



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**Efetividade das ações de controle da hipertensão arterial
sob a ótica dos profissionais da atenção primária à saúde**

Flávia Nunes Ferreira de Araújo

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.

**Orientadora: Prof^a.Dr^a.Tânia Maria Ribeiro
Monteiro de Figueiredo**

Campina Grande – PB

2012

Efetividade das ações de controle da hipertensão arterial sob a ótica dos profissionais da atenção primária à saúde

Flávia Nunes Ferreira de Araújo

**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.**

**Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tânia Maria Ribeiro
Monteiro de Figueiredo**

Campina Grande – PB

2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua 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 da dissertação

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

A663e Araújo, Flávia Nunes Ferreira de.

Efetividade das ações de controle da hipertensão arterial sob a ótica dos profissionais da atenção primária à saúde [manuscrito]. / Flávia Nunes Ferreira de Araújo. – 2012.

85 f. : il. color.

Digitado

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, Departamento de Enfermagem”.

1. Hipertensão arterial. 2. Ações de controle. 3. Saúde Pública. 4. Avaliação do serviço de saúde. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mestranda: Flávia Nunes Ferreira de Araújo

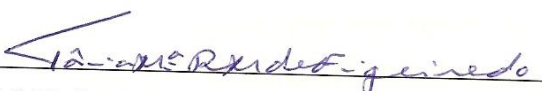
Título: Efetividade das ações de controle da hipertensão arterial sob a ótica dos profissionais da atenção primária à saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo

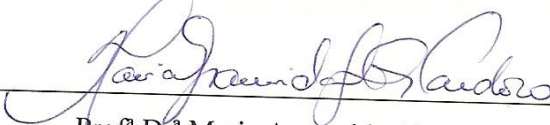
Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em 14 / 03 / 2012

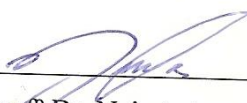
Banca Examinadora


Prof^a Dr^a Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo (orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba


Prof^a Dr^a Maria Aparecida Alves Cardoso

Universidade Estadual da Paraíba


Prof^o Dr. Neir Antunes Paes
Universidade Federal da Paraíba

Às pessoas que têm hipertensão arterial sistêmica e tanto necessitam de um aprendizado maior, de uma atenção maior, de uma vigilância maior... de profissionais de saúde que lhes deem orientações que, certamente, repercutirão em dias acrescidos e melhores.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua fidelidade, pela sabedoria vinda do alto, pela capacidade que nos concede, pelo seu infinito amor para conosco. Ao mestre dos mestres seja-lhe atribuída toda honra e glória.

A meu esposo por seu amor, compreensão e carinho e, a meus filhos por me ajudarem tanto na realização deste trabalho, seja pelo apoio, seja pela inspiração. Eu os amo imensuravelmente!

À minha amada família, meus pais, que me ensinaram os verdadeiros valores do ser humano e constituíram o alicerce da minha vida. Aos meus irmãos, por sempre estarem segurando em minhas mãos e me ajudando na concretização dos meus sonhos. Eu também os amo imensuravelmente!

À minha orientadora, Profª Drª Tânia Ribeiro, por confiar e acreditar na desenvoltura deste trabalho e por estar sempre disposta a orientar, corrigir e aconselhar. E, mais que orientadora, uma amiga que Deus colocou em meu caminho.

À Profª Drª Maria Aparecida (Cidinha) pelas considerações feitas na condução deste trabalho, contribuindo com interesse e disposição. Pela gentileza de nos ensinar, sem reservas, seus importantes conhecimentos.

Ao Profº Dr. Neir Antunes Paes pela atenção despendida às pessoas com hipertensão, propondo com ousadia, uma pesquisa científica, um estudo de coorte, com estas pessoas, os profissionais de saúde e gestores. Importante iniciativa que me oportunizou, através da professora Tânia, participar deste estudo tão valioso para a saúde pública.

À Universidade Estadual da Paraíba, a qual devo a minha formação na graduação, pós-graduação lato sensu e, agora, stricto sensu. A todos os professores que nos repassaram seus conhecimentos e deixaram seus exemplos para seguir. A todos os funcionários, obrigada!

Ao estatístico Saulo André, por sua indispensável contribuição, pela disposição em esclarecer os cálculos estatísticos deste trabalho, por sua competência e profissionalismo.

À União de Ensino Superior de Campina Grande (UNESC Faculdades), direção, coordenação de enfermagem e colegas, pelo apoio e compreensão.

À Faculdade Maurício de Nassau, direção, coordenação de enfermagem e colegas, também pelo apoio e compreensão.

Aos meus cunhados e sobrinhos, demais familiares e amigos que também contribuíram direta ou indiretamente, com apoio, atenção e presteza.

À minha secretária por não medir esforços para cuidar dos meus filhos em minha ausência, me proporcionando confiança em seu profissionalismo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande por ter ‘aberto as portas’ à realização desta pesquisa, ajudando-nos no direcionamento deste trabalho e nos fornecendo dados imprescindíveis.

Ao grupo de pesquisa do Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas (NEPE/UEPB), pela imensa cooperação, união e dedicação em toda desenvoltura da coleta de dados, por podermos compartilhar tantos momentos de alegria.

Não poderia deixar de citar, também com sentimentos de gratidão, às pessoas com hipertensão e aos profissionais de saúde que as acompanham. Sem dúvida, principal objeto de estudo desta pesquisa, que tanto contribuíram para a realização desta dissertação.

Muito obrigada!

*“Descobri como é bom chegar quando se tem paciência,
e para chegar onde quer que seja,
aprendi que não é preciso dominar a força, mas a razão.
É preciso antes de qualquer coisa, querer!”*

Amyr Klink

RESUMO

Araújo FNF. Efetividade das ações de controle da hipertensão arterial sob a ótica dos profissionais da atenção primária à saúde. [Dissertação]. Campina Grande (PB): Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba, 2012, 85p.

OBJETIVO: Avaliar ações de controle da hipertensão arterial sistêmica nos serviços da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais da estratégia saúde da família no município de Campina Grande/PB. **MÉTODOS:** Estudo do tipo transversal, realizado com profissionais de 28 equipes de saúde, entre outubro e dezembro de 2010. Trabalhou-se com 22 itens de cinco dimensões que avaliam a efetividade das ações para o doente de hipertensão (visita domiciliar, adesão/vínculo, elenco de serviços, coordenação e enfoque na família). Empregou-se a análise fatorial para reagrupar os itens e verificou-se o índice de efetividade dentro de cada grupo. **RESULTADOS:** A análise fatorial separou os itens em três fatores. O item informação sobre a hipertensão e seu controle apresentou carga fatorial de 0,819 no fator 1. No fator 2, o item relacionado à visita domiciliar ao hipertenso obteve carga fatorial de 0,753. O item sobre informações dos medicamentos utilizados para o tratamento da hipertensão arterial apresentou uma carga fatorial de 0,794 no fator 3. O fator 1 mostrou que as variáveis que estão nele explicam 21,3% da variação do grupo estudado. O índice de efetividade comprovou que os itens com maiores cargas fatoriais resultaram em percentual inferior a 75%, preconizado para este estudo. **CONCLUSÃO:** Urge a necessidade de estimular e promover a realização da educação em saúde nas unidades de saúde em estudo, visando despertar nos hipertensos a prática de um estilo de vida saudável, contribuindo com a minimização dos agravos relacionados à doença e impactando a efetividade do serviço.

Palavras-chave: Hipertensão arterial, ações de controle, profissionais, avaliação do serviço de saúde.

ABSTRACT

Araújo FNF. Effectiveness of the hypertension control actions from the perspective of professionals in primary health care. Dissertation. Campina Grande (PB): Post-graduate program in Public Health, Universidade Estadual da Paraíba, 2012, 85p.

OBJECTIVE: Evaluate actions to control hypertension in primary health care services from the perspective of the professionals in the family health strategy in Campina Grande/ PB/ Brazil. **METHODS:** cross-sectional study, carried out with 28 teams of health professionals, between October and December 2010. It was worked with 22 items of five dimensions that evaluate the effectiveness of actions for hypertensive patients (home visit, adherence/ link, cost of services, coordination and focus on the family). It was employed the factor analysis to regroup the items and it was checked the index of effectiveness within each group. **RESULTS:** The factor analysis separated the material into three factors. The item information about hypertension and its control presented factorial load of 0.819 in factor 1. In factor 2, the item related to the domiciliary visit to hypertensive patient obtained a factorial load of 0.753. The item about information of the medicines used for the treatment of hypertension presented a factorial load of 0.794 in factor 3. The factor 1 showed that the variables that are in it explain 21,3% the variation in the studied group. The index of effectiveness ascertain that items with larger factorial loads resulted in a percentage less than 75%, recommended for this study. **CONCLUSION:** Urge the need to stimulate and promote achievement of health education in the studied health units, aiming at awakening in hypertensive practices of a healthy lifestyle, contributing to the reducing disease-related grievances and impacting the effectiveness of the service.

