é a 8ª capital do país com melhor cobertura em atenção na saúde. Midiamax, Campo Grande, 18 de setembro de 2020. Disponível em: <<https://midiamax.uol.com.br/cotidiano/2020/campo-grande-e-a-8a-capital-do-pais-com-melhor-cobertura-em-atencao-na-saude>>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção primária: rastreamento. 2010;(2):1-95.
17. Mell P, Grance T. The NIST Definition of Cloud Computing, Communications of the ACM 53:6 (2010), 50.
18. Vaquero LM, Rodero-Merino L, Caceres J, Lindner M. A Break in the Clouds: Towards a Cloud Definition, ACM SIGCOMM Computer Communication Review 39:1 (2009), 50-55.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para enfrentamento das doenças não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011- 2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
20. Duany Almira LF, Carrazana SGP, Bavastro B del CT, Herrera LAL. HypertensionWeb: sitio web sobre hipertensión arterial para estudiantes de las ciencias médicas. EDUMECENTRO [Internet]. 2021 Mar; 13(1): 45-59. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742021000100045&lng=es. Epub 31-Mar-2021.
21. Del Castillo Saiz GD, Sanjuán Gómez G, Gómez Martínez M. Tecnologías de la Información y las Comunicaciones: desafío que enfrenta la universidad de ciencias médicas. EDUMECENTRO [Internet]. 2018 Mar; 10(1): 168-182. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742018000100011&lng=es.
22. Gomes R, Rebello LEFS, Nascimento EF, Deslandes SF, Moreira MC. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, 16(11):4513-4521, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200024>
23. Souza NP, Sousa MF, Araújo DER, Santos WS, Lima LR de, Rehem TCS. Estratificação de Risco Cardiovascular na Atenção Primária segundo Escore de Framingham. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 10(1), 157-168, mar, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1862>
24. Ferreira G de S, Oliveira GVB de, Campos GA, Mendes LFR, Afonso LAM, Silva MV da, Santana TMGQ. Risco cardiovascular pelo escore de Framingham em serviços de

- cardiologia de uma cidade de médio porte de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais* 2020;30 (Supl 4): S69-S76.
25. Haito SM, Moreira KFA, Freitas JLG, Souza RA, Farias ES. Risco cardiovascular em hipertensos cadastrados em uma unidade de saúde no Norte do Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2020;33:10400. DOI: 10.5020/18061230.2020.10400
 26. Costa MVG da, Lima LR de, Silva ICR da, Rehem TCMSB, Funghetto SS, Stival MM. Risco cardiovascular aumentado e o papel da síndrome metabólica em idosos hipertensos. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2021. 25(1): e20200055. Epub 15-Jul-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0055>.
 27. Barroso *et al*. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 116(3):516-658 DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
 28. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(8):e00149720 DOI: 10.1590/0102-311X00149720
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção a pessoas com doenças crônicas na APS diante da situação de pandemia de COVID-19, 2020.
 30. Campo Grande. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução Sesau nº 529, de 27 de março de 2020. regulamenta a dispensação de medicamentos nas farmácias da Rede Municipal de Saúde de Campo Grande.
 31. Campo Grande. Secretaria Municipal de Saúde. Distrito Sanitário Bandeira. CI N°02/2021 e-DOC5041.
 32. Faria, RM. A territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *HYGEIA*, ISSN: 1980-1726 *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 131 - 147, Jun/2013.
 33. Adam L, Beckman, BS, King J, Streat DA, Bartz N, Figueroa JF, Mostashari F. Decreasing Primary Care Use and Blood Pressure Monitoring During COVID-19. *The American Journal of Managed Care*, September 2021, Volume 27, Issue 9. DOI: <https://doi.org/10.37765/ajmc.2021.88644>
 34. Medeiros JB, Holmes ES, Albuquerque SGE de, Santos SR dos. O E-Sus Atenção Básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma Estratégia Saúde Da Família. *Rev. APS*. 2017 jan/mar; 20(1): 145 - 149.
 35. Bornholdt L, Barros LR da S, Pauli E, Pereira EB, Lorenzon TLN, Soder RM. Dificuldades e potencialidades na implantação do e-SUS em uma Estratégia de Saúde da Família. XIX Jornada de Extensão da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), 2018. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/10204/8869>
 36. Albuquerque SGE, Santos SR, Costa T, Amorim EH, Cabral ALM, Batista PSS. XVII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde - CBIS 2020: 399-405 *J. Health Inform. 2020 Número Especial SBIS - Dezembro: 399-405*
 37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).
 38. Sidney, S. (2015). Team-Based Care. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(5), e81–e82. doi:10.1016/j.amepre.2015.05.014
 39. Nsubuga P, White ME, Thacker SB, Anderson MA, Blount SB, Broome CV, Chiller TB, Espitia V, Intiaz R, Sosin D, Stroup DF, Tauxe V, Vijayaraghavan M, Trostle M. Vigilância em saúde pública: uma ferramenta para direcionar e monitorar atividades. In: Jamison DT, Breman J, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans D, Jha P, Mills A,

