



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

EMERSON EDUARDO FARIAS BASÍLIO

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA MOTORA QUANTO À
ASSISTÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

CAMPINA GRANDE - PB

2021

EMERSON EDUARDO FARIAS BASÍLIO

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA MOTORA QUANTO À
ASSISTÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública,

Linha de pesquisa: Avaliação de Programas, Tecnologias e Serviços de Saúde.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientador (a): Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França.

CAMPINA GRANDE - PB

2021

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

B312p Basílio, Emerson Eduardo Farias.
Percepção dos usuários com deficiência motora quanto à assistência na rede de atenção à saúde para o controle da hipertensão arterial [manuscrito] / Emerson Eduardo Farias Basílio. - 2021.
71 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2022.
"Orientação : Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."
1. Hipertensão arterial. 2. Atenção primária à saúde. 3. Pessoas com deficiência. 4. Saúde pública. I. Título
21. ed. CDD 362.1

EMERSON EDUARDO FARIAS BASÍLIO

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA MOTORA QUANTO À
ASSISTÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública; Área de Concentração Saúde Pública;

Linha de pesquisa: Avaliação de Programas, Tecnologias e Serviços de Saúde.

Área de concentração: Saúde Pública.

Aprovado em: 03/12/2021

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França
Universidade Estadual da Paraíba



Prof. Dr. Alexandro Silva Coura
Universidade Estadual da Paraíba



Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos
Universidade Federal da Paraíba

Dedico esta Dissertação a Deus, a minha amada família, e aos meus amigos por sempre me incentivarem nesta caminhada e na realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Dedico a concretização deste trabalho de conclusão de Mestrado em Saúde Pública a **meu amado Deus**, por sempre ter me dado forças para vencer todas as batalhas da vida.

A minha querida mãe Damiana Maria da Silva, por sempre está apoiando nas minhas decisões com uma maior compreensão, por todo o ensinamento, e pelo o amor incondicional.

A meu amado pai Eriberto Farias Basílio “in memoriam”, por todo exemplo de ser humano de caráter, humildade e respeito, além de todo ensinamento em vida. Fico sem palavras pra poder me expressar o quanto o senhor é importante para mim, que Deus o coloque em um bom lugar e que o senhor esteja cuidando de nós e protegendo aí do céu.

Ao meu irmão Emanuel Farias, por sempre acreditar no meu potencial e estar sempre presente na minha vida.

A minha família, em especial meus avôs **João Inácio e Maria Leonila** e minha prima **Fabiana Nascimento**, por sempre me incentivarem e me apoiarem em todos os momentos da minha vida.

A todos os meus amigos e colegas da pesquisa, que fui presenteado durante a minha graduação. Em especial a minha amiga **Jamilly Aragão**, que sempre me ajudou no meio da pesquisa, me orientando e incentivando para que nunca desistisse dos meus sonhos. Expresso todo o carinho, admiração e respeito que tenho por você.

A minha eterna amiga e orientadora de pesquisa e da vida Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França, por sempre ter me dado oportunidades no grupo de pesquisa e orientações sábias, que me fez crescer ainda mais, como pessoa e acadêmico. Expresso toda minha maior admiração, respeito e carinho pela Sr.^a, exemplo de profissional e ser humano que eu quero ser na vida.

A minha banca escolhida Prof. Dr. Alessandro Coura Silva e Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos, por terem aceitado fazer parte desse momento ímpar na minha vida.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Atenção em Saúde Coletiva (GEPASC), por ter sido uma grande escola na minha carreira acadêmica e profissional.

Aos meus amigos e colegas de curso, pelos os bons momentos de alegria, respeito e felicidade e os momentos difíceis e árduos durante esta fase, em especial aos meus amigos de vida **Morgana Pimentel, Rayssa Gabrielle e Diego Clênio**, gratidão por todas as palavras, conselhos e também as puxadas de orelha.

A todos os professores do Mestrado em Saúde Pública, por todo o ensinamento ofertado, bem como os funcionários e todos que compõem a Universidade Estadual da Paraíba.

A todos vocês, minha eterna gratidão.

“Tudo posso n’Aquele que me fortalece”
(Filipenses 4:13).

RESUMO

Esse trabalho descreve a percepção de satisfação ou insatisfação dos usuários com deficiência motora em relação aos serviços ofertados pela Rede de Atenção à Saúde no município de Taperoá-PB, para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que ocorreu no período de junho a agosto, realizado nas UBS do município. A população do estudo foi compreendida por todos os usuários do SUS com deficiência motora associado à HAS que estão vinculados aos atendimentos das UBS. O estudo atendeu a todos os procedimentos éticos recomendados pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde. Ao investigar sobre a assistência prestada às Pessoas com Deficiência na Rede de Atenção Primária em Saúde do município de Taperoá-PB, através da percepção dos usuários, pode-se observar resultados que salientam a importância da implantação de investimentos, por parte dos gestores locais, com a finalidade de reduzir as vulnerabilidades ainda existentes no serviço de saúde enfrentadas pelas pessoas com deficiência física. Que este estudo sirva de subsídio para os gestores e equipes de saúde para que possam nortear a assistência a esses pacientes, no âmbito da atenção primária, priorizando o cuidado holístico no intuito de resolver as dificuldades individuais e coletivas dos pacientes e que possa garantir a efetividade na terapêutica da HAS.

Descritores: Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Pessoas com Deficiência.

ABSTRACT

This work describes the perception of satisfaction or dissatisfaction of users with physical disabilities in relation to the services offered by the Health Care Network in the city of Taperoá-PB, for the control of Systemic Arterial Hypertension (SAH). This is a descriptive study with a qualitative approach that occurred in the period from June to August, conducted in the UBS of the municipality. The sample consisted of all SUS users with motor disabilities associated with SAH who are linked to UBS care. The study complied with all ethical procedures recommended by Resolution N. 466 of December 12, 2012, issued by the National Health Council. When investigating the care provided to People with Disabilities in the Primary Health Care Network in the city of Taperoá-PB, through the users' perception, one can observe results that highlight the importance of the implementation of investments by local managers, in order to reduce the vulnerabilities that still exist in the health service faced by people with physical disabilities. May this study serve as a subsidy for managers and health teams so that they can guide the care to these patients, in the under of primary care, prioritizing holistic care in order to solve individual difficulties patients and that can ensure the effectiveness in SAH therapy.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. People with Disabilities.

LISTA DE TABELAS

Tabela –	Caracterização dos participantes da pesquisa.....	33
----------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPPS	Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNTs	Doenças Crônicas não – Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PCD	Pessoas com Deficiência
PNIPPD	Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	18
3.1	Objetivo geral	18
3.2	Objetivos específicos	18
4	REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1	Hipertensão arterial sistêmica	19
4.2	Pessoas com deficiência física	20
4.3	Atenção primária à saúde	22
4.4	Avaliação dos serviços de saúde na APS	23
5	MÉTODO	25
5.1	Tipo de estudo	25
5.2	Local da pesquisa	25
5.3	População e amostra	25
5.4	Critérios de inclusão e exclusão	26
5.5	Instrumento de coleta de dados	26
5.6	Procedimentos de coleta de dados	26
5.7	Processamento e análise dos dados	27
5.8	Aspectos éticos	28
6	RESULTADOS	29
6.1	Artigo	29
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	55
	APÊNDICE B - Termo de compromisso do pesquisador responsável em cumprir os termos da resolução 466/12 do CNS/MS	57
	APÊNDICE C – Declaração de concordância com projeto de pesquisa	58
	APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido	59
	APÊNDICE E - Termo de autorização para gravação de voz	62
	ANEXO A – Termo de autorização institucional	64
	ANEXO B – Termo de anuência	65
	ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP	66

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) configuram-se como uma epidemia global, em virtude das elevadas taxas de prevalência em todo o mundo. Dentre as DCNTs de maior impacto, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por representar um importante fator de risco para complicações cerebrovasculares e cardiovasculares fatais e não fatais. Esta se configura como um problema de Saúde Pública, tendo em vista os elevados custos com o seu tratamento e por apresentar alta taxa de morbimortalidade (PERALTA 2018).

A HAS está relacionada a fatores intrínsecos, como sexo, idade, raça e fatores extrínsecos, a saber: sobrepeso, obesidade, estresse, tabagismo e dieta. Outros fatores de riscos associados estão: à predisposição genética e a dislipidemia (NILSON, 2018; PEDROSA, 2017, GIROTO, 2009).

Estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham HAS, com o aumento global de 60% dos casos até 2025, além de aproximadamente 7,1 milhões de mortes anualmente. Em um inquérito telefônico nacional, a prevalência de HAS no Brasil para o ano de 2011 foi de 24,8%. Por sua vez, a Pesquisa Nacional de Saúde encontrou prevalência de 21,4%, elevando-se de acordo com o aumento da idade, baixa escolaridade, indivíduos do sexo feminino e nas pessoas de raça negra (WORD, 2011; VIGITEL, 2014; MOREIRA, 2013; BRASIL, 2015a).

O tratamento ou o controle da HAS envolve fatores relacionados ao estilo de vida, quando se adotam hábitos saudáveis, tais como: realização de atividades físicas, combate e abandono do tabagismo, controle do consumo do álcool, regularização de alimentação saudável e quando necessário, o uso regular de medicamentos anti-hipertensivos. Portanto, é essencial o estabelecimento de um tratamento adequado e contínuo, para que o indivíduo possa manter os níveis pressóricos em valores ideais, mantendo assim o controle da doença (BAKKE, 2016; MOTTER, 2013).

No estudo realizado pelo autor Reis (2014), é destacado que a população em geral enfrenta diversas dificuldades no tratamento para HAS, em virtude da insuficiência ou falta de instrução quanto à terapia medicamentosa por parte dos profissionais nos serviços de saúde e a falta da colaboração do indivíduo para modificar seu estilo de vida.

Segundo Bakke (2016), para realizar o tratamento médico e acompanhamento de Enfermagem para o controle da HAS, é essencial o envolvimento do indivíduo ao tratamento, a colaboração na terapia junto à equipe de saúde, a fim de permitir uma assistência qualificada e promover vínculo do paciente e profissional no controle da HAS.

Sabendo que a HAS atinge a população independente de sexo, etnias e grupos, vale destacar que as pessoas com deficiência (PCD) pertencem a um grupo de maior vulnerabilidade diante a esta morbidade, decorrente principalmente das falhas nas esferas públicas e privadas ocorrendo à descontinuidade na assistência prestada a esse público citado (SOUZA, 2012).

É importante compreender que a deficiência é definida como perda ou deformidade de uma estrutura ou função fisiológica, psicológica ou anatômica, acarretando impedimento ou redução da capacidade funcional que leva as pessoas apresentar déficits nas habilidades, dificuldades na realização de atividades diárias e o autocuidado (BRASIL, 2015b).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de um bilhão ou 15% da população mundial apresenta alguma alteração no seguimento do corpo, sendo elas de caráter: auditivo, visual, motor e mental (GENEBRA, 2018).

É discutido em um estudo (WHO, 2011), que as PCD apresentam maior número de risco de desenvolver comorbidades e doenças crônicas, do que pessoas não deficientes, além desses procurarem mais os serviços de atendimento ambulatorio e de internações, com maior incidência de relatos de não receberem os cuidados e promoção à saúde de forma equânime, destacando - se assim o enfrentamento de diversas dificuldades atitudinais e arquitetônicas no acesso aos serviços de saúde (FRANÇA, 2010).

As PCD enfrentam dificuldades no serviço de saúde por diversas falhas, seja pela inexistência de banheiros adaptados para cadeirantes, a falta de barras de apoio e corrimões, a falta de rampas, salas de espera inadequadas às necessidades de saúde das pessoas com deficiência ou até mesmo pelos equipamentos médicos que não são adequados para essas pessoas, impedindo uma qualidade resolutiva do serviço ofertado (ALBUQUERQUE, 2014; SIQUEIRA, 2009; MARTINS, 2016).

Em outros estudos são destacados as dificuldades enfrentadas por PCD por parte da atuação dos profissionais de saúde, onde é referido o despreparados desses profissionais, gerando a desqualificação profissional para assistência a esse público e um cuidado fragmentado e biológico, resultando-se em desafios para realização de práticas de saúde de forma efetiva (FRANÇA, 2012; TEDESCO, 2013).

Essas pessoas encontram – se fragilizadas em detrimento das dificuldades deparadas nas situações da vida diária, fato este que se dar muita das vezes pelo o desconhecimento dos seus direitos, onde é de suma importância destacar que a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde, MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002, surge com o objetivo de erradicar a desigualdade na assistência à saúde para este grupo da população brasileira e apresenta como diretrizes: atenção integral a saúde, prevenção de

deficiências, promoção da qualidade de vida, capacitação de recursos humanos, organização e funcionamento dos serviços, permitindo um melhor acesso para as pessoas com deficiência aos serviços de saúde e proporcionando melhor qualidade de vida (BRASIL, 2010a).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), com destaque na atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no controle da HAS, tem o objetivo de avaliar a população em suas particularidades, realizando ações no âmbito individual e coletivo, com ênfase na promoção e prevenção de saúde, diagnóstico clínico de agravos, realização do tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, buscando reduzir danos e sofrimento, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida de pessoas com hipertensão (BRASIL, 2017; COTTA, 2009).