Keywords: hypertension, control actions, professionals, health service assessment.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
3.1 CONTEXTUALIZANDO A HAS	23
3.2 CLASSIFICAÇÃO DA HAS	23
3.3 FISIOPATOLOGIA DA HAS	24
3.4 FATORES DE RISCO PARA A HAS	25
3.5 AVALIAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	26
3.6 TRATAMENTOS PARA A HAS	28
3.7 PREVENÇÃO DA HAS	29
3.8 COMPLICAÇÕES DA HAS	30
3.9 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ABORDAGEM PROFISSIONAL E DA INTEGRALIDADE	31
3.10 IMPORTÂNCIA E IMPACTO DA VISITA DOMICILIAR	35
3.11 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	37
4 MATERIAL E MÉTODOS	40
4.1 TIPO DE ESTUDO	40
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	40
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	42
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	43
4.5 COLETA DE DADOS E BASE DE DADOS	46
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	47
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	50
5 RESULTADOS	51
5.1 DISTRIBUIÇÃO DA CARGA FATORIAL DAS AÇÕES DE SERVIÇO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS CUIDADOS DA HAS	51
5.2 ÍNDICE DE EFETIVIDADE GERAL DOS FATORES	54

5.3 ÍNDICE DE EFETIVIDADE DAS VARIÁVEIS DE CADA FATOR	55
6 DISCUSSÃO	57
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	71
ANEXOS	79

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Classificação da PA de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)	
.....	24
TABELA 2 - Carga fatorial das ações de serviço dos profissionais de saúde nos cuidados da HAS, Campina Grande-PB, 2010	53

LISTA DE FIGURAS

FIGURA1- Distribuição geográfica dos distritos sanitários em Campina Grande/PB, 2006	41
FIGURA 2 - Distribuição do número de itens das oito dimensões recomendadas por Starfield para a avaliação dos serviços de saúde, 2009	44
FIGURA 3 - Distribuição dos itens recortados a partir de cinco dimensões selecionadas para este estudo	45

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição do índice de efetividade geral dos fatores 1 e 2, Campina Grande-PB, 2010	54
GRÁFICO 2 - Distribuição do índice de efetividade das variáveis do fator 1, Campina Grande-PB, 2010	55
GRÁFICO 3 - Distribuição do índice de efetividade das variáveis do fator 2, Campina Grande-PB, 2010	56

LISTA DE SIGLAS

ACS- agente comunitário de saúde
AP- atenção primária
APS- atenção primária em saúde
AVE- acidente vascular encefálico
DCV- doença cardiovascular
DM- diabetes mellitus
DS- distrito sanitário
EAB- efeito do avental branco
ECA- enzima conversora da angiotensina
ESF- estratégia saúde da família
HA- hipertensão arterial
HAS- hipertensão arterial sistêmica
HM- hipertensão mascarada
IE- índice de efetividade
IECA- inibidores da enzima conversora da angiotensina
IMC- índice de massa corpórea
INSS- Instituto Nacional de Seguridade Social
LOA- lesão em órgãos-alvo
MAPA- medição ambulatorial da pressão arterial
mmHg- milímetros de mercúrio
MS- Ministério da Saúde
NEPE- núcleo de estudos e pesquisas epidemiológicas
PA- pressão arterial
PB- Paraíba
PCAT- *primary care assessment tool*
PIB- produto interno bruto
PSF- programa de saúde da família
SAHOS- síndrome da apnéia/hipopnéia obstrutiva do sono
SIAB- sistema de informação da atenção básica
SISHIPERDIA- Sistema Hiperdia

SPSS- *Statistical Package for Social Sciences*

SRA- sistema renina-angiotensina

SUS- sistema único de saúde

SVS- secretaria de vigilância em saúde

UBSF - unidade básica de saúde da família

UEPB- Universidade Estadual da Paraíba

UFPB- Universidade Federal da Paraíba

VD- visita domiciliar

VIGITEL- Sistema de monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não-transmissíveis

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho faz parte dos projetos de pesquisa desenvolvidos por Paes^(1,2) - multicêntricos, intitulados “Avaliação da efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do Nordeste do Brasil”, projeto original para definir a amostra e, “Desempenho do Programa Saúde da Família comparando com o das unidades básicas de saúde no controle da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em municípios do estado da Paraíba: um estudo de coorte”, para o estudo dos profissionais. Ambos os projetos foram aprovados pelos editais: MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS No. 37/2008 e, MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS No. 067/2009, e foram desenvolvidos nos anos de 2009 e 2010, respectivamente.

Estes projetos envolveram duas instituições em municípios diferentes: Universidade Federal da Paraíba (UFPB) na cidade de João Pessoa /PB e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), através do Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas – NEPE, em Campina Grande/PB.

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grande problema de saúde pública. Todos os países têm enfrentado repercussões devastadoras e irreversíveis por danos provocados às pessoas com HAS, tais como insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, doença cérebro-vascular, dentre outras.

Estima-se que a HAS atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cerebrovascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces^(3,4,5).

No Brasil, a hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise^(6,7).

O sistema de monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis (VIGITEL), por intermédio de entrevistas telefônicas implantado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), verificou que em 2008, na população brasileira na faixa de idade igual ou maior de 18 anos, a prevalência de pessoas que auto-referiram ser portadoras de hipertensão foi de 23,1%. A partir desses dados, estima-se então haver no Brasil cerca de 33.000.000 de adultos diagnosticados com hipertensão. Esses dados devem servir de parâmetros para cálculo de prevalências em cada unidade da federação⁽⁶⁾.

Diante da problemática da HAS e sua crescente incidência no Brasil, principalmente na população de adulto-jovem, o MS, no ano de 2001, elaborou o plano de reorganização de atenção ao usuário com hipertensão arterial e diabetes *mellitus*⁽⁸⁾, com o objetivo de reestruturar o atendimento aos portadores dessas doenças, proporcionando um cuidado resolutivo e de qualidade na rede pública de serviços de saúde.

O plano privilegia a abordagem conjunta e integrada da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF), tornando-se imperativo que esses profissionais desenvolvam ações que possibilitem não só um trabalho multidisciplinar, onde cada profissional realize a sua avaliação, mas, também, uma avaliação interdisciplinar, onde deverão ser traçadas conjuntamente as ações necessárias para a recuperação e manutenção da saúde dos usuários portadores dessas doenças⁽⁹⁾. Em 2002, o MS implantou o Sistema

HiperDia (SISHIPERDIA), para realizar o cadastramento de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus⁽¹⁰⁾. Este Sistema gera informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde⁽⁶⁾.

Além do cadastro, o Sistema permite o acompanhamento, viabiliza o recebimento dos medicamentos prescritos para HAS e DM, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, define o perfil epidemiológico da população permitindo pensarem estratégias de saúde pública que poderão minimizar os agravos possibilitando uma redução de custo social para as famílias⁽⁶⁾.

No ano de 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), houve um avanço nos cuidados da saúde da população, sobretudo no que tange à atenção primária à saúde (APS). Devido às repercussões positivas e experiências exitosas, hoje o PSF não é mais considerado um Programa, e sim uma Estratégia, recebendo o nome de Estratégia Saúde da Família (ESF). Desde sua criação, esta estratégia vem se estendendo por todo o território nacional⁽¹¹⁾.

O esforço nacional de implantação da ESF tem possibilitado uma significativa ampliação do acesso aos serviços de atenção primária (AP). Dados de 2009 apontam a existência de 30.328 equipes, cobrindo 50,7% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 96,1 milhões de pessoas⁽¹²⁾.

Com a inserção da ESF, dimensões de qualidade tais como: integralidade das ações, humanização e satisfação das demandas dos usuários, encontram-se plenamente contempladas na referida estratégia⁽¹³⁾.

Uma das especificidades que chama a atenção na proposta inicial da ESF diz respeito à atuação dos profissionais. Além da capacidade técnica, os participantes das equipes precisam se identificar com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo⁽¹⁴⁾.

Para que a ESF atinja esse objetivo, é necessário o investimento dos profissionais no que tange à proposta de um processo de humanização na relação profissional/usuário. Essa proposta aspira pelo nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o usuário em sua integridade física, psíquica e social e não somente sob o ponto de vista biológico.

Alguns autores mostram que o vínculo entre profissionais e usuários amplia a eficácia das ações de saúde, além de favorecer continuamente a participação do doente durante a prestação do serviço. Construindo, assim, sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes. Não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja^(13,15,16).

Outra forma de integração profissional/usuário é a visita domiciliar (VD), considerada uma das importantes atribuições dos profissionais da ESF. Esta prática é imprescindível para o cuidado e a vigilância à saúde da população adscrita. A atenção domiciliar é legitimada a partir da Lei Federal nº. 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁷⁾.

Com a frequência da presença do profissional de saúde na casa do doente de hipertensão, as orientações quanto aos cuidados, dietas e administração correta das medicações, o incentivo à adesão ao tratamento não medicamentoso, como mudança nos hábitos prejudiciais à hipertensão reflete em uma considerável estabilidade no seu estado de saúde. Além de gerar um vínculo, a orientação de cuidados de saúde dada pelo profissional na casa do doente traz uma grande repercussão no controle de riscos de complicações e morte que a hipertensão arterial pode causar.

No Brasil, como apoio à gestão do SUS no tocante à qualidade da assistência oferecida aos usuários, foi criado em março de 2005 o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde^(18,19).

Este Programa tem como pressuposto verificar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados aos serviços de saúde, às condições de acesso da população a estes serviços; o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços públicos de saúde; às condições e à relação de trabalho dos profissionais nos estabelecimentos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade⁽²⁰⁾.

A avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos.