- Musgrove P. Priorities for disease control in developing countries. 2^a ed. Washington, DC: Banco Mundial e Oxford University Press; 2006.
40. Khemthong K, Turnbull N, Suwanlee SR, Peltzer K. The High Technology Measure the Risk of Noncommunicable Diseases, Confidence the Gender in the Prevalence of Health Information for the Decision-Making in Si Sa Ket Province, Thailand. *Studies in health technology and informatics*,2019. DOI:10.3233/SHTI190075
 41. Silva, LB. Qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão atendida na Atenção Primária à Saúde [manuscrito]. / Liliam Barbosa Silva - Belo Horizonte: 2018. Tese de doutorado de Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/ENFC-B6HRC4>

ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REESTRUTURAÇÃO DO USO DAS FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO DOS PACIENTES HIPERTENSOS EM UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPO GRANDE - MS

Pesquisador: MONICA PEIXOTO FONTES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52972521.5.0000.5248

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.180.626

Apresentação do Projeto:

As informações abaixo foram extraídas principalmente dos seguintes documentos:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1740659.pdf e do projeto REESTRUTURAÇÃO DO USO DAS FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO DOS PACIENTES HIPERTENSOS EM UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPO GRANDE - MS postados em 05/12/2021

Trata-se de um projeto de pesquisa, em primeira versão, vinculado ao PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU - CAMPO GRANDE - MS / FIOCRUZ.

Orientadora prof Dr. Maria de Lourdes Oshiro e orientanda Mônica Peixoto Fontes

Projeto em sua segunda versão

Critério de Inclusão:

Pacientes hipertensos, de ambos os sexos, com idade entre 30 e 74 anos, que necessitem realizar o risco cardiovascular, pertencentes a área de atendimento da Unidade de Saúde da Família Dr. Antônio Pereira – Tiradentes em Campo Grande – MS. Tamanho da amostra no Brasil: 200(hipertensos)

Endereço: Av. Brasil 4036, sala 705 - 7º andar (Campus Expansão)

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-361

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3882-9011

Fax: (21)2561-4815

E-mail: cepfiocruz@ioc.fiocruz.br

Continuação do Parecer: 5.180.626

A Atenção Primária tem desafio constante de conhecer os riscos de cada usuário e adequar as ações, tanto individuais como coletivas, conforme as necessidades da população adscrita, além de utilizar melhor os recursos do serviço, alinhado com a promoção e prevenção de saúde (BRASIL, 2014). Dentre as tecnologias leve-duras que disponibilizamos na APS, há a Estratificação de Risco, conhecida como Escore de Framingham e, tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos, reconhecer e tratar esses pacientes a partir de um método simples e acessível visando à intervenção e tratamento antecipado (SOUZA, 2016). É recomendado incluir a sua realização logo na primeira consulta (FERNANDES et al, 2015), como também é sugerido ser aplicado como uma ferramenta para definir os critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas com HA pela equipe multiprofissional (CAMPO GRANDE, 2021;BRASIL, 2013). O objetivo do presente projeto é desenvolver um projeto piloto de planilha automatizada online para as equipes da Unidade Saúde da Família para otimizar a vigilância de pacientes com HAS de ambos os sexos, com idade entre 30 e 74 anos, que necessitem realizar o risco cardiovascular, pertencentes a área de atendimento da Unidade de Saúde da Família Dr. Antônio Pereira – Tiradentes em Campo Grande – MS. Com a realização desse projeto espera-se otimizar a vigilância em saúde da população adscrita das equipes, otimizar a tomada de decisão da equipe com a ferramenta pois demonstrará qual necessidade da frequência de consulta com a equipe multiprofissional, auxiliar a gestão da agenda dos profissionais para garantir a demanda programada e a demanda espontânea.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Otimizar a planilha de vigilância online utilizada pela equipe multiprofissional, a fim de aperfeiçoar o acompanhamento e a vigilância em saúde de pacientes com HAS do território de sua equipe.