Apesar da ampliação de cobertura da APS observada nos últimos anos em âmbito nacional, ainda são muitos os fatores que dificultam a entrada e a permanência das pessoas com deficiência no sistema de saúde, o que restringe o direito da assistência universal constitucionalmente garantido por lei (ALBUQUERQUE, 2014; MARTINS, 2016).

Em âmbito da saúde pública, é observado em estudos que a assistência prestada a essa população ainda apresenta características e pontos de fragilidades, desarticulação do serviço e descontinuidade de ações, inserindo-se marginalmente no sistema de saúde (GIRONDI, 2011).

A inclusão de forma satisfatória das PCD exige organização e apoio das instituições e os meios públicos e privados para as diferentes necessidades existentes de forma individual e única dessas pessoas (PAGLIUCA, 2012).

No estudo de Frota (2014), é destacado pelo autor a necessidade da atuação das UBS e dos profissionais de saúde na supervisão contínua e no cuidado das pessoas com HAS, por se tratar de uma doença de curso assintomático que, na maioria das vezes, requer novas adaptações quanto aos hábitos de vida e melhores condições da oferta do tratamento.

Assim, a padronização dos serviços de saúde ofertados pela APS, exige avaliação e supervisão, sendo essencial que se faça pesquisa de satisfação do usuário (PAES, 2014). Nesta perspectiva, estudo realizado por Starfield (2002), que desenvolveu um instrumento denominado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) contendo 8 dimensões, teve o objetivo de medir a qualidade de atributos específicos e a qualidade global do processo de APS em países industrializados, a partir da perspectiva do profissional de saúde e dos usuários.

Nesse contexto, o autor Paes (2014) desenvolveu um instrumento que tem o objetivo de avaliar a satisfação e a concepção dos usuários portadores de hipertensão arterial no Brasil, quanto aos serviços de saúde ofertados na APS, instrumento este validado, que teve por referência o instrumento adaptado por Villa e Ruffino-Neto (2009) para um estudo sobre tuberculose, que por sua vez, teve como referência o instrumento validado por Almeida e

Macinko (2006), em um estudo realizado para avaliar a rede básica do município de Petrópolis – RJ.

Segundo Reis (2013), é de importância desenvolver mecanismos de avaliação da capacidade e do desempenho das UBS, tanto no que diz respeito à consolidação das ações complementadas, como também para impulsionar o processo de discussão crítico reflexiva sobre a melhor forma de organização da atenção primária.

Diante do exposto, o problema que buscamos resposta nesta investigação é o seguinte: Qual a percepção de satisfação ou insatisfação referido pelos usuários com deficiência motora associado à HAS em relação a prestação de serviços ofertados pela rede de Atenção à Saúde do município de Taperoá-PB?

2 JUSTIFICATIVA

As DCNTs são representadas por um conjunto de doenças responsáveis pelas elevadas taxas de morbimortalidade na população mundial, configurando-se como um sério problema de saúde pública, principalmente em países subdesenvolvidos, uma vez que estes vêm a apresentar um maior índice de envelhecimento populacional (BRASIL, 2008; BARRETO, 2012).

Dentre essas doenças, destaca-se a HAS, que é caracterizada por níveis elevados de pressão sanguínea nos vasos arteriais. Ela é considerada uma das doenças mais prevalentes em âmbito mundial, considerando-se como um problema de saúde pública. Além disso, a mesma podem aumentar a chance de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular encefálica, insuficiência renal crônica e óbito (RADOVANOVIC, 2014; CHOBANIAN, 2003; MALACHIAS, 2016).

Sabendo que HAS atinge a população independente de sexo, etnias e grupos, é importante destacar que as PCD pertencem a um grupo de maior vulnerabilidade diante a esta morbidade, decorrente principalmente das falhas existentes tanto no âmbito público com o privado promovendo à descontinuidade na assistência prestada, configurando-se em barreiras atitudinais e arquitetônicas no serviço de saúde (SOUZA, 2012; FRANÇA, 2010).

Por ser muita das vezes uma doença de curso assintomático é de suma importância à participação e acompanhamento por parte dos serviços de saúde, com ênfase na Atenção Primária, para promoção de diagnóstico e adesão do tratamento para HAS, que muitas das vezes essas etapas são interrompidas por falta de estrutura dos sistemas de saúde e as escassas ações preventivas para reduzir os fatores de risco (ZATTAR, 2013; GUS, 2004; BRASIL, 2013).

A grande expansão da Atenção Primária no Brasil mostra a necessidade de ferramentas que permitam realizar a avaliação da implementação e do desenvolvimento das ações das ofertadas pelas UBS, como meio de orientação nos processos de decisão e na melhoria dos resultados para a população (BRANDÃO, 2013).

Segundo autores é importante destacar que a padronização dos serviços de saúde ofertados pela APS, exige avaliação e supervisão contínua, onde são de relevância a participação dos diversos autores envolvidos, em especial, que se faça a pesquisa de satisfação dos usuários para expressão de maior clareza e fidedignidade sobre a atenção que é recebida (PAES, 2014; SHIMIZU, 2008).

O Ministério da Saúde vem incentivando a realização de estudos retornados à avaliação dos serviços de saúde, com o principal objetivo de organização das políticas e programas da

atenção primária, uma vez que a quantidade e qualidade de estudos sobre a temática citada ainda é escassa (BRANDÃO, 2013).

Diante discussão acima este estudo justifica-se, pois é de essencial importância compreender a percepção de satisfação ou insatisfação de pessoas com deficiência e hipertensas nas UBS por representar um indicador que demonstra a qualidade do serviço ofertado, refletindo no cuidado da saúde do usuário e na assistência ofertada pela Rede de Atenção à Saúde.

Ainda, o presente estudo também se justifica pela temática das DCNTs estar contida na Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), pela elevada taxa de morbimortalidade por HAS em todo mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, constituindo um grande problema de saúde pública, além disso, a realização do estudo é um passo importante para garantir conhecimento e entendimento das necessidades em saúde de forma integral e equânime.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Descrever a percepção de satisfação ou insatisfação dos usuários com deficiência motora em relação aos serviços ofertados pela Rede de Atenção à Saúde no município de Taperoá-PB, para o controle da HAS .

3.2 Objetivos Específicos

- Compreender o perfil sociodemográfico dos usuários com deficiência motora e hipertensão arterial sistêmica assistidos pela rede de atenção à saúde em Taperoá-PB;
- Avaliar o que os usuários com deficiência motora e hipertensão pensam em relação à acessibilidade na Rede de Atenção à Saúde;

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) configura-se como uma condição multifatorial que é caracterizada pela elevação e sustentação da pressão arterial acima dos valores ideais para a idade. Considerada o distúrbio circulatório mais prevalente na população mundial, costuma estar associada a diversas alterações metabólicas, que levam a um maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares fatais e não fatais, da doença renal crônica entre outros agravos (WORD, 2002; RIBEIRO, 2007).

Estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham HAS, com o aumento global de 60% dos casos até 2025, além de aproximadamente 7,1 milhões de mortes anualmente. Na população brasileira, estudos demonstram uma média geral de 32,5% de pessoas hipertensas, com mais de 50% dessa prevalência entre 60-69 anos e 75% acima de 70 anos (WORD, 2011; CESARINO, 2008; ROSÁRIO, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, é considerado hipertenso o indivíduo que venha apresentar níveis maiores ou igual a 140/90 mmHG após a realização de duas ou mais medidas, que é considerado estágio 1. Os níveis pressóricos maiores ou igual a 160/100 mmHG é considerado estágio 2 ou 3 da doença (BRASIL, 2006a).

A HAS está relacionada a fatores como: estilo de vida, idade, raça, antecedentes familiares, sobrepeso e estresse. Outros fatores de riscos associados estão: à predisposição genética e a dislipidemia (JACCOUD, 2009; GIROTO, 2009).

Segundo estudos existem duas abordagens terapêuticas para controle da HAS: o tratamento não medicamentoso e o tratamento medicamentoso. O tratamento não medicamentoso é baseado nas modificações do estilo de vida, tais como perda de peso, incentivo a prática de exercício físico e alimentação saudável, já o tratamento medicamentoso é baseado mediante o uso de medicamentos farmacológicos de acordo prescrição médica (BRASIL, 2006b; MOTTER, 2013).

Estudos destacam que devido boa parte do curso da HAS ser assintomático, o seu diagnóstico e tratamento muitas vezes é negligenciado, configurando em uma baixa adesão ao tratamento e controle inadequado da HAS (BRASIL, 2006b).

Em outro estudo realizado por Guedes et al. (2011), dentre as dificuldades enfrentadas para tratamento da HAS encontra-se a falta de condições financeiras para arcar com os custos do tratamento, pois envolve a compra de alimentos e medicamentos diferenciados.

Outro fator destacado para a baixa adesão ao tratamento da HAS é que muitos pacientes não compreendem a doença, seus fatores de risco e sua medicação necessária. Por ter o curso de sua doença muita das vezes assintomática, gera a falta de entendimento dos indivíduos (KROUSEL, 2009).

Estudos destacam a importância da ampliação do conhecimento em relação à HAS, para que os indivíduos hipertensos possam tornar-se responsáveis sobre as decisões referente ao cuidado a sua saúde, como também é de importância o apoio e coparticipação da família e dos profissionais de saúde no acompanhamento pertinente do indivíduo hipertenso, promovendo assim o controle e tratamento da HAS (SANTOS, 2011; RUFINO, 2012).

4.2 Pessoas com deficiência física

De acordo com a lei Nº 13.146, no artigo 2º considera-se a pessoa com deficiência, o indivíduo que venha apresentar alguma alteração ou limitação no seguimento do corpo de longo prazo de caráter física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015b).

Mais de um bilhão de indivíduos ou 15% da população mundial convivem com algum tipo de deficiência. Na população brasileira, cerca de 45,6 milhões de brasileiros é portador de algum tipo de deficiência, sendo elas de caráter: auditivo, visual, motor e mental, correspondendo assim 23,9% da população. Em relação à proporção segundo os grupos de idade, constatou-se que entre as crianças de 0 a 14 anos de idade a prevalência foi de 7,5%; na população de 15 a 64 anos de idade, 24,9%; e na população de 65 anos ou mais de idade, 67,7%. Referente ao sexo, o percentual da população feminina com pelo menos uma das deficiências investigadas foi de 26,5% e o da população masculina foi de 21,2% (WHO, 2011; IBGE 2010).

As deficiências são resultados de alterações sendo elas de caráter genético e embriológico, além de doenças degenerativas, do envelhecimento humano e de acidentes de trânsito. Também é destacado em estudos que outros fatores relacionados ao elevado índice de pessoas com deficiência são: saneamento básico inadequado; falta de assistência pré-natal e ao parto; violência por armas de fogo e acidentes em âmbito de trabalho (DINIZ, 2009; FIGUEIRA, 2014).

Referente à deficiência física, esta é definida como alteração de forma completa ou parcial de um ou mais seguimento do corpo, comprometendo assim muita das vezes, a função

física, a mesma podendo ser de consequência adquirida ou congênita, acometendo principalmente o aparelho locomotor, muscular, osteoarticular e o nervoso (BRASIL, 2006c).

De acordo com o acordo o Decreto n. 5296 (2004, Cap. II), conceitua-se deficiência física como uma “alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida” (BRASIL, 2004).

As PCD enfrentam dificuldades no serviço de saúde por diversas falhas, sendo elas, devido barreiras arquitetônicas ou por barreiras atitudinais (FRANÇA, 2010).

As barreiras arquitetônicas são compostas por impedimentos relacionados à falta de estruturas adequadas nas construções urbanas ou nas edificações de vias públicas e dos serviços de saúde, comprometendo a acessibilidade dos indivíduos na entrada da atenção de saúde, com destaque as PCD (SIQUEIRA, 2009).

Já as barreiras atitudinais são caracterizadas por ações que infligem o caráter psicoemocional das PCD, atribuídas principalmente por preconceitos, estigmas e estereótipos. Também se destaca a falta de conhecimento da população quanto à necessidade e dos direitos dessa população (BRASIL, 2006d; GUEDES, 2007).

Diante disso foram instituídos avanços, implementados para garantir os direitos pautados nos princípios do SUS, a exemplo, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde, MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002, que surge com o objetivo de erradicar a desigualdade na assistência à saúde para este grupo da população brasileira e apresenta como diretrizes: atenção integral a saúde, prevenção de deficiências, promoção da qualidade de vida, capacitação de recursos humanos, organização e funcionamento dos serviços, permitindo um melhor acesso para as pessoas com deficiência aos serviços de saúde e proporcionando melhor qualidade de vida (BRASIL, 2010a).

Também surge a partir dos movimentos sociais e da proteção legal da Coordenação Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (PNIPPD) inserida no Decreto nº 3.298/99, sancionado em 20 de dezembro de 1999, que tem como objetivo assegurar a esses indivíduos os seus direitos no campo da saúde, educação, habilitação e reabilitação, trabalho, cultura, turismo e lazer (BRASIL, 1999).