Portanto, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de avaliar a qualidade dos serviços de saúde da atenção primária, verificando a efetividade das ações de controle da HAS, na ótica dos profissionais de saúde que atuam na ESF.

O papel dos profissionais de saúde tem um aspecto de real relevância no processo de adesão às ações de um determinado programa ou intervenção. A sensibilidade, o tempo dispensado ao atendimento e o cuidado em relação aos aspectos psicossociais dos usuários merecem atenção. Atividades educacionais voltadas para o auto-cuidado e o trabalho em

grupos de pacientes e equipe de saúde pode ser útil por propiciar troca de informações, favorecer esclarecimento de dúvidas e atenuar ansiedades, pela convivência com outras pessoas que apresentam problemas semelhantes.

Nesta perspectiva, entende-se que o atendimento realizado de forma organizada, humanizada e individualizada, além de ações em grupo, através de consultas médicas, de visitas domiciliares mensais pelos agentes comunitárias de saúde (ACS), e ainda acompanhamento pelo enfermeiro e auxiliar de enfermagem, faz com que os usuários sintam-se cuidados, valorizados e estimados. Esta prática intensifica ainda mais o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde, aumentando a adesão às terapêuticas – que é o grande desafio para o sucesso do tratamento e, conseqüentemente, viabiliza a obtenção das metas e o alcance dos resultados esperados.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar ações de controle da hipertensão arterial sistêmica nos serviços da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais da estratégia saúde da família no município de Campina Grande/PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar a análise fatorial para as variáveis relacionadas às ações dos profissionais de saúde junto ao doente de hipertensão arterial sistêmica;
- Medir o índice de efetividade das ações, realizadas pelos profissionais, no controle da hipertensão arterial sistêmica durante a visita domiciliar, em consultas e em reuniões de grupo de doentes de hipertensão;

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CONTEXTUALIZANDO A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais⁽⁷⁾.

A HAS pode ser classificada segundo sua causa de base em primária ou essencial e, secundária. A hipertensão arterial primária representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental⁽²¹⁾.

A hipertensão arterial secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária. Os principais fatores que podem levar à hipertensão secundária são: doença do parênquima renal, coarctação de aorta, síndrome de Cushing e corticoterapia prolongada, induzida por drogas, uropatia obstrutiva, feocromocitoma, hipertensão renovascular, hiperaldosteronismo primário, apnéia do sono, etilismo, doenças das glândulas tireoide e paratireoide⁽²¹⁾.

3.2 CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões⁽²²⁾.

Os valores que classificam os indivíduos acima de 18 anos estão na Tabela 1:

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, 2010.

3.3 FISIOPATOLOGIA DA HAS

O desenvolvimento da hipertensão depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais, embora ainda não seja completamente conhecido como estas interações ocorrem. Sabe-se, no entanto, que a hipertensão é acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, renais, do sistema renina angiotensina, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial. Assim a hipertensão resulta de várias alterações estruturais do sistema cardiovascular que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular^(23,24).

O sistema nervoso autônomo (simpático) tem uma grande importância na gênese da hipertensão arterial e contribui para a hipertensão relacionada com o estado hiperdinâmico. Mecanismos renais também estão envolvidos na patogênese da hipertensão, tanto através da excreção de quantidades anormais de sódio na urina (natriurese), levando à retenção de sódio e água, quanto pela liberação alterada de fatores que aumentam a PA como a renina ou de fatores depressores da PA como prostaglandinas⁽²³⁻²⁶⁾.

3.4 FATORES DE RISCO PARA A HAS

A maioria dos usuários com HAS desconhece a causa da doença. Porém, vários são os fatores que podem estar associados à elevação da PA como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, a idade, o gênero, o peso e os fatores dietéticos⁽⁷⁾.

A idade e a PA têm uma relação direta e linear. A prevalência da HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos^(27,28) pode ser explicada pelas alterações próprias do envelhecimento que tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento desta doença^(29,30).

Quanto ao gênero, pode-se perceber que a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década^(7,10). Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas⁽²⁹⁾. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil.

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de $2,4 \text{ kg/m}^2$ no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com a PA^(7,31).

O sedentarismo também é um fator muito importante para o desenvolvimento da obesidade e das suas consequências. Há maior probabilidade de uma pessoa sedentária apresentar HAS e doenças cardiovasculares. Nesse caso, uma ótima solução é a prática regular de exercícios. Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares (DCV)^(7,32).

Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de HAS⁽³²⁾.

Porém, há indícios experimentais de que a restrição intensa de sódio poderia ser danosa ao interferir no metabolismo glicídico e lipídico, pelo menos a curto prazo. A

literatura aponta a necessidade de se manter o consumo médio de sal em, aproximadamente, 6 gramas de cloreto de sódio por dia⁽³²⁾.

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas⁽³⁰⁾.

Há associação entre a ingestão de álcool e alterações de PA dependentes da quantidade ingerida. Obviamente a ingestão de uma quantidade maior de etanol eleva a PA e está associada a maiores casos de morbidade e mortalidade cardiovasculares. Por outro lado, as evidências de correlação entre uma pequena ingestão de álcool e a consequente redução da pressão arterial ainda não foram observadas^(7,32).

É interessante verificar que em indivíduos hipertensos, a ingestão de álcool, momentaneamente, e também, dependendo da dose, reduz a PA, porém ocorre elevação algumas horas após o seu consumo⁽³³⁾.

As diferenças socioeconômicas desempenham importante papel nas condições de saúde em decorrência de vários fatores, tais como acesso ao sistema de saúde, grau de informação, compreensão do problema e adesão ao tratamento⁽²⁸⁾.

A prevalência da HAS está relacionada também à ocupação dos indivíduos e às características físicas do trabalho, tais como: falta de autonomia, trabalho sob supervisão severa, natureza repetitiva, instabilidade no emprego, exposição contínua ao barulho, vibração e temperaturas extremas os quais podem elevar a pressão arterial⁽¹⁵⁾.

3.5 AVALIAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

É de fundamental importância realizar uma criteriosa avaliação clínica e laboratorial em uma pessoa com suspeita de HAS⁽⁷⁾.

A anamnese do portador de hipertensão deve ser orientada para os seguintes pontos: hábito de fumar, uso exagerado de álcool, ingestão excessiva de sal, aumento de peso, sedentarismo, estresse, antecedentes pessoais de diabetes, doença renal, doença cardíaca e cerebrovascular, utilização de medicamentos, história familiar de hipertensão arterial, morte súbita e dislipidemia⁽³⁴⁾.

Deve-se estar atento para algumas possibilidades de causa secundária de hipertensão arterial – para as quais um exame clínico bem conduzido pode ser decisivo, como por exemplo: pacientes com relato de hipertensão arterial de difícil controle e apresentando picos tensionais graves e frequentes, acompanhados de rubor facial, cefaléia intensa e taquicardia. Pacientes nos quais a hipertensão arterial surge antes dos 30 anos, ou de aparecimento súbito após os 50 anos, sem história familiar para hipertensão arterial⁽³⁴⁾.

No exame físico do portador de HA deve-se avaliar: os pulsos carotídeos (inclusive com ausculta) e o pulso dos 4 membros; a PA em ambos os membros superiores, com o paciente deitado, sentado e em pé (ocorrência de doença arterial oclusiva e de hipotensão postural); o peso (atual, habitual e ideal) e a altura, com estabelecimento do índice de massa corporal – IMC; fácies, que podem sugerir doença renal ou disfunção glandular (tireoide, supra-renal, hipófise) – lembrar o uso de corticosteróides; o pescoço, para pesquisa de sopro em carótidas, turgor de jugulares e aumento da tireoide; o precórdio, anotando-se o *ictus* (o que pode sugerir aumento do ventrículo esquerdo) e possível presença de arritmias, 3ª ou 4ª bulhas e sopro em foco mitral e/ou aórtico, o abdome, pela palpação (rins policísticos, hidronefrose, tumores) e ausculta (sopro sugestivo de doença renovascular ou aórtica) além do estado neurológico e de fundo-de-olho⁽³⁴⁾.

Durante o exame físico é importante que o profissional de saúde atente-se para o efeito do avental branco (EAB), o qual representa a diferença da pressão obtida entre a medida conseguida no consultório e fora dele, desde que essa diferença seja igual ou superior a 20 mmHg na pressão sistólica e/ou de 10 mmHg na pressão diastólica⁽⁷⁾. Até 70% dos pacientes com esse comportamento de PA terão HAS em um período de dez anos⁽³⁵⁾.

A prevalência do EAB na população adulta varia entre 18% a 60%⁽³⁶⁾. Tem componente familiar, sendo mais frequente em brancos, mulheres, idosos, pacientes com sobrepeso e obesos, e mais comum em normotensos que em hipertensos⁽²⁷⁾ e em pacientes hipertensos não-tratados que nos tratados⁽⁷⁾.

Quanto à avaliação clínico-laboratorial, os objetivos da investigação do portador de hipertensão arterial são:

- a) Confirmar a elevação da pressão arterial;
- b) Avaliar lesões em órgãos-alvo (LOA);
- c) Identificar fatores de risco para doença cardiovascular e co-morbidades;
- d) Diagnosticar a etiologia da hipertensão.

3.6 TRATAMENTOS PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

O tratamento da HAS pode ser: medicamentoso e não medicamentoso.