Objetivo Secundário:

Potencializar o instrumento online na qual irá: Realizar a avaliação de risco cardiovascular (Escore de Framingham) e definir a periodicidade de acompanhamento das pessoas com HA pela equipe multiprofissional;

Acompanhar a dispensação de medicamentos pela farmácia municipal (informações retiradas no sistema Hygia);

Acompanha a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos atendidos utilizando a Escala de Morisky;

Verificar a efetividade dos instrumentos de trabalho para a vigilância nas equipes da ESF;

Endereço: Av. Brasil 4036, sala 705 - 7º andar (Campus Expansão)

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-361

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3882-9011

Fax: (21)2561-4815

E-mail: cepfiocruz@ioc.fiocruz.br

Continuação do Parecer: 5.180.626

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos dessa pesquisa são os mínimos possíveis, pode ocorrer desconforto ao responder questionamentos durante a entrevista, divulgação indevida de informações pessoais e do prontuário eletrônico, e exceder ao tempo combinado para finalizar a entrevista.

Benefícios:

Contribuir com dados que possam melhorar o cuidado no tratamento do paciente hipertenso, auxiliar para um menor índice de abandono dos uso de medicamentos e diminuir as complicações causadas pela hipertensão arterial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem fundamentado, sem necessidade de ser encaminhado para a CONEP.

Tipo de estudo: Estudo de intervenção experimental prospectivo

A ser realizado no âmbito da pós-graduação do PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU - CAMPO GRANDE - MS / FIOCRUZ.

Tamanho da amostra no Brasil: 200(hipertensos).

Data prevista de término: janeiro de 2022

Instituição coparticipante: Universidade Católica Dom Bosco responsável Anailu Roza Denis

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

foram analisados os seguintes documentos:

-PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1740659.pdf postado em 05-12-2021

-CARTARESPPOSTACEP.docx postado em 05-12-2021

-CARTARESPPOSTACEP.pdf postado em 05-12-2021

-TCLECORRIGIDO.pdf postado em 30-11-2021

-PROJETORESUMOCORRIGIDO.pdf postado em 30-11-2021

-PROJETOCORRIGIDO.pdf postado em 30-11-2021

-CRONOGRAMACORRIGIDO.pdf postado em 30-11-2021- carece de ajustes, pois a data não está compatível com a análise do protocolo pelo CEP

As seguintes pendências foram atendidas na segunda versão:

1.0 Quanto aos participantes da pesquisa

Endereço: Av. Brasil 4036, sala 705 - 7º andar (Campus Expansão)

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-361

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3882-9011

Fax: (21)2561-4815

E-mail: cepfiocruz@ioc.fiocruz.br

Continuação do Parecer: 5.180.626

1.1 Apresentar os critérios de exclusão dos participantes (hipertensos), pois apenas são apresentados os critérios de inclusão. Atendido!

2.0 Ajustar o cronograma - incluir data e período previsto para o recrutamento dos participantes. Atendido!

3.0 Ajustar TCLE conforme solicitado - incluir os objetivos do estudo em linguagem acessível aos participantes da pesquisa. Deixar claro ao voluntário que estará participando da pesquisa que não faz parte da assistência. Atendido!

04. Incluir instituição coparticipante via Plataforma Brasil- atendido, incluído a instituição "fundo municipal de saúde".Atendido!

05. Ajustar o projeto segundo especificações da Resolução CNS 580/2018. Detalhar como serão atendidos os 10 artigos do capítulo II. Dos aspectos éticos das pesquisas com seres humanos em instituições do SUS.Atendido!

Art. 2º As pesquisas realizadas em instituições do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com atividades de atenção à saúde. Atendido!

Art. 3º A utilização para fins de pesquisa de acervo e/ou material biológico humano resultante das atividades de atenção à saúde só poderá ser realizada com a devida apreciação e aprovação técnica ética do Sistema CEP/CONEP. Atendido!

Art. 4º É dever do pesquisador responsável, ou pessoa por ele delegada da equipe de pesquisa, explicitar, no processo de obtenção do consentimento, ao participante da pesquisa recrutado em serviço de saúde vinculado ao SUS (usuário do serviço de saúde), a diferença entre o procedimento da pesquisa e o atendimento de rotina do serviço. Atendido!

Art. 5º Os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição. Atendido!

Art. 6º A pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição.Atendido!

Art. 7º A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.Atendido!

Art. 8º O projeto deverá apresentar o orçamento conforme a normativa vigente.Atendido!

Endereço: Av. Brasil 4036, sala 705 - 7º andar (Campus Expansão)

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-361

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3882-9011

Fax: (21)2561-4815

E-mail: cepfiocruz@ioc.fiocruz.br

Continuação do Parecer: 5.180.626

Art. 9. É dever do pesquisador divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo. Atendido!