É de importância realizar estratégias para diminuir as dificuldades enfrentadas pelas PCD e esse processo deve ser interdisciplinar e intersetorial para que sejam traçadas estratégias

a fim de proporcionar a construção do acesso aos serviços de saúde, promovendo assim a equidade em saúde.

4.3 Atenção primária à saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) aparece em diversos países pontualmente no ano de 1960, com objetivo de permitir o acesso da população ao sistema de saúde, com o enfoque na promoção, na prevenção, no coletivo e na territorialização, em detrimento as práticas curativas, individual e hospitalocêntrica que predominava em boa parte dos sistemas nacionais de saúde na época (FAUSTO; 2007).

A APS teve destaque no ano de 1978, com a Declaração de Alma-Ata na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. De acordo com este documento, a APS apresenta os cuidados essenciais à saúde ofertados nos serviços mais próximos aos indivíduos, constituindo o primeiro local de contato com o Sistema Único de Saúde (SUS) (FAUSTO, 2007; SAWAYA, 2006).

No Brasil, a APS é defendida com base nos princípios que regem o SUS: universalidade, integralidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, humanização, responsabilização, equidade e participação social. A mesma enfatizando a mudança do modelo assistencial, baseado em um sistema integral e universal de atenção à saúde (BAKKE, 2016).

A consolidação da APS representa um avanço relevante do SUS, com ênfase no seu modelo assistencial a Estratégia Saúde da Família (ESF), que permitiu o aumento da oferta das ações e serviços de saúde da população, com o enfoque de ações de prevenção e promoção da saúde e não somente ações curativas, promovendo assim o índice de efeitos positivos para a saúde da sociedade brasileira (BRASIL, 2018; VOLPATO, 2010).

Os serviços da APS permitem melhores indicadores de saúde, efetividade no tratamento de comorbidades crônicas, maior eficiência do cuidado e na entrada dos usuários no sistema, utilização de práticas preventivas e maior satisfação dos usuários; além de diminuir as diferenças de acesso aos serviços de saúde (OPAS, 2011; STARFIELD, 2002).

É salientado também que a maioria das necessidades dos indivíduos devem ser resolvidas neste nível, identificando as demandas do indivíduo, família e comunidade, e ao mesmo tempo criar conexões mais profundas com os outros níveis. É um modelo descentralizado, e a participação no cuidado se faz necessária (BRASIL, 2012).

Para o autor Rivero (2013), atenção primária à saúde na atualidade é considerada como uma forma de cuidado integral de saúde que se aplica a todo o sistema de saúde, um bom uso

da ciência e de tecnologias, uma ação de diversos setores e transdisciplinar, um processo social e político de forma participativa na busca da equidade e da justiça social.

A autora Bakke (2016) destaca em seu estudo que a praticidade da atenção primária por ser considerada menos intensiva quando é comparada com a medicina especializada, tanto no custeio quanto em trabalho e com uma organização menos hierárquica, sendo assim mais adaptável e capaz de responder as necessidades de saúde em mudança. Além disso, um sistema de saúde direcionado para a subespecialização 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.

O autor Oliveira (2013) relata que, existem estudos que indicam que a APS é capaz de prestar melhor gerenciamento do cuidado das condições crônicas, reduzir internações desnecessárias e idas à emergência ou unidades de pronto atendimento.

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 ofertado a população portadora de tal comorbidade (RODRIGUES et al., 2014).

4.4 Avaliação dos serviços de saúde na APS

O termo avaliação configura-se como a aplicação de um julgamento de valor, a partir de métodos que permitam o fornecimento de informações autênticas e válidas sobre determinada ação, permitindo diversos julgamentos dos envolvidos e qualificado o objeto analisado (CONTANDRIOPOULOS, 2000).

A avaliação da satisfação de usuários nos serviços de saúde iniciou-se na Europa e nos Estados Unidos no período de 1960 a 1970, com objetivo de averiguar os aspectos técnicos e estruturais da qualidade de atenção à saúde e adesão ao tratamento. No Brasil teve início em 1990, com objetivo de fortalecer o controle do SUS e da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ARRUDA, 2017; ESPERIDIÃO, 2005; ESPERIDIÃO, 2006).

Avaliar os serviços de saúde é essencial para diagnosticar e instituir ações que aproximem as expectativas da população frente à reordenação do modelo assistencial. Sendo capaz de subsidiar as tomadas de decisões promovendo assim, a eficácia dos programas e a obtenção da eficiência na utilização dos recursos (NAVATHE, 2019).

A avaliação da satisfação constitui-se por duas dimensões: pelo desempenho técnico, ou seja, aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, de modo a maximizar os benefícios e reduzir os riscos; e, relacionamento com o paciente (DONABEDIAN, 1988; ESPERIDIÃO, 2006; PINHEIRO 2009).

Entender o grau de satisfação dos usuários como uma dimensão do processo de avaliação, planejamento e gestão do serviço de saúde fornece o conhecimento dos espaços e estratégias focados em problemas enfrentados pelos usuários, oportunizando mudanças nos processos de trabalho que sejam mais específicas à realidade da organização e da população (ALMEIDA, 2017).

O instrumento Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool), surge com objetivo de avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária em Saúde, permitindo assim a análise dos componentes estrutura e processo de trabalho dos serviços de cuidados primários disponibilizando uma ferramenta que permita a realização de pesquisas com maior exatidão e qualidade (BRASIL, 2010b).

Além disso, o PCA-Tool se destaca por representar um instrumento que reconhece os aspectos frágeis de cada serviço avaliado, para que se possa ser intervir e reorganizar a atenção à saúde de maneira mais efetiva e direcionada (FRANK, 2015).

É de suma importância à avaliação dos serviços de saúde para mensurar os resultados e a qualidade da assistência ofertada, além de servir como base para que gestores e profissionais trabalhem as práticas de saúde; delineiem e orientem as políticas públicas no sentido de promover avanços no sistema de saúde; permitindo assim uma melhora na qualidade da Atenção à Saúde ofertada à população geral (GONTIJO, 2017; MAIA, 2017).

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa que ocorreu no período de junho a outubro de 2021.

As pesquisas descritivas têm como objetivo descrever as características de determinado fenômeno, determinada população ou realizar a comparação entre variáveis que serão analisadas e discutidas de acordo o caráter pertinente do estudo realizado (GIL, 2017).

De acordo com Minayo (2004), um estudo qualitativo tem como enfoque a compreensão de informações que não podem ser quantificados em variáveis, ou seja, ela trabalha com um universo de significados, crenças, valores e atitudes, sobre diferentes pontos de vista e experiências de determinadas pessoas em determinadas situações e realidades.

5.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município brasileiro no interior do estado da Paraíba, Taperoá-PB. Atualmente, o município possui 7 UBS distribuídas nas zonas urbana e rural da região.

Em 2010, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do município de Taperoá era de 14.938 habitantes, a mesma conhecida por discorrer a história da peça Auto da Compadecida, escrita pelo paraibano Ariano Suassuna.

Acerca da deficiência, segundo o último Censo demográfico do Brasil, 23% da população, totalizando 45.606.048 brasileiros, possuem pelo menos algum tipo de deficiência seja visual, auditiva, motora ou mental. No estado da Paraíba 1.045.962 pessoas possuem algum tipo de deficiência (IBGE, 2010).

5.3 População e amostra

A população de um estudo é composta por um conjunto de seres animados ou inanimados que possui uma ou mais características em comum, já a amostra compreende um subconjunto ou parcela conveniente coletado dessa população, escolhida com base em critérios preestabelecidos (LAKATOS, 2009).

A população do estudo foi compreendida por usuários do SUS com deficiência motora associado à HAS que estão vinculados aos atendimentos das UBS do município de Taperoá-PB.

A amostra foi formada através do critério de saturação teórica de pesquisas qualitativas. O ponto de saturação se deu no momento em que durante as entrevistas já não apresentavam novas informações que poderiam trazer conhecimentos adicionais que segundo o autor Flick (2015), ocorre quando as entrevistas realizadas já se encontram em um estado de padrão em relação às respostas adquiridas anteriormente.

Foram contatados 11 indivíduos com deficiência motora associado à HAS, havendo ao total: 08 indivíduos que participaram, e 03 que se recusaram a participar por motivos pessoais.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão dos participantes foram pessoas com deficiência motora do tipo congênita ou adquiridas e hipertensas, cadastradas e monitoradas nas respectivas UBS do município de Taperoá-PB. Foram excluídos da amostra, os participantes que residiam na zona rural do município, pelo o fato de muitas regiões da devida zona apresentar inconsistência ou não possuir cobertura de área referente à Rede Telefônica ou Internet.

5.5 Instrumento de coleta de dados

O estudo seguiu três etapas: Primeira Etapa - desenvolvimento do roteiro de entrevista semiestruturada baseado no instrumento validado pelo autor Paes (2014), com questões pertinentes ao objetivo proposto. Segunda Etapa: realização das entrevistas semiestruturada por ligação de voz em dois momentos, utilizando-se o sistema de áudio. Terceira Etapa: análise de dados.

5.6 Procedimentos de coleta de dados

Para aproximação do campo de estudo o projeto foi apresentado a Secretaria de Saúde e a Coordenadoria de Atenção Básica do município para autorização da pesquisa nas UBS da cidade de Taperoá, podendo também ser contatado os representantes da Gerência Regional de Saúde do município.

Foi realizado o primeiro contato com as Unidades de Saúde, para apresentação da proposta ao responsável da UBS e para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que após a aceitação do responsável da UBS, os ACS realizaram o rastreamento de pessoas com deficiência motora cadastradas e monitoradas nas respectivas UBS, ofertando ao grupo de pesquisa o contato telefônico, para que seja realizado o contato com o grupo estudado.

Em seguida foram contatados por telefone os participantes do estudo, em que a pesquisa se deu em dois momentos: no primeiro contato telefônico foi esclarecido e elucidado ao participante todo o estudo e termo de consentimento livre e esclarecido, como também a justificativa, a relevância e, como ocorreria o estudo, assim como os aspectos éticos relacionados ao anonimato e o sigilo das informações. Assim, após explicar sobre a pesquisa e esclarecer as dúvidas, o participante deveria responder na ligação, se Concorda ou Não Concorda em participar do estudo. Também foram informados que a ligação seria gravada nos dois momentos.

Após aceite do participante foi acordado com ele, a combinar dia e horário para o segundo momento da coleta que consistiu na aplicação do questionário por via telefônica, sendo informados para carregar o celular por completo, a fim de evitar perdas ou falhas durante a coleta de dados.

Diante a pandemia do Covid-19, foi adotado este método de pesquisa para proteção individual da população em estudo como também dos pesquisadores.

5.7 Procedimentos para análise dos dados

Os dados foram transcritos e analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática segundo Laurence Bardin, que corresponde a um conjunto de técnicas de análise da comunicação, por meio de métodos organizados e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e o seu significado. O método proposto Bardin é compreendido pelas seguintes fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Após transcrição das respostas das entrevistas e sucessivas leituras, foram elencadas categorias temáticas para melhor compreensão do estudo. Os participantes do estudo foram nomeados com as letras iniciais do seu primeiro nome, seguidos por uma numeração, de acordo com as sequências das entrevistas, com objetivo de resguardar a identidade dos mesmos.

5.8 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo atendeu a todos os procedimentos éticos recomendados pela Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde. Foi esclarecido o estudo ao participante, além de assegurar-lo sobre o sigilo, a privacidade, o direito de declinar, em qualquer fase da pesquisa. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, tendo sua aprovação no dia 16 de maio de 2021.

6 RESULTADOS

O artigo na seção resultados é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que buscou descrever a percepção de satisfação ou insatisfação dos usuários com deficiência motora em relação aos serviços ofertados pela Rede de Atenção à Saúde no município de Taperoá-PB, para o controle da HAS. O estudo apresenta conhecimento para a área de Saúde Pública. Diante disso, foi submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública, com Qualis A2 para Enfermagem e Saúde Coletiva. A forma de apresentação encontra-se respaldada as normas do Programa de Saúde Pública/UEPB.

6.1 Artigo

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA MOTORA QUANTO À ASSISTÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Emerson Eduardo Farias Basílio, Inacia Sátiro Xavier de França.

RESUMO

Esse trabalho descreve a percepção de satisfação ou insatisfação dos usuários com deficiência motora em relação aos serviços ofertados pela Rede de Atenção à Saúde no município de Taperoá-PB, para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que ocorreu no período de junho a agosto, realizado nas UBS do município. A população do estudo foi compreendida por todos os usuários do SUS com deficiência motora associado à HAS que estão vinculados aos atendimentos das UBS. O estudo atendeu a todos os procedimentos éticos recomendados pela Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde. Ao investigar sobre a assistência prestada às Pessoas com Deficiência na Rede de Atenção Primária em Saúde do município de Taperoá-PB, através da percepção dos usuários, pode-se observar resultados que salientam a importância da implantação de investimentos, por parte dos gestores locais, com a finalidade de reduzir as vulnerabilidades ainda existentes no serviço de saúde enfrentadas pelas pessoas com deficiência física. Que este estudo sirva de subsídio para os gestores e equipes de saúde para que possam nortear a assistência a esses pacientes, no âmbito da atenção primária, priorizando o cuidado holístico no intuito de resolver as dificuldades individuais e coletivas dos pacientes e que possa garantir a efetividade na terapêutica da HAS.