Quando da opção pelo uso de drogas anti-hipertensivas, algumas noções básicas devem ser lembradas: iniciar sempre com doses menores do que as preconizadas; estimular a medida da PA no domicílio, sempre que possível; lembrar que determinadas drogas anti-hipertensivas demoram de quatro a seis semanas para atingir seu efeito máximo, devendo-se evitar modificações do esquema terapêutico, antes do término desse período; o paciente deve ser orientado quanto ao uso do medicamento, horário mais conveniente, relação com alimentos, sono, diurese e mecanismos de ação; antes de aumentar ou modificar a dosagem de um anti-hipertensivo, monitorar a adesão – que significa o paciente estar com a pressão controlada e aderente às recomendações de mudanças nos hábitos de vida^(34,37).

Estão disponíveis seis classes de anti-hipertensivos: os diuréticos, os inibidores adrenérgicos (os de ação central, os alfa-1 bloqueadores e os betabloqueadores), os vasodilatadores diretos, os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), os antagonistas dos canais de cálcio e os antagonistas do receptor da angiotensina II^(7,25,34).

Quanto ao tratamento não medicamentoso ou não-farmacológico, pode-se dizer que este é um dos pilares do tratamento da hipertensão arterial, podendo controlar os níveis pressóricos sem medicamentos ou potencializar o efeito dos hipotensores, além de não ser necessário dispêndios econômicos para sua efetivação.

Existem várias formas de tratamento não medicamentoso: controle de peso; estilo alimentar; redução do sal; ácidos graxos insaturados; fibras; soja; oleaginosas; laticínios e vitaminas; alho; suco do chuchu; abolição do álcool e fumo; atividade física regular; controle do estresse psicossocial⁽⁷⁾.

As justificativas para estas formas de cuidado e prevenção são provadas cientificamente. Perda de peso e da circunferência abdominal correlaciona-se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas⁽³⁸⁾.

Indivíduos normotensos com elevada sensibilidade à ingestão de sal apresentaram incidência cinco vezes maior de HAS, em 15 anos, do que aqueles com baixa sensibilidade. Há evidências de que a pressão arterial varia diretamente com o consumo de sal tanto em normotensos como em hipertensos. Portanto, mesmo reduções modestas no consumo diário podem produzir benefícios. Recomenda-se reduzir o sal adicionado aos alimentos, evitar o

saleiro à mesa e reduzir ou abolir os alimentos industrializados, como enlatados, conservas, frios, embutidos, sopas, temperos, molhos prontos⁽⁷⁾.

Ensaio clínicos controlados demonstraram que os exercícios aeróbios (isotônicos), promovem reduções da PA, estando indicados para a prevenção e o tratamento da HAS⁽³⁸⁾. Para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la⁽⁷⁾.

Fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional participam do desencadeamento e manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábitos⁽³⁹⁾.

3.7 PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A prevenção é a forma mais eficaz, de baixo custo e gratificante de tratar agravos à saúde. É de suma importância e engloba, além da educação para a saúde, a reorganização das comunidades e da rede básica. “Um grande número de pessoas expostas a um pequeno risco pode gerar mais casos que uma pequena quantidade de pessoas expostas a um grande risco”⁽⁴⁰⁾.

Nesse sentido, compete à prevenção primária remover os fatores de risco. Devendo-se enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal e de bebidas alcoólicas e, ainda, estimular uma alimentação saudável⁽³⁴⁾.

A equipe de saúde deve recomendar, exaustivamente, a prática da atividade física regular, a realização de campanhas educativas periódicas, abordando os fatores de risco para HA, além de programar, periodicamente, atividades de lazer individual e comunitário^(41,42).

Na prevenção secundária, é importante fazer a detecção e tratamento precoce da HA. Este nível de prevenção destina-se aos indivíduos com HA já instalada, tendo como objetivo evitar o aparecimento de complicações e retardar a progressão do quadro clínico^(29,30,42).

A redução das complicações agudas e crônicas da HA, a reabilitação de usuários com HA sequelados ou com comprometimentos de ordem neurológica, advinda de um acidente vascular são finalidades da prevenção terciária, como também de evitar mortes^(34,43,44).

3.8 COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A PA elevada de forma crônica leva à lesão vascular. As artérias apresentam modificações em sua geometria, desde a diminuição da luz e espessamento das paredes até rupturas. As lesões do coração, rins e cérebro são decorrentes das lesões vasculares desses órgãos⁽³⁴⁾.

O coração apresenta uma cardiomegalia, ou seja, espessamento das paredes do ventrículo esquerdo, com aumento do peso e diminuição da cavidade. Esse aumento da massa ventricular esquerda leva à isquemia miocárdica. Em fases avançadas da doença cardiovascular hipertensiva ou outras lesões associadas, podemos encontrar quadro de insuficiência cardíaca congestiva^(24,34).

O cérebro talvez seja o órgão que mais sofra com a hipertensão arterial crônica ou súbita. A lesão típica caracteriza-se pelo microaneurisma de Charcot-Bouchard. A trombose e a hemorragia são episódios geralmente agudos^(29,34).

Os rins sofrem bastante com o aumento da pressão arterial. Sendo o glomérulo, a unidade morfofuncional do rim, caracterizado como um tufo vascular, qualquer aumento da pressão nesse território (hipertensão intraglomerular) leva à diminuição progressiva de sua função, na maioria das vezes silenciosa. Em cerca de 70% dos indivíduos em programa de hemodiálise, a lesão renal básica e primária foi causada por hipertensão arterial não-tratada^(24,34).

O risco de complicações de hipertensão arterial, em geral, é maior em homens do que em mulheres⁽⁴⁵⁾. Além da idade, a raça também deve ser levada em consideração, na comparação entre homens e mulheres, em relação a eventos adversos da hipertensão arterial. Nos Estados Unidos, o risco de estágio final de doença renal atribuído à nefropatia hipertensiva, por exemplo, é maior em negros do que em brancos e em homens do que em mulheres^(46,47).

Na faixa etária de 20 a 50 anos de idade, o risco de estágio final de doença renal por hipertensão arterial é 30% maior em homens do que em mulheres, e as diferenças entre sexos similares em negros e brancos^(45,48).

Barreiras para o acesso aos cuidados de saúde, bem como os níveis de conhecimento sobre a gravidade do problema e das medidas de controle podem exercer importantes papéis na minimização da prevalência de complicações de doenças crônicas como a HAS.

3.9 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ABORDAGEM PROFISSIONAL E INTEGRALIDADE

Atenção Primária à Saúde (APS) constitui uma excelência em saúde no que se refere à porta de entrada dos serviços de saúde, ao objetivo do cuidado integral, à facilidade de acesso para diagnóstico e tratamento, ao vínculo criado entre profissionais de saúde, usuários e família. APS está relacionada aos cuidados básicos e indispensáveis à saúde. Cuidados estes prestados por profissionais de saúde capacitados e habilitados em garantir a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a realização da educação continuada, ações que enfatizam consideravelmente o princípio da integralidade do SUS.

A APS foi definida pela Organização Mundial da Saúde em 1978 como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde⁽⁴⁾.

As principais características da APS descritas por Starfield⁽¹⁰⁾ são:

- Constituir a **porta de entrada** do serviço — espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Dessa forma, a APS é o primeiro contato do profissional de saúde com o paciente.
- **Continuidade do cuidado** — a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que, quando uma nova demanda surgir, esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de longitudinalidade.
- **Integralidade** — o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de atenção primária continua co-responsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.

- **Coordenação do cuidado** — mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que portanto têm pouco diálogo entre si⁽¹⁰⁾.

No Brasil, a Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica⁽⁴⁹⁾, define atenção básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social⁽⁴⁹⁾.

Vários estudos observaram que a orientação dos sistemas nacionais de saúde pelos princípios da atenção primária está associada a melhores resultados. Em 2005 a Organização Pan-Americana de Saúde (com a participação de ministros de todos os países membros), reafirmou que basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações⁽⁴⁾.

Segundo Bárbara Starfield⁽¹⁰⁾ um sistema de saúde com forte referencial em APS é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade social.

A APS tem sido reconhecida como um dos componentes-chave de um sistema de saúde eficaz. As experiências parecidas de países mais desenvolvidos e, até mesmo, os menos desenvolvidos demonstraram que a APS pode ser adaptada e interpretada para se adequar a uma grande variedade de contextos políticos, sociais e culturais^(4,10).

Há diversas razões para adotar a APS, incluindo: o surgimento de novos desafios epidemiológicos que exigem a evolução da APS para enfrentá-los; a necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes da APS; um crescente reconhecimento de que a APS é uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde. Além disso, a APS é vista como uma condição essencial para cumprir os compromissos da Declaração do

Milênio, abordando os determinantes sociais de saúde e alcançando o nível mais elevado de saúde que se pode atingir, para todos⁽⁴⁾.

Os conceitos de Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família, presentes no cenário da reforma sanitária brasileira, no que se refere ao modelo de atenção à saúde e organização dos serviços municipais na trajetória da descentralização foram incorporados paulatinamente em nosso contexto. No período anterior à criação do SUS, a APS representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial⁽⁵⁰⁾.

Os princípios defendidos na Conferência Internacional da Alma Ata⁽⁵¹⁾ podem ter representado um dos últimos esforços de criação de um padrão internacional de pactuação, no qual os países em desenvolvimento tiveram voz e representatividade em um fórum internacional. No caso do Brasil, o referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, trazendo aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos. No transcorrer do tempo e com o desenvolvimento do SUS, a concepção da Atenção Básica à Saúde firmou-se, sobretudo em meados da década de 1990, com a implantação da ESF e dos incentivos financeiros específicos dirigidos aos municípios, em especial o Piso da Atenção Básica em 1998⁽⁵²⁾.