Art. 10. A apreciação ética dos estudos realizados em serviços integrantes do SUS deverá ser realizada em CEP vinculado à instituição onde serão recrutados os participantes da pesquisa, sem prejuízo do fluxo definido pelas demais resoluções do CNS. No caso de não existir CEP na instituição, deverá ser seguido o fluxo definido pela CONEP. Atendido!

Recomendações:

Ajustar o cronograma conforme descrito em "conclusão ou pendências e lista de inadequações.

O cronograma de execução deve apontar o início do estudo em data compatível com a tramitação do protocolo no Sistema CEP/CONEP. O pesquisador deve atualizar o cronograma de forma que o projeto só se inicie após a aprovação do CEP Fiocruz/IOC e apresentar compromisso explícito de iniciar o estudo somente após a aprovação final do Sistema CEP/CONEP.

Todos os documentos submetidos a apreciação, por se tratarem de documentos oficiais, deverão ser redigidos em papel timbrado, assinados, carimbados e datados, permitindo assim sua validação e autenticação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Embora no cronograma apresentado consta que o "Recrutamento dos pacientes" tem data de início 30/11/2021 e de fim em 10/12/2021, datas não compatíveis com a tramitação do protocolo no sistema CEP/CONEP, este CEP entende que o projeto não teve início ainda por se encontrar em tramitação. Enviar cronograma ajustado levando em consideração a tramitação pelo CEP da instituição coparticipante e compromisso explícito de iniciar o estudo somente após a aprovação final do Sistema CEP/CONEP via notificação. Caso tenha tido início não cabe aprovação ética por ser impossível exercer a missão de proteger os participantes da pesquisa de forma retrospectiva.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (CEP FIOCRUZ/IOC)

Endereço: Av. Brasil 4036, sala 705 - 7º andar (Campus Expansão)

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-361

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3882-9011

Fax: (21)2561-4815

E-mail: cepfiocruz@ioc.fiocruz.br

Continuação do Parecer: 5.180.626

em sua 302a Reunião Ordinária, realizada em 20.12.2021, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

O pesquisador deve garantir ao participante da pesquisa a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve lhe entregar uma versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, assinada e datada pelo participante e pelo membro da equipe responsável.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), junto com seu posicionamento.

Este CEP ressalta a importância do envio dos relatórios parciais e final, sendo uma das responsabilidades assumidas pelo pesquisador ao submeter o seu projeto para apreciação (Resolução CNS 466/2012, XI.2.d e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, V).

Os Relatórios Parciais deverão ser encaminhados semestralmente.

O Relatório de Conclusão (Final) deverá ser enviado em até 60 dias após o término do projeto. Ambos os tipos de relatórios deverão ser apresentados via Plataforma Brasil, na funcionalidade "Notificação".

A observância dos prazos de envio dos relatórios parciais ou finais é estritamente de responsabilidade do pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1740659.pdf	05/12/2021 18:23:38		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTARESPOSTACEP.docx	05/12/2021 18:23:06	MONICA PEIXOTO FONTES	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador	CARTARESPOSTACEP.pdf	05/12/2021 18:22:52	MONICA PEIXOTO FONTES	Aceito

Endereço: Av. Brasil 4036, sala 705 - 7º andar (Campus Expansão)

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-361

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3882-9011

Fax: (21)2561-4815

E-mail: cepfiocruz@ioc.fiocruz.br

Continuação do Parecer: 5.180.626

Responsável	CARTARESPOSTACEP.pdf	05/12/2021 18:22:52	MONICA PEIXOTO FONTES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECORRIGIDO.pdf	30/11/2021 12:32:44	MONICA PEIXOTO FONTES	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETORESUMOCORRIGIDO.pdf	30/11/2021 12:28:43	MONICA PEIXOTO FONTES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCORRIGIDO.pdf	30/11/2021 12:18:50	MONICA PEIXOTO FONTES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMACORRIGIDO.pdf	30/11/2021 12:15:38	MONICA PEIXOTO FONTES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	03/10/2021 23:00:07	MONICA PEIXOTO FONTES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOSIGILO.pdf	03/10/2021 22:58:33	MONICA PEIXOTO FONTES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOANUENCIA.pdf	03/10/2021 22:57:55	MONICA PEIXOTO FONTES	Aceito
Outros	CURRICULOPESQUISADORAS.pdf	28/09/2021 10:12:01	MONICA PEIXOTO FONTES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 20 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Ximena Illarramendi
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Brasil 4036, sala 705 - 7º andar (Campus Expansão)

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-361

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3882-9011

Fax: (21)2561-4815

E-mail: cepfiocruz@ioc.fiocruz.br