Descritores: Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; Pessoas com Deficiência.

ABSTRACT

This work describes the perception of satisfaction or dissatisfaction of users with physical disabilities in relation to the services offered by the Health Care Network in the city of Taperoá-PB, for the control of Systemic Arterial Hypertension (SAH). This is a descriptive study with a qualitative approach that occurred in the period from June to August, conducted in the UBS of the municipality. The sample consisted of all SUS users with motor disabilities associated with SAH who are linked to UBS care. The study complied with all ethical procedures recommended by Resolution N. 466 of December 12, 2012, issued by the National Health Council. When investigating the care provided to People with Disabilities in the Primary Health Care Network in the city of Taperoá-PB, through the users' perception, one can observe results that highlight the importance of the implementation of investments by local managers, in order to reduce the vulnerabilities that still exist in the health service faced by people with physical disabilities. May this study serve as a subsidy for managers and health teams so that they can guide the care to these patients, in the under of primary care, prioritizing holistic care in order to solve individual difficulties patients and that can ensure the effectiveness in SAH therapy.

Keywords: Hypertension; Primary Health Care; People with Disabilities.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) configuram-se como uma epidemia global, em virtude das elevadas taxas de prevalência em todo o mundo. Dentre as DCNTs de maior impacto, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por representar um importante fator de risco para complicações cerebrovasculares e cardiovasculares fatais e não fatais. Esta se configura como um problema de Saúde Pública, tendo em vista os elevados custos com o seu tratamento e por apresentar alta taxa de morbimortalidade¹.

Sabendo que a HAS atinge a população independente de sexo, etnias e grupos, vale destacar que as pessoas com deficiência (PCD) pertencem a um grupo de maior vulnerabilidade diante a esta morbidade, decorrente principalmente das falhas nas esferas públicas e privadas ocorrendo à descontinuidade na assistência prestada a esse público citado².

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de um bilhão de indivíduos apresentam alguma alteração no seguimento do corpo, sendo elas de caráter auditivo, visual, motor e mental. Vale ressaltar que estes indivíduos enfrentam diversas dificuldades arquitetônicas e atitudinais no acesso aos serviços de saúde^{3,4}.

Estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham HAS, com o aumento global de 60% dos casos até 2025, além de aproximadamente 7,1 milhões de mortes anualmente. Em um inquérito telefônico nacional, a prevalência de HAS no Brasil para o ano de 2011 foi de 24,8%. Por sua vez, a Pesquisa Nacional de Saúde encontrou prevalência de 21,4%, elevando-se de acordo com o aumento da idade, baixa escolaridade, indivíduos do sexo feminino e nas pessoas de raça negra⁵⁻⁷.

No estudo realizado por Reis⁸, destaca-se que a população enfrenta diversas dificuldades no tratamento para HAS, em virtude da insuficiência ou falta de instrução quanto à terapia medicamentosa e a falta da colaboração do indivíduo para modificar seu estilo de vida.

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), com destaque na atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no controle da HAS, tem o objetivo de avaliar a população em suas particularidades, realizando ações no âmbito individual e coletivo, com ênfase na promoção e prevenção de saúde, diagnóstico clínico de agravos, realização do tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, buscando reduzir danos e sofrimento, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida de pessoas com hipertensão^{9, 10}.

Segundo Bakke¹¹, para realizar o tratamento médico e acompanhamento de Enfermagem para o controle da HAS, é essencial o envolvimento do indivíduo ao tratamento, a colaboração na terapia junto à equipe de saúde, a fim de permitir uma assistência qualificada e promover vínculo do paciente e profissional no controle da HAS.

Conforme destaca Frota¹², é imprescindível a atuação das UBS e dos profissionais de saúde na supervisão contínua e no cuidado das pessoas com HAS, por se tratar de uma doença de curso assintomático que, na maioria das vezes, requer novas adaptações quanto aos hábitos de vida.

Assim, a padronização dos serviços de saúde ofertados pela APS, exige avaliação e supervisão, sendo essencial que se faça pesquisa de satisfação do usuário¹³.

Segundo Reis¹⁴, é importante desenvolver mecanismos de avaliação da capacidade e do desempenho das UBS, tanto no que diz respeito à consolidação das ações complementadas, como também para impulsionar o processo de discussão crítica reflexiva sobre a melhor forma de organização da atenção primária.

Estima-se que os resultados deste estudo possam motivar os gestores e os profissionais de saúde a refletirem sobre esta temática e adotarem estratégias minimizadoras/resolutivas para a prevenção e enfrentamento da HAS. Diante disso, o presente estudo objetivou descrever a percepção de satisfação ou insatisfação dos usuários com deficiência motora em relação aos

serviços ofertados pela Rede de Atenção à Saúde no município de Taperoá-PB, para o controle da HAS .

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa que ocorreu no período de junho a agosto. O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Taperoá-PB. Atualmente, o município possui 7 UBS distribuídas nas zonas urbana e rural da região. A população do estudo foi compreendida por todos os usuários do SUS com deficiência motora associado à HAS que estão vinculados aos atendimentos das UBS.

Os critérios de inclusão dos participantes foram pessoas com deficiência motora do tipo congênita ou adquiridas e hipertensas, cadastradas e monitoradas nas respectivas UBS do município de Taperoá-PB. Foram excluídos da amostra, os participantes que residiam na zona rural do município, pelo o fato de muitas regiões da devida zona apresentar inconsistência ou não possuir cobertura de área referente à Rede Telefônica ou Internet.

O estudo seguiu três etapas: Primeira Etapa - desenvolvimento do roteiro de entrevista semiestruturada baseado no instrumento validado pelo autor Paes¹³, com questões pertinentes ao objetivo proposto. Segunda Etapa: realização das entrevistas semiestruturada por ligação de voz em dois momentos, utilizando-se o sistema de áudio. Terceira Etapa: análise de dados.

Para aproximação do campo de estudo, o projeto de pesquisa foi apresentado a Secretaria de Saúde e a Coordenadoria de Atenção Básica do município para autorização do estudo nas UBS da cidade de Taperoá, podendo também ser contatado os representantes da Gerência Regional de Saúde do município.

Foi realizado o primeiro contato com as Unidades de Saúde, para apresentação da proposta ao responsável da UBS e para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que após a aceitação do responsável da UBS, os ACS realizaram o rastreamento de pessoas com deficiência motora cadastradas e monitoradas nas respectivas UBS, ofertando ao grupo de pesquisa o contato telefônico, para que seja realizado o contato com o grupo estudado.

Em seguida participantes do estudo foram contatados por telefone, de forma que a pesquisa aconteceu em dois momentos: no primeiro contato telefônico foi esclarecido e elucidado ao participante todas as informações sobre o estudo e o termo de consentimento livre e esclarecido, como também a justificativa, a relevância, desenvolvimento do estudo, os aspectos éticos como o anonimato e o sigilo das informações. Assim, após explicitar as informações do estudo e esclarecer dúvidas, o participante respondeu na ligação se Concorde

ou Não Concorde em participar do estudo. Foi também informado ao mesmo que a ligação será gravada nos dois momentos.

Então, quando o participante confirma que aceita colaborar com o estudo, fez-se o agendamento do dia e horário, para iniciar o segundo momento da coleta que consistiu na aplicação do questionário por via telefônico, no qual foi informado para carregar o celular por completo, a fim de evitar perda ou falha durante a coleta de dados.

Diante a pandemia do Covid-19, foi adotado este método de pesquisa para proteção individual da população em estudo como também dos pesquisadores.

Os dados foram transcritos e analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática segundo Laurence Bardin¹⁵. Após transcrição das respostas das entrevistas e sucessivas leituras, foram elencadas categorias temáticas para melhor compreensão do estudo. Os participantes do estudo foram nomeados com as letras iniciais do seu primeiro nome, seguidos por uma numeração de acordo com as sequencias das entrevistas, com objetivo de resguardar a sua identidade.

Referente aos aspectos éticos, o estudo foi aprovado em 26 de maio de 2021 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

RESULTADOS

Na Tabela abaixo, constata-se a caracterização dos participantes do estudo com predomínio do sexo masculino, seguido do sexo feminino. A idade dos participantes varia entre 65 a 97 anos. No que se refere ao estado civil tem maior prevalência de Casados, seguidos de Solteiros, Divorciados e Viúvos. O grau de escolaridade variou entre: Sem Escolaridade, Ensino Fundamental Incompleto e Ensino de Pós-Graduação Completo. Dentre os participantes do estudo observou-se que todos eram aposentados, com prevalência da maioria de renda mensal de 1 salário mínimo.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa, (2021).

PARTICIPANTE	S	RENDA
CIPAN	E	MENSAL
TE	IDADE	(salário
	ESTADO	mínimo)
	CIVIL	
	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO

F.U.S.	M	72	Divorciado	Ensino fundamental incompleto	Aposentado	1
M.S.	F	97	Viúva	Ensino fundamental incompleto	Aposentada	1
G.V.Q.	M	84	Casado	Ensino fundamental incompleto	Aposentado	2
J.C.S.	M	73	Casado	Sem escolaridade	Aposentado	1
M.F.L.	M	74	Casado	Ensino fundamental incompleto	Aposentado	1
M.J.M. O.	F	66	Solteira	Ensino de pós- graduação completo	Aposentada	MAIS DE 2
A.J.S.	M	65	Casado	Sem escolaridade	Aposentado	1
M.F.G. F.	F	67	Solteira	Sem escolaridade	Aposentado	1

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

DISCUSSÃO

Das falas dos participantes emergiram três categorias: Dificuldades na acessibilidade ao tratamento, Cuidado preservado na adesão ao tratamento e Necessidade de melhoria para satisfação do tratamento. As categorias foram desenvolvidas, a partir das respostas dos participantes frente aos seguintes questionamentos:

- Quando você vai à unidade de saúde para acompanhamento da HAS, quais dificuldades você encontra no percurso?
- Se o (a) Sr. (a) passar mal por causa da HAS, consegue uma consulta na unidade de saúde que faz tratamento?
- Você já recebeu alguma orientação de profissionais de saúde quanto à realização de dieta e de atividades físicas?

- Se SIM, como se dar esse acompanhamento?
- Os profissionais da sua unidade costumam visitá-lo (a) em sua moradia para acompanhamento de tratamento de HAS?
- Os profissionais de saúde respondem de forma clara as suas dúvidas quando é feita alguma pergunta?
- Os profissionais explicam a importância de seguir o tratamento medicamentoso e não medicamentoso indicado para o controle da HAS?
- Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?
- Qual é o grau de sua satisfação referente à saúde para o controle da hipertensão arterial sistêmica?

Categoria 1:

DIFICULDADES NA ACESSIBILIDADE AO TRATAMENTO

Os participantes da pesquisa em sua grande maioria relataram diversas dificuldades na acessibilidade ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, como mostram os discursos abaixo.

“Eu vou na minha cadeira de rodas, o ruim é os buracos na rua e a falta de rampas que não tem no posto [...]” (G. V. Q. 84 anos)

“Minha limitação faz com que eu não saia de casa, eu faço o acompanhamento em casa, tenho aparelho de pressão [...]” (M.F.G.F. 67 anos)

“Às vezes é meio ruim chegar, só que ando escorando, minha deficiência dificulta chegar lá, quando vou pego um moto taxi e pra entrar no postinho é complicado também porque a entrada é estreita [...]” (A.J.S. 65 anos)

“De vez em quando demora o carro para levar para o postinho, às vezes o carro não vem buscar, e eu já com esse problema dificulta tudo [...]” (F.U.S. 72 anos)

Tais falas dos participantes corroboram com o estudo realizado por Rosário et al.¹⁶ que buscou compreender como ocorre a acessibilidade de crianças com deficiência física na APS, a partir dos discursos dos profissionais do serviço que foram entrevistados, que destacaram as diversas barreiras na acessibilidade, tais como: estruturais, organizacionais, geográficas e atitudinais, além da falta de estruturas adequadas nas unidades de saúde, dificuldades na

marcação das consultas para os grupos de riscos e barreiras no deslocamento dos indivíduos de sua residência para a unidade de saúde, afetando de forma negativa a qualidade da assistência à saúde ofertada aos usuários.

As dificuldades de acesso à atenção primária demonstram as falhas que existem entre a legislação que garante acessibilidade de pessoas com deficiência aos serviços de saúde e os pressupostos da NBR 9050-2015, além de confrontar com as diretrizes de humanização, que tem como objetivo principal o atendimento de forma humanizado e resolutiva^{17, 18}.

No estudo realizado por Nalin et al.¹⁹ no município de Itajaí- SC é possível identificar que as pessoas com deficiência física enfrentam diversas barreiras, principalmente barreiras arquitetônicas no âmbito domiciliar e no coletivo, impedindo o desempenho de locomoção e autonomia do indivíduo, o que contraria o descrito nas legislações vigentes que priorizam o atendimento humanizado, de forma acolhedora e resolutiva¹⁸.