O ano de 1994, definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o "Ano Internacional da Família", constituiu-se também um marco no Brasil de oficialização da família, como foco do cuidado profissional de saúde em atenção básica, através da ESF⁽⁵³⁾.

A ESF constitui-se, então, como processo de reforma incremental do SUS, recebendo a missão de ser o eixo estruturante da organização dos serviços no âmbito do sistema público de saúde no Brasil⁽⁵⁴⁾. Estrutura-se em uma unidade de saúde, com equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população, em território definido, onde desenvolve suas ações. Integra-se numa rede de serviços, de forma que seja garantida atenção integral aos indivíduos e famílias.

A APS firma-se em um dos princípios fundamentais do SUS - a integralidade, a qual se contrapõe à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. A ótica do profissional da ESF, neste sentido, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial e prezando pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos⁽⁵⁵⁾.

Em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa, dimensionando fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde⁽⁵⁵⁾.

Integrar profissionais em equipes interdisciplinares e multiprofissionais para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas, nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial. Esta assimilação deve se processar cotidianamente nos encontros entre profissionais e usuários nos serviços de saúde, de forma integral, humanizada e compromissada com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população.

A APS se constitui com qualidade por meio da presença de profissionais responsáveis e comprometidos perante a comunidade. O perfil dos profissionais deve ser pautado pelo respeito, pela coerência da prática clínica e por condições facilitadas de acessibilidade. Todo encontro entre um ou mais profissional de saúde e um usuário, uma família e/ou uma parcela da comunidade deve ser acolhedor, amistoso, promotor de autonomia e empoderamento, sendo caracterizado pela confiança mútua ao incluir o usuário no processo de seu próprio cuidado. Desta forma, a prática de APS na ESF é uma prática promotora de saúde^(56,57).

A abordagem multiprofissional aos pacientes portadores de doenças crônicas tem sido aceita como mais um reforço na estratégia para se melhorar a adesão destes pacientes ao tratamento e vem sendo incorporada de forma progressiva na prática diária⁽³²⁾.

É de competência da equipe de saúde prevenir e tratar a HA que envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida, de medidas educativas que necessitam de continuidade⁽⁵⁶⁾.

Medidas estas que devem ser promovidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, e de ações coletivas de modo a ampliar o campo de ação e apresentar a melhor relação custo-benefício, podendo, assim, ser mantidas a longo prazo.

O trabalho dos profissionais de saúde contribui para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema de saúde que surgir, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento^(7,34,56).

3.10 IMPORTÂNCIA E IMPACTO DA VISITA DOMICILIAR

Uma das atribuições diferenciais dos profissionais da ESF é a visita domiciliar (VD), a qual é considerada como um instrumento de intervenção fundamental, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Os profissionais devem utilizar suas habilidades e competências não apenas para o cadastramento dessas famílias, mas também, e principalmente, para a identificação de suas características sociais e epidemiológicas, seus problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos de saúde.

A execução da VD ocorre no local de moradia dos usuários dos serviços de saúde e obedece a uma sistematização prévia. O ACS é o autor que facilita o vínculo dos usuários com os demais membros da equipe de saúde, além disso, este profissional realiza rotineiramente a VD com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos e do planejamento de ações, visando à promoção de saúde da coletividade.

O papel dos profissionais de saúde junto ao usuário e sua família no momento da VD deve estar pautada nos princípios da participação, da responsabilidade compartilhada, do respeito mútuo (crenças e valores relacionados ao processo saúde-doença) e da construção conjunta da intervenção no processo saúde-doença. Podem existir diferenças sócio-culturais e educacionais entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde, que devem ser consideradas no planejamento e na execução da VD⁽⁵⁸⁾.

A VD realizada pelos profissionais de saúde e/ou equipe na residência do usuário com HAS tem como objetivo avaliar as demandas exigidas por ele e seus familiares, bem como o ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial, geralmente programado com objetivo definido⁽⁵⁹⁾.

Nesse sentido, a VD é uma forma de assistência domiciliar à saúde, que dá subsídios para a execução dos demais conceitos desse modelo assistencial. É por intermédio da visita que os profissionais captam a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e suas necessidades de saúde⁽⁵⁹⁾.

Outro ponto a ser observado no desenvolvimento da VD, diz respeito ao tempo de permanência do profissional na casa dos usuários. O entendimento aqui esboçado reforça a ideia de que não há um tempo único, pois este dependerá de distintos fatores que poderão estar presentes no momento. Para que a realidade social possa ser apreendida nos seus

diversos aspectos, é preciso considerar que uma “visita curta”, tem poucas chances de revelar de modo significativo tal realidade⁽⁶⁰⁾.

Por outro lado, é necessário considerar o tempo investido para a visita e o momento melhor para sua realização, pois estes aspectos dependerão da disponibilidade apresentada pelos usuários em receber o profissional e da habilidade que este deverá ter em abrir um canal de diálogo com os mesmos.

Há um questionamento que está sempre presente na prática da VD: os usuários devem ser avisados previamente da ocorrência da visita ou não⁽⁶⁰⁾. Entende-se que é responsabilidade do profissional avaliar a necessidade de agendamento ou não da visita domiciliar, considerando a premissa de que a postura ética deve alicerçar qualquer ação profissional. Entretanto, cabe analisar se o agendamento prévio pode interferir de algum modo, quando buscamos, por meio da efetivação da visita, apreender a realidade dos usuários tal como ela se apresenta, ou seja, permitindo conhecer de modo espontâneo tal realidade. Conhecer a realidade social dos usuários de modo mais abrangente e profundo só é possível se os mesmos forem disponíveis para tal. De toda forma, os usuários têm o direito de não aceitar a entrada do profissional em sua casa, o que deve ser respeitado, sem contudo, o profissional a partir do diálogo e de sua postura ética, tentar a construção de um vínculo mínimo que possibilite a efetivação da visita.

Ao adentrar no espaço familiar, o profissional insere-se de forma a desenvolver suas ações e interações com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados pelo paciente; mas observando também os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na residência, as condições de higiene e de segurança e o grau de esclarecimento da família.

Dessa forma, a assistência domiciliar vem transpor as práticas institucionalizadas da saúde, visando construir uma nova ação profissional com base na inserção dos profissionais de saúde no local de vida, interações e relações dos indivíduos, em sua comunidade e, principalmente, em seu domicílio⁽⁶⁰⁾.

A ESF prevê a utilização da assistência domiciliar à saúde, em especial, a VD como forma de instrumentalizar a equipe para a efetivação de novas práticas possibilitando o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma; visando atender às diferentes necessidades de saúde dos indivíduos/família, preocupando-se com a infra-estrutura existente nas comunidades e com o atendimento integral à saúde das famílias⁽⁶¹⁾.

Por fim, a VD representa uma estratégia de atenção à saúde que engloba muito mais do que o simples fornecimento de um tratamento, apresentando-se como um método que amplia a dimensão do assistir, não tendo seu enfoque na doença, mas na promoção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano, na perspectiva de sua família, além da busca da participação do paciente e seus familiares no processo do cuidado.

3.11 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O termo avaliar significa emitir juízo de valor sobre determinada intervenção (programa, serviço, etc.) com critérios e referenciais explícitos, utilizando-se de dados e informações construídas ou já existentes, visando à tomada de decisão⁽⁶²⁾.

A avaliação dos serviços de saúde constitui-se basicamente em um instrumento de verificação da efetiva implementação de decisões e ações administrativas e gerenciais. Concentra sua atenção sobre os aspectos relativos às "estruturas" e "processos" que organizam a atenção prestada pelos serviços^(57,63,64).

Na discussão da qualidade nos serviços de saúde, a avaliação aparece como um dos instrumentos de intervenção, devendo dar conta também dos resultados ("outcomes") obtidos pelos serviços sobre os processos saúde/doença, tanto em nível individual como coletivo⁽⁶³⁾.

O estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção à saúde e considera os seguintes componentes: medidas que se referem à organização administrativa; descrição das características das instalações, da equipe de profissionais disponível; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência⁽⁶⁴⁾.

A avaliação de processo descreve as atividades do serviço de saúde. Esse tipo de avaliação está orientado, principalmente, para a análise da competência profissional no tratamento dos problemas de saúde, isto é, o que é feito para o usuário com respeito à sua doença ou complicação particular. Geralmente os critérios são estabelecidos pelo estudo da eficácia de práticas profissionais rotineiras. A metodologia dos estudos de processo pode ser dividida de duas maneiras: observação direta da prática e os estudos baseados nos registros dos profissionais⁽⁶⁴⁾.

Quanto à avaliação do resultado, este descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. Como em termos de

saúde, os resultados se devem a muitos fatores, a sua medida e avaliação constituem o que existe de mais próximo em termos de avaliação do cuidado total⁽⁶⁴⁾. Considerando-se a natureza multifacetada do estado de saúde, existem muitas metodologias que utilizam medidas de resultado seguras e válidas.

O objetivo da avaliação da qualidade dos serviços é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde. Para isso, é indispensável monitorizar a qualidade exercendo a vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos⁽⁶⁴⁾.