Outro estudo realizado pelo autor Castro et al.²⁰, sobre a acessibilidade aos serviços de saúde por pessoa com deficiência no Estado de São Paulo, com uma amostra de 25 indivíduos portadores de deficiência física, foi identificado que parte dos entrevistados relataram a falta de estacionamento nesses ambientes, seguido de falta de rampas de acesso e a falta de banheiros adaptados a esse público, dificultando o processo de acessibilidade para este grupo.

No estudo de Marques et al.²¹, é salientado que os usuários com deficiência ou mobilidade prejudicada, além sofrerem por conta das barreiras físicas, eles são expostos a situações constrangedoras no serviço de saúde, como por exemplo, a locomoção por braços dos trabalhadores de saúde ou de familiares e o risco de quedas e lesões corporais, tais situações comprometem o acolhimento que pressupõem o conforto emocional e físico.

É importante destacar que os indivíduos com deficiência enfrentam diversas dificuldades em outros níveis de atenção, como por exemplo, o estudo constatado por Martins et al.²² realizado em hospitais no município de João Pessoa, Paraíba, em que foi averiguado que nessas unidades de saúde havia a existência de barreiras arquitetônicas implicando no acesso e qualidade aos serviços de saúde.

Por outro lado, no estudo de Popplewell et al.²³ realizado na Inglaterra, o autor relata que as pessoas com deficiência têm dificuldades de acesso não só nos serviços de atenção primária, mas também nos serviços de alta complexidade, como no acesso das cirurgias pela falta de acessibilidade física nas instalações dos centros cirúrgicos

No estudo desenvolvido por Cruz et al.²⁴, é destacado a necessidade de novas pesquisas sobre a temática, para emergir novas evidências que possam mostrar a realidade referente a acessibilidade que é enfrentada por pessoas com deficiência em outras localidades, além de

incentivar a realização eventos, encontros e fóruns para expor e propor soluções para esta problemática, pois o comprometimento do deslocamento das pessoas com deficiência afeta principalmente a qualidade de vida desses indivíduos.

Reforçando tal argumento, o estudo de Marques et al.²¹, também sugere novas pesquisas, a fim de proporcionar discussão ampla e gerar mudanças favoráveis no cuidar de saúde universal, logo também espera-se sensibilizar gestores, profissionais de saúde e a população, a fim de apoiar reflexões coletivas e buscar alternativas práticas para estimular a quebra de barreiras atitudinais enfrentadas pelas pessoas com deficiência na sociedade.

Além disso, vale destacar a necessidade de mudanças na formação dos profissionais de saúde relacionadas ao acesso e acolhimento das pessoas com deficiência nos serviços de saúde, de forma a reduzir não só os obstáculos físicos existentes, mas também o preconceito social enfrentado pelos mesmos²⁵.

Categoria 2:

CUIDADO PRESERVADO NA ADESÃO AO TRATAMENTO

Evidenciou-se nas falas dos participantes uma boa adesão ao tratamento por parte dos participantes/profissionais/familiares permitindo assim o controle eficaz do tratamento da HAS.

“Respondem direito, mandar tomar o remédio, informa tudo direitinho, mas as minhas filhas já sabem e fazem direito (M.S. 97 anos)”.

“Sim, diz que é pra ter cuidado, não comer comida carregada, tomar remédios, eles dizem que eu tenha cuidado e que a família ter cuidado de mim (J.C.S. 73 anos)”.

“Sempre, desde sempre. Além de entregar os folders que facilita. Como moro com minha mãe e minha irmã, elas fazem minha dieta, me dão os medicamentos (M.J.M.O. 66 anos)”.

“A enfermeira vem pra aqui, ela é bem atenciosa, explica e tira as dúvidas direitinho, e eu sigo tudo que ela fala (M.F.G.F. 67 anos)”.

A categoria cuidado preservado na adesão ao tratamento apresentou um aspecto positivo em mais da metade dos entrevistados. A conexão dos profissionais de saúde com as famílias possibilita o reconhecimento da realidade territorial das pessoas o que pode proporcionar boas práticas de autocuidado e a adesão ao tratamento, uma vez que o apoio familiar é o principal facilitador para a continuidade terapêutica^{26, 27}.

Vasco e Franco²⁸ destacam em seu estudo que as pessoas com deficiência passam por vários processos de construção e ressignificação na busca de suprir as necessidades atuais, e é destacado que a participação familiar de forma positiva, além de contribuir na adesão ao tratamento do indivíduo com deficiência, favorece o manejo das mudanças nas atividades diárias na vida de todos os envolvidos.

É destacado no estudo de Bossardi et. al.²⁹, que a boa comunicação, coesão e flexibilidade indicam o equilíbrio familiar permitindo uma boa adesão ao tratamento da pessoa com deficiência, enquanto que o desequilíbrio desse eixo afeta a saúde mental dos membros e ocasiona estresse prejudicando a qualidade de vida, podendo interferir na adesão ao tratamento e no manejo da deficiência frente às necessidades particulares em cada etapa da vida.

Noutro estudo de Frota et. al.³⁰ informa que a atuação dos profissionais de saúde e o vínculo existente com os usuários, principalmente na conscientização da adesão ao tratamento, permite a elaboração de estratégias capazes de prevenir as complicações associadas à HAS.

Para Saraiva et. al.³¹, é averiguado que a elaboração de estratégias nos serviços de saúde, com destaque na educação em saúde, permite boa adesão dos usuários ao tratamento da HAS permitindo a promoção de saúde, além de engajar o indivíduo ao autocuidado, promovendo melhor qualidade de vida.

No estudo de Moura et. al.³² também é relatado que a educação em saúde contribui de forma positiva para o aumento da adesão ao tratamento, além de promover o acompanhamento e a participação da equipe multiprofissional no cuidados aos indivíduos com deficiência.

Para Vancini-Campanharo et. al.³³, o conhecimento dos indivíduos com hipertensão e seus familiares referente à gravidade da HAS resulta em maior adesão ao tratamento, constituindo-se como uma intervenção adequada para controle e monitoramento de tal comorbidade.

Segundo Chobanian³⁴, uma vez realizado a averiguação da adesão ao tratamento da HAS e das barreiras envolvidas nesse processo de adesão, é possível esboçar ações que auxiliem a equipe de saúde a realizar atividades direcionadas aos usuários não aderentes e que também reforcem as orientações aos aderentes.

Por fim, é de suma importância destacar que o profissional de saúde, com ênfase no profissional de enfermagem da atenção primária, tem como função primordial no acompanhamento da adesão do tratamento desenvolver habilidades como liderança, assiduidade, vínculo e trabalho em equipe. Portanto, a estratificação do risco cardiovascular, o monitoramento dos níveis pressóricos, a investigação dos fatores sócio-familiares que interferem na terapêutica, além da busca ativa dos pacientes que abandonam ou recusam o

tratamento são ações que precisam ser reforçadas na rotina da assistência ao paciente com HAS³⁵.

Categoria 3:

NECESSIDADE DE MELHORIA PARA SATISFAÇÃO DO TRATAMENTO

Observou-se que a maioria dos participantes entrevistados referiu à necessidade de melhoria na assistência ofertada para prevenção e controle da HAS.

Eu acho que tá bom, mas precisar melhorar (F.U.S. 72 anos)”.

“Mais ou menos, deveria ajeitar a gente mais melhor (M.S. 97 anos)”.

“Regular, só gosto porque o agente de saúde vem aqui (M.F.L. 74 anos)”.

“Acho fraco. Acharia melhor se procurasse melhorar a assistência pra nós (A.J.S. 65 anos)”.

“Muito bom. Sempre que eu chego eles aferem pressão direito toda vez, tem todo processo certo, e não é desde agora não, é desde sempre (M.J.M.O. 66 anos)”.

A categoria apresentou em grande maioria das respostas dos entrevistados o relato da necessidade de melhoria em assistência prestada. No estudo de Campos et. al.³⁶ que avaliou a satisfação de idosos com a ESF do município de Fortaleza (CE), o autor relata que a satisfação dos usuários com os serviços de saúde decorre principalmente das relações interpessoais entre profissionais e usuários, indo além dos aspectos referente à infraestrutura dos serviços de saúde.

No estudo de Wei³⁷ é destacado pelo autor que a boa relação dos profissionais de saúde e usuários pode ajudar na qualidade dos serviços ofertados pela APS, e a continuação do cuidado e essa relação interpessoal é a chave essencial para promoção de um sistema de saúde eficaz, permitindo uma maior satisfação dos usuários aos serviços de saúde.

Outros aspectos destacado no estudo de Albuquerque³⁸, que facilita para uma boa satisfação dos usuários SUS aos serviços de saúde configura-se como: a boa localização do serviço, o curto intervalo de tempo gasto no percurso até a unidade, a menor distância entre a unidade e a sua residência e a possibilidade de não utilizar meio de transporte para sua locomoção.

No estudo de Siqueira et. al.³⁹ que avalia a satisfação de pessoas com deficiência realizado nos serviços de atenção primária em saúde no município de Santa Cruz do Sul-RS foi possível observar resultados positivos referente à satisfação dos usuários quanto aos serviços prestado, apesar das dificuldades enfrentadas é reconhecido pelos usuários a qualidade do serviço prestado pela equipe da ESF e os mesmos sentem-se acolhidos pelos profissionais, tendo suas necessidades atendidas.

Referente à insatisfação dos usuários aos serviços de saúde foi analisado em estudos realizados no Brasil que tais situações correspondem principalmente pela a falta de organização do serviço, a falta de infraestrutura adequada, o agendamento de consulta e referente aos horários de atendimentos^{40, 41}.

Em outro estudo realizado na província de KwaZulu-Natal, na África do Sul, foi possível identificar a insatisfação dos usuários idosos decorrente pela a ausência da formação de vínculos entre os profissionais de saúde e os usuários, pela demora do tempo de espera no agendamento de consultas e a falta da criação de um acesso de prioridade a esse grupo⁴².

No estudo de Cruz⁴³, o qual avaliou a satisfação dos usuários dos serviços públicos de uma unidade de saúde, evidenciou-se que quanto maior o grau de escolaridade do indivíduo, menor era o grau de sua satisfação aos serviços de saúde ofertados por conhecer os seus direitos e fazendo exigências referente aos serviços de saúde. Enquanto que os indivíduos com baixa escolaridade tendem a sofrer influencias quanto aos serviços prestados, sem realizar exigências e questionamentos sobre os seus direitos.

Diante do contexto exposto e a problemática enfrentada, estudos indicam a importância da realização de pesquisas referente à avaliação de satisfação dos serviços de saúde, que resulte na melhora da qualidade da assistência prestada, além de que a divulgação dos resultados dessas pesquisas possa permitir à indução de gestores e profissionais da saúde para a melhoria das ações e serviços de saúde⁴⁴.

CONCLUSÃO

Ao investigar sobre a assistência prestada às Pessoas com Deficiência na Rede de Atenção Primária em Saúde do município de Taperoá-PB, através da percepção dos usuários, pode-se observar resultados que salientam a importância da implantação de investimentos, por parte dos gestores locais, com a finalidade de reduzir as vulnerabilidades ainda existentes no serviço de saúde enfrentadas pelas pessoas com deficiência física.

Também é importante a realização de um planejamento entre a coordenação da secretaria de saúde municipal e os profissionais das unidades em saúde, construindo assim, a realização de um serviço de qualidade que promova a realização de práticas que reduzam as vulnerabilidades existentes no serviço de saúde.

Ficou explícito nesta pesquisa, que a APS é essencial na vida dos usuários hipertensos com deficiência física, pois é a referência dos usuários na Rede de Serviços de Saúde e, dessa forma, deve ser o mais resolutiva possível, fornecendo a atenção necessária aos indivíduos, e não somente para a sua enfermidade, mas em todos os lugares, desde a unidade até a residência.

Espera-se, diante disso, que este estudo sirva de subsídio para os gestores e equipes de saúde para que possam nortear a assistência a esses pacientes, no âmbito da atenção primária, priorizando o cuidado holístico no intuito de resolver as dificuldades individuais e coletivas dos pacientes e que possa garantir a efetividade na terapêutica da HAS.

REFERÊNCIAS

1. PERALTA MR, SANCHEZ GB. Impacto dos novos critérios para diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial sistêmica sugerida pelo American College of Cardiology / American Heart Association. *Gac Med Mex* [Internet]. 2018 [acesso em 25 mai 2020]; 154(6). DOI: 10.24875/GMM.18004690
2. SOUZA FR, PIMENTEL AM. Pessoas com Deficiência: entre necessidades e atenção a saúde. *Brazilian Journal of Occupational Therapy*. 2012 [acesso em 15 dez 2021]; 20(2): 229-37. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2012.024>.
3. Organização Mundial da Saúde. Deficiência e saúde. Genebra: OMS; 2018.
4. FRANÇA ISX. et al. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. *Rev. bras. Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 26 mai 2020]; 63(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600015>
5. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Genebra: World Health Organization; 2011. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
6. MOREIRA JPL, MORAES JR, LUIZ RR. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida nos ambientes urbano e rural do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúd. Públ* [Internet]. 2013 [acesso em 26 mai 2020]; 29(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100008>
7. Ministério da Saúde (BR). *Vigitel Brasil 2014: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: MS; 2015 [acesso em 26 maio 2020].

8. REIS AFN, CESARINO CB. Fatores de risco e complicações em usuários cadastrados no Hiperdia de São José do Rio Preto. *Cienc Cuid Saúde [Internet]*. 2014 [acesso em 27 mai 2020]; 15(1). Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i1.24235>
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: MS; 2017 [acesso em 27 mai 2020].
10. COTTA R. et al . Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2009 [acesso em 27 mai 2020]; 14(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400031>
11. BAKKE LA. Satisfação de usuários hipertensos atendidos nos serviços de Atenção Primária à Saúde: instrumento para avaliação de tratamento. João Pessoa. Dissertação [Mestrado Modelo de Decisão] – Universidade Federal da Paraíba; 2016 [acesso em 28 mai 2020].
12. FROTA NM, ARAÚJO TM, BARROS LM, CAETANO JÁ, SANTOS, ZMSA. Acessibilidade do usuário hipertenso à unidade de saúde e adesão ao tratamento. *Rev. Rene [Internet]*. 2014 [acesso em 27 mai 2020]; 14(4). Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/11557>
13. PAES NA, SILVA CS, FIGUEIREDO TMRM, CARDOSO MAA, LIMA JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev Panam Salud Publica [Internet]*. 2014 [acesso em 28 mai 2020]; 36(2). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v36n2/87-93/>
14. REIS RS. et. al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Cien. & Saúd. Colet [Internet]*. 2013 [acesso em 28 mai 2020]; 18(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>
15. BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 4. ed., São Paulo: Editora Edições 70, 2011.
16. Rosário SSDD. et al. Acessibilidade de crianças com deficiência aos serviços de saúde na atenção primária. *Rev. eletrônica enferm [Internet]*. 2013 [acesso em 25 set 2021]; 15(3). Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.19272>
17. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 9050:2015. *Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Rio de Janeiro. 2015. Terceira Edição. 162p. Disponível em: http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_i_magens-filefield-description%5D_164.pdf
18. Almeida MHM, Pacheco S, Krebs S, Samelli A, Molini-Avejonas DR et al. Primary health care assessment by users with and without disabilities. *CoDAS [Internet]*. 2017 [acesso em 25 set 2021]; 29(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016225>
19. NALIN F, GROH VG, CHESANI FH, MEZADRI T, LACERDA LLV. Percepção sobre aspectos da acessibilidade da pessoa com deficiência física adquirida, residente no município

- de Itajaí/sc. Revista Univap [Internet]. 2019 [acesso em 29 set 2021]; 25(47). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18066/revistaunivap.v25i47.1878>
20. CASTRO SS et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2011 [acesso em 30 set 2021]; 45(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100011&lng=en&nrm=iso
21. Marques JF, Áfio ACE, Carvalho LV, Leite SS, Almeida PC, Pagliuca LMF. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2018 [acesso em 1 out 2021]; 39:e2017-0009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0009>.
22. Martins KP, Costa TF, Medeiros TM, França ISX, Costa KNFM. Internal structure of Family Health Units: access for people with disabilities. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2016 [acesso em 1 out 2021]; 21(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.20052016>
23. Popplewell NTA, Rechel BPD, Abel GA. How do adults with physical disability experience primary care? a nationwide cross-sectional survey of access among patients in England. BMJ Open [Internet]. 2014 [acesso em 2 out 2021]; 8(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004714>
24. Cruz RP. et al. Acessibilidade para pessoas com deficiência na atenção básica de saúde em Três Rios, Centro Sul Fluminense. Rev. Enfermagem Brasil [Internet]. 2019 [acesso em 3 out 2021]; 18(1). Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i1.2704>
25. Ganle JK, Otupiri E, Obeng B, Edusie AK, Ankomah A, Adanu R. Challenges women with disability face in accessing and using maternal healthcare services in Ghana: a qualitative study. PLoS One.2016 [Internet]. 2016 [acesso em 3 out 2021]; 11(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0158361>
26. Pratama AY. Family Involvement in the Treatment of Hypertensive Patients using Dunn's Health Grid: A Multiple Case Study. Proceedings of the 5 th International Conference on Health Sciences (ICHHS 2018), Yogyakarta, Indonesia: Atlantis Press; 2019 [acesso em 3 out 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.2991/ichs-18.2019.5>.
27. Santos FGT, Mezzavila VAM, Rêgo AS, Salci MA, Radovanovic CAT. Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial. Saúde Debate [Internet]. 2019 [acesso em 4 out 2021]; 43:489–502. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912116>.
28. Vasco CC, Franco MHP. Indivíduos paraplégicos e o significado construído para a lesão medular em suas vidas. Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]. 2017 [acesso em 5 out 2021]; 37(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000072016>
29. Bossardi CN, Chesani FH, Nalin F, Mezadri T. Funcionamento familiar e deficiência: Um estudo com pessoas com deficiência física adquirida na região do Vale do Itajaí (SC). Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]. 2021 [acesso em 6 out 2021]; 41 (n.spe 3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003190599>

30. Frota NM, Araújo TM, Barros LM, Caetano JA, Santos ZMSA. Acessibilidade Do Usuário Hipertenso À Unidade De Saúde E Adesão Ao Tratamento. *Rev Rene* [Internet]. 2013 [acesso 10 out 2021]; 14(4). Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028459009>
31. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLPL, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2007 [acesso em 10 out 2021]; 16(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000200008>
32. MOURA AA et. al. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial no contexto da atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE online. Recife* [Internet]. 2015 [acesso em 11 out 2021]; 9(4). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13601/16426>.
33. Vancini-Campanharo CR, Oliveira GN, Fernanda T, et al. Hipertensão Arterial Sistêmica no Serviço de Emergência: adesão medicamentosa e conhecimento da doença. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [acesso em 12 out 2021]; 23(6). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01149.pdf
34. Chobanian AV. Guidelines for the Management of Hypertension. *Med Clin* [Internet]. 2017 [acesso em 21 out 2021]; 101(1):219-227. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2016.08.016>
35. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica [Internet]. Brasília: MS; 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf
36. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 22 out 2021]; 24:e2724. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692016000100398&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
37. WEI X. Changes in the perceived quality of primary care in Shanghai and Shenzhen, China: a difference-in-difference analysis. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2015 [acesso em 24 out 2021]. 93: 407-416. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4450701/>
38. Albuquerque MSV, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJ, Lyra TM. Accessibility to health services: an analysis of the Primary Care in the state of Pernambuco. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [acesso em 24 out 2021]; 38(esp.):182-194. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S014>
39. Siqueira TR; Weigelt LD, Mocelin G, Oliveira BR. Atenção Às Pessoas Com Deficiência Na Rede Primária De Saúde. *Rev. Unisc.* [Internet]. 2019 [acesso em 25 out 2021]; p.53-64. ISBN: 978-85-7578-505-8. Disponível em: <http://repositorio.unisc.br:8080/jspui/bitstream/11624/2718/1/25%20anos%20de%20enfermagem%20na%20UNISC.pdf#page=53>

40. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [acesso em 25 out 2021]; 33(2):1–15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184715>
41. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Filho MB, Silva SL. Avaliação da atenção básica à saúde na perspectiva dos usuários: uma revisão sistemática. 2016;50(2):335–45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200021>
42. Naidoo K, Wyk J. What the elderly experience and expect from primary care services in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med (Online)* [Internet]. 2019 [acesso em 27 out 2021]; 11(1):1-10. Disponível em: <https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/2100/3413>
43. CRUZ, V. S. A satisfação dos usuários de serviços públicos do posto de saúde do Tirol no Rio Grande Do Norte. 2017, 47 f. Monografia (Graduação em Administração)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Ciências Administrativas, Natal, 2017.
44. Al-Assaf AF, Sheikh M. (editors). *Quality improvement in primary health care: a practical guide*. Cairo, WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series; 26), 2004. ISBN 92-9021-296-9.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar sobre a assistência prestada às Pessoas com Deficiência na Rede de Atenção Primária em Saúde do município de Taperoá-PB, através da percepção dos usuários, pode-se observar resultados que salientam a importância da implantação de investimentos, por parte dos gestores locais, com a finalidade de reduzir as vulnerabilidades ainda existentes no serviço de saúde enfrentadas pelas pessoas com deficiência física.

Também é importante a realização de um planejamento entre a coordenação da Secretaria de Saúde Municipal e os profissionais das unidades em saúde, construindo assim a realização de um serviço de qualidade que promova a realização de práticas que reduzam as vulnerabilidades existentes no serviço de saúde.

Ficou explícito nesta pesquisa, que a APS é essencial na vida dos usuários hipertensos com deficiência física, pois é a referência dos usuários na Rede de Serviços de Saúde e, dessa forma, deve ser o mais resolutiva possível, fornecendo a atenção necessária aos indivíduos, e não somente para a sua enfermidade, mas em todos os lugares, desde a unidade até a residência.

Espera-se, diante disso, que este estudo sirva de subsídio para os gestores e equipes de saúde para que possam nortear a assistência a esses pacientes, no âmbito da atenção primária, priorizando o cuidado holístico no intuito de resolver as dificuldades individuais e coletivas dos pacientes e que possa garantir a efetividade na terapêutica da HAS.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M.S.V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde debate**, v.38(spe), p.182-194, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S014>.
- ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Meta-avaliação de um processo participativo no fortalecimento da gestão municipal. **Rev Saude Publica.**; v.51, n.99, p.1-9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007047>.
- 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). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2006.
- ARRUDA, C. A. M.; BOSI, M. L. M Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface (Botucatu).**; v.21, n.61, p.321-332, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0479>.
- BAKKE, L. A. Satisfação de usuários hipertensos atendidos nos serviços de Atenção Primária à Saúde: instrumento para avaliação de tratamento. João Pessoa. **Dissertação [Mestrado Modelo de Decisão]** – Universidade Federal da Paraíba; 2016.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 4. ed., São Paulo: Editora Edições 70, 2011.
- 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.
- 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 [online]**. v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100012>.
- Brasil. 2015. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm.
- BRASIL. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências [Internet]. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm.
- BRASIL. Doenças cardiovasculares no Brasil. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Brasília: Cadernos de Atenção Básica - n.º 14, 2006a.

BRASIL, Ministério das Cidades. Implantação de sistemas de transportes acessíveis.cad. 05. - 1 ed. – Brasília, 2006d. Disponível em:
<http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSEMOB/Biblioteca/BrasilAcessivelCader no05.pdf> .

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências [texto na Internet]. Brasília(DF): Presidência da República; 1999. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/>.

CESARINO, C.B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto-SP. **Arq Bras Cardiol.** v.91, n.1, p.31-5, 2008. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300005>.

CHOBANIAN A.V. et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. **JAMA [Internet]**; v.289, n.19, p.2560-71, 2003. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.19.2560>.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; POUVOURVILLE, G.; POUILLIER, J.P.;
 CONTANDRIOPOULOS, D. À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI e siècle. In: Pomey MP, Poullier JP, éditeurs. Santé publique; 2000; p.637-67.

COTTA R.M.M., et al . Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.14, n.4, p.1251-1260, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400031>.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W.R. Deficiência, direitos humanos e justiça. **Sur. Rev. Int. direitos humanos, São Paulo**, v.6, n.11, p.64-77, 2009. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1806-64452009000200004>.

DONABEDIAN A. The definition of quality: a conceptual exploration. Explorations in quality assessment and monitoring. In: the definition of quality and approaches to its assessment. **Ann Arbor: Health Administration Press**; 1988.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad Saude Publica**; v.22, n.6, p.1267-1276, 2006. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600016>.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Cien Saude Colet.**; v. 10, supl. p. 303-312, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500031>.

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.

FIGUEIRA, E. Introdução à psicologia e pessoas com deficiência: a construção de um novo relacionamento! 2a. ed. São Paulo: Edição do Autor/AgBook, 2014.

FLICK, Uwe. *Introducing research methodology: A beginner's guide to doing a research project*. 2ª ed. Sage, 2015. 320p.

FRANÇA, I. S. X. et al. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. **Rev. bras. enferm.**; v.63, n.6, p.964-970, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600015>.

FRANÇA, I.S.X. et al. O des-cuidar do lesado medular na atenção básica: desafios bioéticos para as políticas de saúde. **Rev. bras. enferm.**, v.65, n.2, p.236-243, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200006>.

FRANK, B. R. B.; Viera, C.S.; Ross, C.; Obregón. P.L.; Toso, B. R. G. O. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate online [Internet]**. 2015 jun; 39(105):400-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200400&lng=em.

FROTA, N. M.; ARAÚJO, T.M.; BARROS, L. M.; CAETANO, J.A.; SANTOS, Z. M. S. A. Acessibilidade do usuário hipertenso à unidade de saúde e adesão ao tratamento. **Rev. Rene.**; v.14, n.4, p. 730-9, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028459009>.

GENEBRA. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Deficiência e saúde. **Genebra: OMS**; 2018.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 6ª ed. São Paulo: Atlas Editora, 2017.