A avaliação da qualidade não deve ser vista como um julgamento a priori, mas uma oportunidade de mudança. Esse é o princípio que norteia análises do tipo "auto-avaliação". A avaliação não deve ser entendida como um fim em si mesmo, mas deve ser acompanhada por propostas que busquem implementar as mudanças⁽⁶²⁾. A avaliação deve ser utilizada para tirar lições da experiência e aperfeiçoar atividades em curso ou a serem implantadas.

Alguns autores classificam a avaliação em “somativa” ou “formativa”. A avaliação “formativa” visa fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento, enquanto a avaliação do tipo “somativa” fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa, sendo frequentemente utilizada para deliberar sobre a continuidade ou o encerramento de um programa baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos^(57,65).

A avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: 1) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia do profissional de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada usuário; 2) o relacionamento pessoal com os usuários, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos mesmos⁽⁶⁴⁾. A partir da interação entre o usuário e o profissional de saúde, existe um processo complexo, que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos.

É importante que a avaliação seja conduzida por um especialista externo à instituição que esteja sendo analisada, ou poderá ser desencadeada por um processo interno de auto-avaliação. Essas duas dimensões traduzem, por vezes, não somente divergências metodológicas e teórico-conceituais, mas também têm claras implicações políticas e gerenciais.

A avaliação externa frequentemente tem sido associada à ideia de objetividade e tem sido acompanhada pela explicitação prévia de critérios, padrões e indicadores, bem como pela utilização de desenhos controlados, experimentais ou observacionais com elevado grau de

validade interna e externa⁽⁶⁶⁾. Além disso, a adoção dessa abordagem permitiria ao avaliador evitar os diversos vieses possíveis além de propiciar a distância necessária à objetividade requerida por um julgamento isento.

A área de avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde, em particular, passa por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica, bem como por uma crescente demanda para se constituir em instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde na implementação das políticas de saúde⁽⁶³⁾.

À medida que a atenção à saúde exige respostas às necessidades de populações específicas com maior vulnerabilidade ou alto risco, a avaliação de programas baseada em princípios epidemiológicos, necessários para determinar estratégias de maior efetividade é consensualmente tida como indispensável⁽⁴²⁾.

Com base nos trabalhos de Starfield^(67,68) elaborou-se uma lista dos oito principais atributos (ou dimensões essenciais) da atenção básica a ser utilizada na proposta de avaliação da qualidade dos serviços: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família, orientação para a comunidade e formação profissional. Chama a atenção que as dimensões “elenco de serviços” e “coordenação” integram elementos que, na conceituação brasileira, são considerados como parte do termo “integralidade”.

Por outro lado, a dimensão “formação profissional”, não integra o elenco de dimensões trabalhadas por Starfield, mas é considerada importante na avaliação, seja porque existem programas específicos de capacitação para profissionais que atuam neste âmbito da atenção (como os Pólos de Capacitação da ESF), seja porque a “mudança do modelo assistencial”, a partir da priorização da atenção básica, preconizada pela política nacional de saúde, exige transformações importantes no processo de trabalho nas unidades desse nível de atenção, o que implica formação profissional específica. Sendo assim, considera-se que é um importante requisito para o alcance de uma boa atenção básica⁽⁴⁾.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo do tipo transversal de avaliação de serviços de saúde. Este tipo de estudo envolve uma determinada população em um momento particular⁽⁴⁴⁾ e se caracteriza pela observação direta de uma quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade⁽⁷⁰⁾.

Foi utilizado como referencial teórico-metodológico uma das categorias básicas da Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde proposta por Starfield⁽¹⁰⁾: *processo*. Avaliação do processo consiste em analisar informações sobre o processo de trabalho obtido através da abordagem dos aspectos relacionados à identificação do objeto, das tecnologias, das atividades orientadas à finalidade do serviço e realização de ações programáticas⁽⁶²⁾.

Buscando atender ao objetivo maior desta pesquisa, ou seja, avaliar as ações de controle da hipertensão arterial sistêmica nos serviços de atenção primária à saúde, sob a ótica dos profissionais da ESF, foram utilizados alguns indicadores que pudessem mensurar essa efetividade. A efetividade é entendida neste estudo como resultado ou consequência de determinado procedimento ou tecnologia médica quando aplicados na prática. A efetividade de um programa de saúde distingue-se da sua eficácia por fazer referência a situações reais, enquanto o segundo termo se aplica apenas aos resultados obtidos em condições ideais⁽⁴³⁾.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas unidades da ESF do município de Campina Grande/PB – segundo maior município do estado da Paraíba, com população de 383.941 habitantes⁽⁷¹⁾. Foi um dos primeiros 14 municípios brasileiros que implantou o Programa Saúde da Família em 1994 com 05 (cinco) equipes. Cada equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista, 1 técnico de enfermagem, 1 auxiliar de consultório dentário e, entre 4 a 6 ACS.

Atualmente, com a expansão da ESF no ano de 2007, o sistema de saúde é composto por 6 distritos sanitários (Figura1), contando com 88 unidades básicas de saúde da família

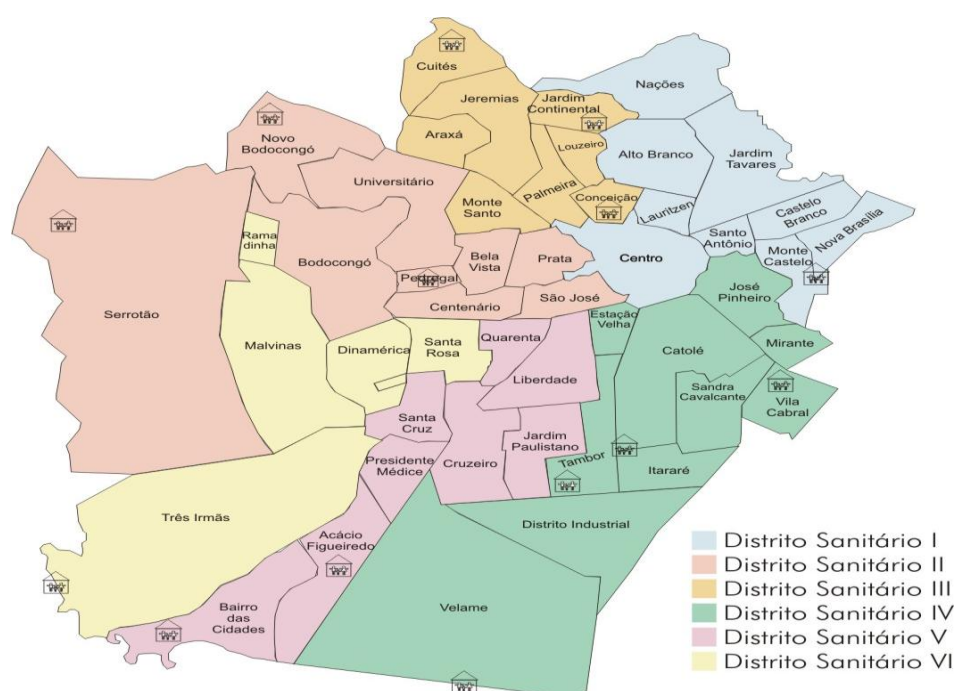
(UBSF) e 94 ESF, perfazendo uma cobertura de 85% da população na zona urbana e de 100% na zona rural⁽⁷²⁾. Conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, até o ano de 2006 havia 70 ESF, sendo 59 equipes na zona urbana e 11 na zona rural.

Este município tem uma área geograficamente delimitada com equipes da ESF que desenvolvem ações de controle para HAS, o Programa HiperDia implementado no sistema de saúde, envolvimento e parceria entre Universidades e Secretaria Municipal de Saúde, gestores/equipes de profissionais de saúde das ESF.

Campina Grande fica situada a 120 km da capital, João Pessoa. É considerada um dos principais pólos industriais e tecnológicos da Região Nordeste do Brasil, sendo uma das mais importantes cidades do interior do Nordeste, apresentando o maior Produto Interno Bruto (PIB) – 3,1 bilhões de reais, e, uma renda per capita anual de 8.350 reais, além de um crescimento econômico anual de 4,9%⁽⁷³⁾.

Graças a significativos investimentos em infra-estrutura, Campina Grande, hoje, é destaque nas áreas de serviço (saúde e educação), no comércio e na indústria, contando ainda com um excelente desempenho na linha têxtil e coureiro-calçadista. É também conhecida, por ser um pólo universitário, contando com universidades públicas e privadas, além de ser berço da ciência e da tecnologia de ponta na área de informática (*referência em produção de softwares*), bem como, vem se consolidando, a cada dia, no mercado de eventos com potencial turístico, a chamada “indústria sem chaminés”.

FIGURA 1 – Distribuição geográfica dos distritos sanitários em Campina Grande / PB, 2006



4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi efetuada com profissionais de saúde de 28 UBSF (Anexo 1), sendo um médico, um enfermeiro e dois ACS de cada unidade. A escolha dos ACS para este estudo deu-se conforme a disponibilidade dos mesmos em voluntariamente aceitarem participar da pesquisa. Estas categorias de profissionais fizeram parte do estudo porque suas atribuições são efetivadas no cuidado direto junto ao usuário que tem HAS.