GIRONDI, J.B.R.; SANTOS, S.M.A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 378-384, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200023>.

GIROTO, E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S.; RIDÃO, E.G. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. **Acta Sci, Health Sci**. v.31, n.1, p.77-82, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v31i1.4492>.

GONTIJO, T. L.; DUARTE, A. G. S.; GUIMARÃES, E. A. A.; SILVA J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde Debate**. v.41, n.114, p.741-52; 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711406>.

GUEDES, M.V.C. et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Enferm.** v.64, n.6, p. 1038-1042, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000600008>.

GUEDES, L.C. *Barreiras atitudinais nas Instituições de Ensino Superior: Questão de educação e empregabilidade [dissertação]*. Pernambuco (PB): Programa de Pós-Graduação em

Educação, Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco; 2007. Disponível em: http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/4563/arquivo5461_1.pdf?sequence=1.

GUS, I.; HARZHEIM, E.; ZASLAVSKY, C.; MEDINA, C.; GUS, M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arq Bras Cardiol.**; v.83, n.5, p.424-28, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2004001700009>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, 2010.

JACCOUD, M.S.; MALHEIROS, S.L.P.; YAVO, B. Avaliação de Qualidade de Vida de Pacientes portadores de hipertensão arterial submetidos à terapia medicamentosa anti-hipertensiva. **Revista multidisciplinar da Saúde.** v.1, n.2, 2009. Disponível em: http://www.portal.anchieta.br/revistaselivros/saudeemfoco/pdf/revistamultidisciplinardasaude_02.pdf.

KROUSEL-WOOD, M.A.; MUNTNER, P.; ISLAM, T.; MORISKY, D.E.; Webber, L.S. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. **Med Clin North Am.** v.93, n.3, p.753-69, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702217/>.

LAKATOS, E.M. Fundamentos de Metodologia Científica. 6. ed. São Paulo 2009.

MAIA L. G. Avaliação da atenção primária na perspectiva dos profissionais de saúde [Tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2017.

MALACHIAS, M.V.B.; PLAVNIK, F.L.; MACHADO, C.A.; MALTA, D.; NAZARIO, L.C.S.; FUCHS, S. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Arq Bras Cardiol [Internet]**. v.107(3 Supl. 3), p.1-6, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160151>.

MARTINS, K.P. et al. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.10, p.3153-3160, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.20052016>.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8º ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica Brasília: MS; 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Histórico e Cobertura da Estratégia Saúde da Família [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: dabsaudegovbr/portaldab/historico_cobertura_sf.php.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de atenção básica [Internet]. Brasília; 2012 [cited 2021 Feb 21]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: MS; 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Vigilância a Saúde. Secretaria de Atenção a 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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde Da Pessoa com Deficiência. Brasília: MS; 2010a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília; 2006b. [Série Cadernos de Atenção Básica nº 15 - Série A. Normas e Manuais Técnicos]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

MOREIRA, J.P.L.; MORAES, J.R.; LUIZ, R.R. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida nos ambientes urbano e rural do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúd. Públ.**, v. 29, n. 1, p.62-72, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100008>.

MOTTER, F.R.; OLINTO, M. T. A.; PANIZ, V. M. V. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Cien. & Saúd. Colet.** 2013; v. 18, n. 8, p.2263-2274, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800010>.

NAVATHE, A.S.; EMANUEL, E.J.; BOND, A.; LINN. K.; CALDARELLA, K.; TROXEL, A. Association between the implementation of a population-based Primary Care Payment System and achievement on quality measures in Hawaii. **JAMA.**; v.322, n.1, p.57-68, 2019. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2737174>.

NILSON, E.A.F.; ANDRADE, R.C.S.; BRITO, D.A.; OLIVEIRA, M.L. Costs attributable to obesity, hypertension, and diabetes in the Unified Health System, Brazil, 2018. **Rev Panam Salud Publica [Internet]**; v. 44, n.32, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>.

OLIVEIRA, E. B; BOZZETTI, M.C.; HAUSER, L.; DUNCAN, B. B.; HAZHEIM. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**; v. 8, n.29, p.264-273, 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/826>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.

PAES, N. A.; SILVA, C.S.; FIGUEIREDO, T. M. R. M.; CARDOSO, M. A. A.; LIMA, J. O. Satisfação 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. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v36n2/87-93/pt/>.

PAGLIUCA, L.M.F.; MAIA, E.R. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 849-55, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500020>.

PEDROSA, R. P.; DRAGER, L. F. Diagnóstico e classificação da hipertensão arterial sistêmica 2017, Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1430/diagnostico_e_classificacao_da_hipertensao_arterial_sistematica.htm.

PERALTA, M.R.; SANCHEZ, G.B. Impacto dos novos critérios para diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial sistêmica sugerida pelo American College of Cardiology / American Heart Association. **Gac Med Mex [Internet]**; v. 154, n. 6, p.633-637, 2018. Disponível em: [10.24875/GMM.18004690](https://doi.org/10.24875/GMM.18004690).

PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ, Recife: Editora Universitária UFPE, São Paulo: ABRASCO; 2009.

RADOVANOVIC, C.A.T.; SANTOS, L.A.; CARVALHO, M.D.B.; MARCON, S.S. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev Latino-Am. Enfermagem.** Maringá, v.22, n.4, p.547-53, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3345.2450>.

REIS, A. F. N.; CESARINO, C. B. Fatores de risco e complicações em usuários cadastrados no Hiperdia de São José do Rio Preto. **Cienc Cuid Saúde.**; v.15, n.1, p.118-24, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i1.24235>.

REIS, R.S.; et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Cien. & Saúd. Colet.**; v.18, n.11, p. 3321-3331, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>.

RIBEIRO, A.B.; PLAVNIK, F. L. Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica. 2.ed. São Paulo: **Atheneu**; 2007.

RIVERO, D. A. T. Lo que es la atención primaria de salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. **Rev Peru Med Exp Salud Pública**; v. 30, n. 2, p.283-7, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36328562020>.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.

ROSÁRIO, T.M.; SCALA, L.C.; FRANÇA, G.V.; PEREIRA, M.R.; JARDIM, P.C. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres-MT. **Arq Bras Cardiol**. v.93, n.6, p.672-8, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2009001200018>.

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. Disponível em: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/tainacan-items/34088/62623/V30_n4_2012_p336a342.pdf.

SANTOS-PINTO, C.D.B.; COSTA, N.R E OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2011, v. 16, n. 6, p. 2963-2973. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600034>.

SAWAYA, A. L. Políticas Públicas: pontos de métodos e experiências. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.20, n.56, p. 131-147, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142006000100010>.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigitel Brasil 2014: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. A atenção à saúde da família sob a ótica do usuário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 16, n. 5, p. 883-888, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/17019>.

SIQUEIRA, F.C.V. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Cien Saude Colet**, v.14, n.1, p.39-44, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100009>.

SOUZA, F.R; PIMENTEL A.M. Pessoas com Deficiência: entre necessidades e atenção a saúde. **Brazilian Journal of Occupational Therapy**. v. 20, n. 2, p. 229-37, 2012. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2012.024>.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, Df: Unesco : Ministério da Saúde, 2002.

TEDESCO, J.D.R., JUNGES, J.R. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.8, p.1685-1689, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166212>.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO, N. A. Questionário de avaliação de desempenho sobre o controle da TB para uso em clínicas de atenção primária à saúde no Brasil. **J. bras.**

pneumol.; v.35, n.6, p.610-612, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000600014>.

VOLPATO, L.F.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; AMBROSANO, G. M. B. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). **Cad. Saúde Pública [Internet]**; v. 26, n. 8, p.1561-1572, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800010>.

World Health Organization [WHO]. (2011). World report on disability 2011. (pp. 323-325). WHO: Malta. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.

World Health Organization [WHO]. Gestão integrada de risco cardiovascular: relatório de uma reunião da OMS: Genebra; 2002. Disponível a partir de: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/media/en/635.pdf.

World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Genebra: World Health Organization; 2011. Disponível em: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

ZATTAR, L.C. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**; v.29, n.3, p.507-21, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300009>.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

PROJETO DE PESQUISA: SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SUS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA MOTORA QUANTO À ASSISTÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

As informações contidas neste questionário permanecerão confidenciais.

Data da coleta ____/_____/____

Pesquisador _____

PARTE 1 – ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DO (A) ENTREVISTADO (A):

Pseudônimo do entrevistado _____

Endereço _____

Sexo _____ Idade _____

Telefone _____

Estado Civil _____

Escolaridade _____

Você trabalha _____

Renda Mensal _____

PARTE 2 - ACESSO AO TRATAMENTO

Quando você vai a unidades de saúde para acompanhamento da HAS, quais dificuldades você encontra no percurso?

Se o(a) Sr.(a) passar mal por causa da HAS, consegue uma consulta na unidade de saúde que faz tratamento?

Você já recebeu alguma orientação de profissionais de saúde quanto à realização de dieta e atividades físicas? Se SIM, como se dar esse acompanhamento?

Os profissionais da sua unidade costumam visita-lo (a) em sua moradia para acompanhamento de tratamento de HAS?

É realizado pela unidade de saúde, que você é acompanhado, ações educativas e palestras para melhor compreensão da HAS?

PARTE 3 - ADESÃO AO TRATAMENTO

Os profissionais de saúde respondem de forma clara as suas dúvidas quando é feita alguma pergunta?

Os profissionais explicam a importância de seguir o tratamento medicamentoso e não medicamentoso indicado para o controle da HAS?

Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?

PARTE 4 - SATISFAÇÃO DO TRATAMENTO

Qual é o grau de sua satisfação referente à assistência da rede de atenção à saúde para o controle da hipertensão arterial sistêmica?

APÊNDICE B - Termo de compromisso do pesquisador responsável em cumprir os termos da resolução 466/12 do CNS/MS

Título da Pesquisa:

Eu, Emerson Eduardo Farias Basílio, Mestrando do Curso Saúde Pública, da Universidade Estadual da Paraíba portador (a) do RG: 3798982 e CPF: 11407652486 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº.466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução. Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Taperoá, 09, de março, 2021.

Emerson Eduardo Farias Basílio

Assinatura do(a) Pesquisador responsável

APÊNDICE C – Declaração de concordância com projeto de pesquisa

Titulo da Pesquisa: SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SUS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA MOTORA QUANTO À ASSISTÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Eu, Emerson Eduardo Farias Basilio, da Universidade Estadual da Paraíba portador (a) do RG: 379898-2 declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Taperoá, 05, de março, 2021.

Emerson Eduardo Farias Basilio
Pesquisador Responsável

Inacia Sônia Araújo
Orientador de TCC

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado (a)

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **Satisfação dos usuários SUS com deficiência física motora quanto à assistência da rede de atenção à saúde para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica**, sob a responsabilidade de: **Emerson Eduardo Farias Basílio** e da orientadora **Inácia Sátiro Xavier de França**, de forma totalmente voluntária.

Farão parte deste estudo as pessoas com deficiência física motora associada à Hipertensão Arterial Sistêmica que estejam cadastradas nestas UBS e aceitem participar do estudo. Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, serão lidas as informações que seguem.

O estudo tem como objetivo geral: analisar o que os usuários do SUS com deficiência física motora associado à HAS estão pensando, sentindo e comentando sobre os serviços ofertados pela Rede de Atenção à Saúde no município de Taperoá-PB.

JUSTIFICATIVA: É de suma importância avaliar a satisfação de pessoas deficientes hipertensas nas UBS por representar um indicador que demonstra a qualidade do serviço ofertado, refletindo no cuidado da saúde do sujeito e na assistência ofertada pela atenção primária em saúde. O estudo também se justifica pela temática das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) estar contida na Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), pela a elevada taxa de morbimortalidade por HAS em todo mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, constituindo um grande problema de saúde pública, além disso, a realização do estudo é um passo importante para garantia de conhecimento e entendimento das necessidades em saúde de forma integral e equânime. Apenas com sua autorização realizaremos a coleta dos dados.

PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

No primeiro contato com o participante será informado sobre a condução do estudo e as dúvidas serão esclarecidas. O contato será por meio de ligação telefônica e o participante irá sinalizar se Concorda ou Não Concorda em participar do estudo. Após aceite do participante será combinado o dia e horário para o segundo momento da coleta que consiste na aplicação do questionário que também se dará por via telefônica. Todos os participantes do estudo serão nomeados com as letras iniciais do seu primeiro nome, seguidos por uma numeração de acordo com as sequencias das entrevistas, com objetivo de resguardar a identidade dos mesmos. Será garantido ao participante da pesquisa uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para coleta de dados será solicitado autorização para

gravação da ligação e a confirmação de que o aparelho telefônico esteja com carga suficiente para que a coleta não seja interrompida.

As pessoas com deficiência física motora e HAS fazem parte dos grupos prioritários para prevenção de adoecimento pelo Covid-19. Diante disso será seguida a orientação do OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021, que preconiza a coleta de dados virtual em pesquisas com seres humanos em qualquer etapa em ambiente virtual. Dessa forma, será adotada a coleta de dados por meio telefônico, que não envolve a presença física do pesquisador e do participante de pesquisa, afastando-se o risco de possível transmissão do Covid-19.

Sendo assim, pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa e declaro estar esclarecido e de acordo com os seguintes pontos:

- Os riscos contidos no presente estudo são os inerentes aos projetos dessa natureza e considerados como riscos mínimos como o cansaço e desconforto no processo de respostas ao questionário. Para tanto, o pesquisador estará habilitado ao método da coleta de dados estando atento aos sinais de riscos ou de desconforto, e atuará para minimizar estes possíveis problemas da seguinte forma: mantendo o profissionalismo entre as partes, a privacidade e a identidade dos participantes, o sigilo absoluto acerca das informações recebidas por parte do pesquisador, garantindo aos participantes a liberdade para não responder questões que não souberem ou não quiserem responder, respeitando o direito dos participantes de se recusarem a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização da pesquisa ora proposta, sem qualquer penalização ou prejuízo (Resolução 466/2012 (item IV.3 b).
- Todo o desenvolvimento do projeto será realizado com a observância das normas preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas em Seres Humanos, obedecendo às normas de biossegurança e guardando o sigilo ético, pode-se afirmar que os riscos são próximos de zero.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O participante poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Garante-se que, caso ocorram, prejuízos financeiros estes serão imediatamente e integralmente ressarcidos pelo pesquisador, incluindo gastos do participante e de quem o acompanhe. No caso de eventual dano, imediato ou tardio, decorrente desta pesquisa, fica garantido o direito de ser indenizado pelo pesquisador, bem como a ter assistência gratuita, integral e imediata, pelo tempo que for necessário (Resolução 466/2012 – item IV.3.g e Resoluções complementares).

- Após o término da pesquisa, seus resultados serão divulgados por meio de publicações, apresentações em eventos e capacitações de profissionais da saúde.
- Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Emerson Eduardo Farias Basílio através dos telefones (83) 99922-6964 ou através do e-mail: emersontpb201244@gmail.com, ou do endereço: Rua Capitão Manoel Targy, 276. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente). e da CONEP (quando pertinente).
- Desta forma, uma vez tendo ouvido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa **Satisfação dos usuários SUS com deficiência física motora quanto à assistência da rede de atenção à saúde para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica** e ter sido esclarecido sobre as informações prestadas no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade.

Desta forma, o senhor (a) autoriza a sua participação neste estudo? Por gentileza, o senhor informe SIM () caso concorde a sua participação neste estudo ou NÃO () caso não concorde a sua participação neste estudo.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE E - Termo de autorização para gravação de voz

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SUS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA MOTORA QUANTO À ASSISTÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores _____ a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Emerson Eduardo Farias Basílio e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Taperoá, _____, de _____, 2021.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

ANEXO A – Termo de autorização institucional

Secretaria Municipal de Taperoá – PB
Endereço: R. XXIII de Maio, Centro. CEP: 58680-000 – Taperoá, PB.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção e autorizamos a realização do projeto intitulado "SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SUS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA MOTORA QUANTO À ASSISTÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA" desenvolvida pelo aluno Emerson Eduardo Farias Basílio do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Dra. Inácia Sátiro Xavier de França.

Taperoá, 11, de março, 2021.

Maria Sileide Barreto Pinto
Secretaria de Saúde

Maria Sileide B. Pinto / Por ~~Emerson~~ Lucía B. Morimoto

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXOS B – Termo de anuência

SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TAPEROÁ



TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para devidos fins que a pesquisa com o título “SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SUS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA MOTORA QUANTO À ASSISTÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA” a ser conduzida pelo discente pesquisador (a): EMERSON EDUARDO FARIAS BASÍLIO, sob a condução da docente, INÁCIA SATIRO XAVIER DE FRANÇA está autorizado para ser realizado a este Serviço.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, com destaque a Resolução 466/2012 do CNS. Este serviço municipal de saúde está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos participantes da pesquisa.

Informamos que para ter acesso a qualquer Serviço de Saúde deste município, fica condicionado a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma.

Atenciosamente,

maria Sileide Barreto Pinto
Secretaria de Saúde

Maria Sileide B. Pinto / Rosanna Luísa R. Moinho

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL INSTITUCIONAL

Taperoá, 11, de março, 2021.

Endereço: R. XXIII de Maio, Centro. CEP: 58680-000 – Taperoá, PB.

Telefone: 3463-2186

ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS SUS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA MOTORA QUANTO À ASSISTÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Pesquisador: Emerson Eduardo Farias Basilio

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 44664921.0.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.727.028

Apresentação do Projeto:

LÊ-SE:

Objetivo: Analisar o que os usuários do SUS com deficiência física motora associado à HAS estão pensando, sentindo e comentando sobre os serviços ofertados pela Rede de Atenção à Saúde no município de Taperoá-PB. **Matérias e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que ocorrerá no período de 2020 a 2021. O estudo será realizado nas UBS do município de Taperoá-PB. A amostra será composta por indivíduos com deficiência física portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, tendo como critérios de inclusão: pessoas com deficiência física do tipo congênita ou adquiridas e hipertensas, cadastradas no HIPERDIA nas respectivas UBS no município de Taperoá-PB. Serão excluídos da amostra, os participantes que residem na zona rural. O estudo seguirá três etapas: a primeira etapa consistirá no desenvolvimento do roteiro de entrevista semiestruturada com questões pertinentes ao objetivo proposto, já a segunda etapa será a realização das entrevistas semiestruturada por ligação de voz em dois momentos, utilizando-se o sistema de áudio e por fim a terceira etapa consistirá da análise de dados. O projeto será apresentado a Secretaria de Saúde do município para autorização da pesquisa nas UBS. Será realizado o primeiro contato com as Unidades para apresentação da proposta ao responsável técnico da UBS e para os ACS – Agente Comunitário de Saúde, que após a aceitação do responsável técnico, os ACS irão realizar o rastreamento de pessoas com deficiência cadastrados.

Endereço: Av. das Bananeiras, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.727.028

no HIPERDIA, ofertando ao grupo de pesquisa o contato telefônico ou e-mail da população do estudo, para que então seja feito o contato com o grupo estudado. O estudo atenderá a todos os procedimentos éticos recomendados pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Resultados Esperados: Auxiliar os gestores locais na elaboração de estratégias de ação, que permitam a realização de uma assistência mais organizada e qualificada, promovendo assim o controle da doença e melhorando a qualidade de vida de pessoas com deficiência física.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

LÊ-SE:

Analisar o que os usuários do SUS com deficiência física motora associado à HAS estão pensando, sentindo e comentando sobre os serviços ofertados pela Rede de Atenção à Saúde no município de Taperoá-PB.

LÊ-SE:

Objetivos secundários

Traçar o perfil sociodemográfico dos usuários com deficiência física e hipertensão arterial sistêmica assistidos pela rede de atenção à saúde em Taperoá-PB;

Identificar o que os usuários pensam sobre o serviço de saúde prestado pelo SUS;

Avaliar a acessibilidade dos usuários com deficiência física e hipertensos na Rede de Atenção à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco:

LÊ-SE:

As pessoas com deficiência física motora e HAS fazem parte dos grupos prioritários para prevenção de adoecimento pelo Covid-19. Diante disso será seguida a orientação do OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021, que preconiza a coleta de dados virtual em pesquisas com seres humanos em qualquer etapa em ambiente virtual. Dessa forma, será adotada a coleta de dados por meio telefônico, que não envolve a presença física do pesquisador e do participante de pesquisa, afastando-se o risco de possível transmissão do Covid-19.

Assim sendo, a pesquisa apresenta riscos mínimos e transitórios aos participantes, como

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.727.028

aborrecimento, constrangimento ou estresse caso não saibam responder alguma das perguntas presentes no formulário ou durante a entrevista. Também pode ocorrer desconforto ou impaciência devido à duração de tempo destinado a participação na pesquisa citada.

Os participantes terão assistência e acompanhamento durante todo o desenvolvimento da pesquisa de acordo com a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O pesquisador estará habilitado ao método da coleta de dados estando atento aos sinais de riscos ou de desconforto, e atuará para minimizar estes possíveis problemas da seguinte forma: mantendo o profissionalismo entre as partes, a privacidade e a identidade dos participantes, o sigilo absoluto acerca das informações recebidas por parte do pesquisador, garantindo aos participantes a liberdade para não responder questões que não souberem ou não quiserem responder, respeitando o direito dos participantes de se recusarem a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização da pesquisa ora proposta, sem qualquer penalização ou prejuízo (Resolução 466/2012 (item IV.3 b).

Todo o desenvolvimento do projeto será realizado com a observância das normas preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas em Seres Humanos, obedecendo às normas de biossegurança e guardando o sigilo ético, pode-se afirmar que os riscos são próximos de zero.

Garante-se que, caso ocorram, prejuízos financeiros estes serão imediatamente e integralmente ressarcidos pelo pesquisador, incluindo gastos do participante e de quem o acompanhe. No caso de eventual dano, imediato ou tardio, decorrente desta pesquisa, fica garantido o direito de ser indenizado pelo pesquisador, bem como a ter assistência gratuita, integral e imediata, pelo tempo que for necessário (Resolução 466/2012 – item IV. 3.g e Resoluções complementares).

Assegura-se que os participantes voluntários terão acesso às informações sobre os resultados do estudo, assim como as informações obtidas serão utilizadas apenas com a finalidade de pesquisa, e que todos os participantes voluntários receberão assistência/acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa (Res. 466/12 IV 3 C).

Benefícios

LÊ-SE

Conhecer a satisfação de usuários deficientes portadores de HAS quanto aos serviços ofertados na atenção primária à saúde, é de suma importância, pois irá contribuir para a formulação e o aprimoramento de ações governamentais de modo direcionado as necessidades de cada território e seus habitantes no enfrentamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, cumprindo as

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.727.028

exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em ações de educação permanente para profissionais da área de saúde, em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV, 3. g. e. h.).

Os benefícios esperados com a pesquisa serão: A pesquisa terá conteúdo confiável, atual e adequado às necessidades do público. O estudo contribuirá no âmbito social e da saúde de pessoas com deficiência física motora, e o seu produto poderá ser utilizado em futuros projetos, fortalecendo a produção científica da enfermagem brasileira.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo sobre a avaliação da satisfação de pessoas deficientes hipertensas sobre os serviços ofertados na atenção primária à saúde, aborda uma temática relevante, que poderá contribuir na produção do conhecimento sobre qualidade do cuidado em saúde ofertado às pessoas com deficiências e hipertensão arterial na Rede de Atenção à Saúde e poderá propiciar o planejamento de intervenções para organização da atenção primária à saúde, de modo a proporcionar a melhoria da equidade no acesso para atendimento das necessidades de saúde às pessoas deficientes e hipertensas, particularmente no contexto estudado. Ao analisar o protocolo de pesquisa, verifica-se, que em função da situação epidemiológica da pandemia de Covid-19 no estado da Paraíba, a coleta de dados será realizada mediante o uso de ligações telefônicas, que serão gravadas em áudio, sendo necessário que o voluntário manifeste o aceite em participar do estudo para a realização de entrevistas. Foi observado ainda que o(a) pesquisador (a) atendeu ao previsto na Resolução CNS 466/2012 para sanar todas as pendências/inadequações éticas identificadas em parecer anteriormente emitido. O Protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários à apreciação ética. Foi constatado que os riscos, os meios para minimizá-los e os benefícios do estudo estão descritos; os Termos de apresentação obrigatória, cronograma e orçamento estão anexados ao Protocolo de Pesquisa e estão adequados. O TCLE atende o disposto na Resolução CNS 466/2012. Desta forma, o projeto não apresenta óbices éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados ao Protocolo de Pesquisa e atende ao preconizado pela Resolução 466/2012 e complementares.

Recomendações:

Recomendamos a elaboração e apresentação do relatório parcial e final da pesquisa (Resolução

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.727.028

466/2012 item XI.2 d).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências éticas foram resolvidas em conformidade com o preconizado pela Resolução CNS 466/2012 e complementares, que regem as pesquisas envolvendo seres humanos de forma direta e/ou indireta no Brasil e, Norma Operacional 001/2013. O projeto não apresenta óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1717256.pdf	16/05/2021 18:50:12		Aceito
Outros	PROJETOPARACEPfinal.docx	16/05/2021 18:49:26	Emerson Eduardo Farias Basilio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPARACEPfinal.docx	16/05/2021 18:48:18	Emerson Eduardo Farias Basilio	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMADASATIVIDADESfinal.docx	16/05/2021 18:44:08	Emerson Eduardo Farias Basilio	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termosfinal.docx	16/05/2021 18:42:56	Emerson Eduardo Farias Basilio	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	17/03/2021 18:48:00	Emerson Eduardo Farias Basilio	Aceito
Declaração de concordância	concordancia.pdf	17/03/2021 18:45:26	Emerson Eduardo Farias Basilio	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocep.docx	17/03/2021 18:39:25	Emerson Eduardo Farias Basilio	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinado.pdf	17/03/2021 18:31:10	Emerson Eduardo Farias Basilio	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.727.028

CAMPINA GRANDE, 21 de Maio de 2021

Assinado por:

Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br