Dessa forma, a população pesquisada deveria ser composta por 112 profissionais, porém as entrevistas foram realizadas com 110 profissionais, sendo estes 28 enfermeiros, 26 médicos (em uma unidade, a equipe estava sem o profissional médico e, em outra, a médica se recusou a participar da pesquisa) e 56 agentes comunitários de saúde (ACS).

Cálculo amostral e da população em estudo

Para se chegar ao número de profissionais a serem entrevistados nesta pesquisa, utilizou-se o cálculo amostral da população de hipertensos cadastrados no Sistema de Informação HiperDia nos anos de 2006 e 2007, composta por 17.658 usuários (Anexo2)^(1,2,74).

Devido ao tamanho da população de hipertensos foi calculada uma amostra representativa, através de um processo de amostragem por conglomerados (em dois estágios sucessivos) com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT).

1º Estágio:

Efetou-se uma seleção aleatória de 30 conglomerados (UBSF) de um total de 70 conglomerados separados por distrito sanitário.

O sistema de seleção sistemática foi feita a partir de um sorteio aleatório de um número entre 1 e 589. O valor do ciclo foi obtido pela divisão do número de cadastrados (17.658) com o número de conglomerados a serem selecionados (30 UBSF), obtendo o valor de 589. O número aleatório foi sorteado a partir do sistema de números aleatórios encontrado nas funções do Microsoft Excel gerando o valor 34. A primeira equipe selecionada foi aquela que nos intervalos de cadastrados possuísse o indivíduo da posição 34, em seguida selecionou-se a equipe que possuía o indivíduo 623 (34+ o valor do ciclo 589), esse ciclo se seguiu até se selecionar a 30ª equipe.

Em duas equipes não havia a ficha de cadastro do HiperDia dos anos de 2006 e 2007 de seus usuários, ficando, portanto, 28 equipes.

A partir deste número de equipes, foi realizado um censo com os profissionais das UBSF selecionadas. Censo é um estudo estatístico referente a uma população que possibilita a recolha de várias informações⁽⁷⁰⁾.

2º Estágio:

Foi realizada a seleção de usuários hipertensos, em que a descrição dos cálculos amostrais não são de interesse para este estudo e sim do projeto original⁽¹⁾.

Critérios de inclusão

- Profissionais de saúde das UBSF que foram implantadas antes do ano de 2006;
- Profissionais que estavam inseridos na equipe pelo período mínimo de 4 meses de atuação;

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi aplicado um instrumento (Apêndice 1) para todas as categorias de profissionais de saúde abordados neste estudo, contendo perguntas específicas sobre ações de controle da HAS, a frequência da visita domiciliar, além das condutas e atuação dos profissionais diante de usuários doentes de hipertensão.

O instrumento foi adaptado do questionário modificado e validado para tuberculose por Villa e Ruffino-Netto⁽⁷⁵⁾, o qual foi norteado pelo *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), avaliando os aspectos críticos da Atenção Primária à Saúde (APS) em países industrializados⁽⁷⁶⁾. No Brasil, a adaptação e revalidação foi feita por Almeida e Macinko⁽⁷⁷⁾ em um estudo realizado no município de Petrópolis. Todavia, para este projeto, foi necessário adequação do instrumento por uma equipe de especialistas para avaliar o serviço de atenção as ações de controle da hipertensão arterial no município de Campina Grande/PB⁽²⁾.

O estudo original^(1,2) trabalhou com oito dimensões da atenção básica (Figura 2) as quais são recomendadas por Starfield⁽¹⁰⁾. Cada dimensão foi composta por perguntas com

respostas correspondentes a uma escala de possibilidades pré-estabelecidas (Escala de Likert), atribuindo-se valores entre um e cinco para as respostas “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, além das opções “não se aplica” e “não sabe/ não respondeu” para captar todas as possibilidades.

FIGURA 2: Distribuição do número de itens das oito dimensões recomendadas por Starfield para a avaliação dos serviços de saúde, 2009.

DIMENSÃO	Nº DE ITENS
1- Visita domiciliar	07
2- Acesso ao diagnóstico	07
3- Acesso ao tratamento	08
4- Adesão/vínculo	09
5- Elenco de serviços	12
6- Coordenação	11
7- Enfoque na família	03
8- Orientação para a comunidade	03

Fonte: Dados do Proj. Pesquisa Multicêntrico, coordenado por Paes⁽²⁾.

Para esta pesquisa foram utilizadas cinco dimensões: visita domiciliar, adesão/vínculo, elenco de serviços, coordenação e enfoque na família. Nestas, foram feitos recortes na busca de itens que melhor explicassem as indagações relativas aos objetivos deste estudo. Assim sendo, foram extraídas 22 questões que avaliam a visita domiciliar, efetividade das ações no controle da HAS e a relação entre os profissionais, usuários e suas famílias, conforme mostra a Figura 3. As demais variáveis do formulário original (Apêndice 1) que não estão contempladas neste estudo, foram excluídas por suspeitas de serem tendenciosas, pois observou-se que 100% dos entrevistados responderam as questões de maneira positiva as suas ações profissionais. Considerou-se, portanto, que os itens excluídos, estatisticamente não têm relevância.

FIGURA 3: Distribuição dos itens recortados a partir de cinco dimensões selecionadas para este estudo.

B. VISITA DOMICILIAR	
B.11	Na visita domiciliar ao hipertenso é preenchida a ficha B-HA pelo ACS?
B.12	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS verifica se o usuário hipertenso segue a dieta orientada pelo profissional da saúde?
B.13	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS questiona se o usuário hipertenso toma regularmente a medicação prescrita pelo médico?
B.14	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS questiona se o usuário hipertenso realiza exercícios físicos regularmente (pelo menos 3 vezes por semana)?*
B.17	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS registra na ficha B-HA ocorrência de hospitalização, óbitos, complicações e outras intercorrências?
E. ADESÃO/VÍNCULO	
E.36	Acha que os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades do doente de HAS?
E.37	Os profissionais da unidade de saúde dão tempo suficiente para que os doentes de HAS explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?
E.39	Os profissionais da unidade de saúde registram as queixas dos doentes de HAS nos prontuários?
E.40	São dadas as informações sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da HAS?
E.41	Os profissionais da unidade de saúde solicitam informações, sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de HAS?
F. ELENCO DE SERVIÇOS	
F.42	Com que frequência são oferecidas informações sobre a HAS e seu controle?
F.43	Com que frequência são oferecidas informações sobre os medicamentos e seus efeitos?
F.44	Com que frequência são oferecidas informações na Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?
F.45	Se faz verificação da PA todas as vezes que vai para a consultas?
F.46	Com que frequência são realizadas visitas domiciliares?
F.48	Formação de grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?
F.53	É garantido o agendamento da consulta de retorno?

G. COORDENAÇÃO	
G.56	Os doentes de HAS são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?
G.61	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o doente de HAS sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?
H. ENFOQUE NA FAMÍLIA	
H.65	Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o doente de HAS?
H.66	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o doente de HAS sobre a doença, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?
H.67	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da família do doente de HAS no tratamento?

Fonte: Dados do Proj. Pesquisa Multicêntrico, coordenado por Paes⁽²⁾.

* Na ocasião da aplicação do questionário a recomendação para atividade física era de três dias semanais. Atualmente, segundo a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão⁽⁷⁾, passou a ser de cinco dias.

4.5 COLETA DE DADOS E BASE DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2010 com uma equipe de duas pesquisadoras e uma supervisora de campo. Para a efetivação da coleta de dados foi ministrado um treinamento de 20 horas com as pesquisadoras envolvidas no estudo, os quais foram orientados a seguir o manual de instrução detalhado para consultas no trabalho de campo. Houve a indicação do uso de um diário de campo para registro de ocorrências que, porventura, ocorressem durante a coleta. As dúvidas surgidas ao longo do processo de coleta foram resolvidas pela supervisora de campo ou pela coordenação.

No decorrer do processo da coleta de dados, as pesquisadoras encontraram algumas facilidades que contribuíram para a efetivação da pesquisa, tais como: contribuição da

Secretaria Municipal da Saúde para viabilizar a realização da pesquisa, disponibilizando, endereços e mapas das unidades de saúde da ESF e disponibilidade por parte dos profissionais em contribuir com esta pesquisa.

Pode-se descrever também, conforme o relato das pesquisadoras, algumas dificuldades encontradas na coleta de dados, tais como: áreas de risco, apresentando problemas com tráfico de drogas e violências; falta de compromisso de alguns profissionais com o agendamento das entrevistas, devido à alta demanda de atendimento na unidade; as pesquisadoras precisavam retornar às unidades, em muitos casos, por mais de quatro vezes para conseguir todas as entrevistas com a equipe; havia unidades onde o telefone fixo ou telefone público (orelhão) estava sem funcionar, dificultando o acesso e agendamento da visita das pesquisadoras. Contudo, apesar das dificuldades encontradas, sabe-se que são comuns estes processos, sobretudo quando se trata de pesquisa de campo.

Para a construção do banco de dados referente aos formulários preenchidos por cada profissional de saúde foram utilizados os softwares Microsoft Office Access®, Microsoft Office Excel® e as análises estatísticas no IBM SPSS Inc PASW Statistics versão 18.0.

Os formulários preenchidos eram levados ao coordenador da pesquisa para avaliação geral de cada entrevista e, posteriormente, a efetivação da digitação no banco de dados que foi duplamente checado.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Empregou-se a técnica estatística de análise multivariada (análise fatorial) através do programa SPSS, para identificar os principais fatores de variação entre as 22 (vinte e duas) variáveis dentro das cinco dimensões selecionadas do estudo original⁽²⁾, apresentando, assim, a combinação de diferentes respostas que tratam do mesmo aspecto ou similaridade. O objetivo desta análise foi de reduzir o número de variáveis que devem ser levadas em conta e encontrar os fatores que podem explicar a variância destas variáveis com uma perda mínima de informações⁽⁷⁸⁾, gerando, assim, novas dimensões ou fatores.

Cada variável apresenta a sua carga fatorial, a qual é obtida como produto final da análise fatorial. Uma carga fatorial é um coeficiente - um número decimal, positivo ou negativo, geralmente menor do que 1 (um) que expressa o quanto a variável observada está

carregada ou saturada em um fator. Por outras palavras, quanto maior for a carga em cima de um fator, mais a variável se identifica com o que quer que seja o fator⁽⁷⁸⁾.

Neste estudo, a análise fatorial separou os 22 itens das cinco dimensões em três fatores, os quais estão descritos nos resultados desta pesquisa.

A análise fatorial também calculou o auto-valor que é a comprovação de onde está a maior variância, são números que refletem a importância do fator. Quanto maior o auto-valor, maior a variância daquele fator, significando que os itens selecionados no fator precisam de uma maior efetividade nas ações. Através do auto-valor foi gerada a variância, a qual é entendida aqui como o índice que mostra o quanto cada fator explica as variações existentes nas variáveis⁽⁷⁸⁾.

Para a análise de consistência interna, aplicou-se o teste do *alpha* de Cronbach das 22 variáveis utilizadas neste estudo.

A equação do teste é a seguinte:

$$\alpha = \frac{k \text{ cov/var}}{1 + (k - 1) \text{ cov/var}}$$

Sendo:

k= número de variáveis consideradas

cov= média das covariâncias

var= média das variâncias

Este teste assume valores entre 0 e 1 e trabalha com a premissa de que as correlações entre os itens são positivas. Considera-se o valor 0,7 como um mínimo ideal, mas pode-se aceitar até o valor de 0,6 em pesquisas exploratórias⁽⁷⁸⁾.

Foi aplicado o teste de esfericidade de Bartlett's cuja função foi verificar a possibilidade da aplicação da técnica estatística de análise multivariada nos dados disponíveis, onde se deve ter um p-valor $\leq 0,05$ para a aceitação do uso da referida técnica.

Aplicado o teste de Bartlett's encontrou-se p-valor = 0,000 sendo possível a utilização da análise fatorial nos dados existentes.

Após a seleção dos fatores a partir da análise fatorial, calculou-se no Microsoft Office Excel®, as média () e o índice de efetividade (IE) de cada fator.

O índice de efetividade foi calculado através da equação que mede o IE, a qual mostra a efetividade das ações de serviço dentro das novas dimensões ou fatores separados a partir da análise fatorial.

Esta fórmula foi feita através de uma adaptação do método Genebrino ou Distancial, utilizado para se medir a qualidade de vida que, na essência metodológica, mensura as variáveis prioritariamente qualitativas^(79,80).

Sendo:

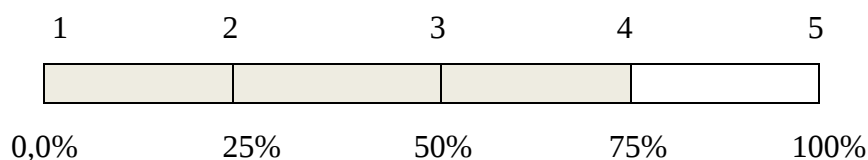
= a média dos pesos atribuídos pelos entrevistados

$1 = X_{\min}$

$X_{\min}$ (mínimo valor da escala de Likert) = 1

$X_{\max}$ (máximo valor da escala de Likert) = 5

Para este estudo, foi feita uma transformação linear, a partir da escala de Likert, assumindo valores de 1 a 5, sendo 1 o valor mais baixo e, 5 o valor mais alto, onde os cálculos demonstraram que 1 representa 0% e, 5 representa 100%.



Estabeleceu-se para este estudo o corte 75% para o parâmetro mínimo considerado efetivo para avaliar a efetividade das ações de controle da HAS, que representa 4 na escala de Likert. Este parâmetro é justificado por considerar-se o desgaste físico dos profissionais com sobrecarga de trabalho, demanda grande de usuários com HAS para serem acompanhados,

dependência de outros serviços intersetoriais (secundário e terciário), além das condições de trabalho em ambientes adaptados, insalubres e sem estrutura física adequada para a realização de trabalhos em grupo.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com protocolo nº. 341/10 (Anexo3) atendendo dessa forma, às orientações inerentes à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde /MS.

As entrevistas foram realizadas após o profissional ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) concordando assim, em participar do estudo.

5 RESULTADOS

Serão descritos a seguir os resultados desta pesquisa, os quais estão apresentados através da análise multivariada (análise fatorial) para averiguar a interrelação entre os itens das dimensões estudadas, mostrando assim, a carga fatorial das ações de serviço nos cuidados da HAS, conforme a ótica dos profissionais de saúde. O propósito geral da técnica da análise fatorial, neste estudo, foi encontrar um modo de condensar as informações contidas em diversas variáveis originais em um conjunto menor, formando novas dimensões, com uma perda mínima de informações.

Para a consistência interna, o valor encontrado do *alpha* de Cronbach foi de 0,712 ($p < 0,05$), considerando uma boa correlação entre os itens do instrumento.

Também foi calculado o *alpha* de Cronbach dos três fatores gerados na análise fatorial, separadamente. O fator 1 obteve o *alpha* de Cronbach igual a 0,813, o fator 2 resultou em 0,604 e o *alpha* de Cronbach do fator 3 foi igual a 0,402. Considerou-se os dois primeiros fatores, porque o terceiro fator resultou em baixa consistência interna e baixa variabilidade, por conter poucos itens.

5.1 DISTRIBUIÇÃO DA CARGA FATORIAL DAS AÇÕES DE SERVIÇO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS CUIDADOS DA HAS.

A Tabela 2 apresenta a distribuição da carga fatorial das ações de serviço dos profissionais de saúde nos cuidados da HAS.

A análise fatorial separou os itens estudados em grupos gerando três fatores:

Fator 1- Fator correspondente à informação sobre a HAS e seu controle;

- Reúne competências que se referem à educação em saúde, formação de grupos de doentes com HAS na unidade de saúde, além de verificar a frequência da visita domiciliar praticada pelos profissionais junto ao doente de HAS.

Fator 2- Fator correspondente à efetividade das ações na visita domiciliar e na consulta;

- Reúne competências que se referem às ações do ACS na visita domiciliar ao hipertenso e dos profissionais no momento da consulta, como por exemplo: o ACS verifica se o usuário hipertenso segue a dieta orientada pelo profissional da saúde; questiona se o usuário hipertenso realiza exercícios físicos regularmente; questiona se o usuário hipertenso toma regularmente a medicação prescrita pelo médico; se faz verificação da PA todas as vezes que o doente de HAS vai para a consulta.

Fator 3- Fator correspondente às informações sobre os medicamentos para a HAS, agendamento da consulta de retorno e registro de ocorrências como hospitalização.

- Reúne competências que se referem a informações sobre os medicamentos para a HAS e a garantia do agendamento da consulta de retorno.

Esses fatores contêm as cargas fatoriais em cada componente. Quando termina a menor carga do fator 1, começa a do fator 2 e, assim por diante, até o fator 3.

O item *informação sobre a HAS e seu controle* apresentou uma carga fatorial de 0,819 no fator 1. No fator 2, o item *na visita domiciliar ao hipertenso o ACS verifica se o usuário hipertenso segue a dieta orientada pelo profissional da saúde* obteve-se uma carga fatorial de 0,753. O item *são dadas as informações sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da HAS* mostrou uma carga fatorial de 0,794 no fator 3.

O fator 1 mostrou que as variáveis que estão nele explicam 21,352% da variação do grupo estudado. Assim sendo, os itens foram os maiores responsáveis pela variação das informações.

Logo, se fossem resolvidos os problemas ligados a estas variáveis seriam eliminados 21,3% da variação, ou seja, haveria mais consenso na efetividade do serviço e uma padronização no atendimento. Assim também, o fator 2 que apresentou 11,67% de variância.

O fator 3 foi desconsiderado neste estudo devido à baixa variabilidade, por ter gerado poucos itens na análise fatorial.

A variância acumulada no fator 3 foi de 41,7% mostrando o quanto a soma de cada fator resultou nas variações existentes nas variáveis.

Nesta pesquisa, pode-se observar na tabela 2, que o fator 1 obteve o auto-valor 4,697; o fator 2 apresentou o auto-valor 2,567; e, 1,913 o auto-valor do fator 3.

TABELA 2. Distribuição da carga fatorial das ações de serviço dos profissionais de saúde nos cuidados da HAS, Campina Grande-PB, 2010.

Rotated Component Matrix			
	Component		
	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Informação sobre a HAS e seu controle?	,819		
Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?	,750		
Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o doente de HAS sobre a doença, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?	,703		
Informação sobre os medicamentos e seus efeitos?	,685		
Formação de grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?	,674		
Os profissionais da unidade de saúde discutem com o doente de HAS sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	,592		
Visitas domiciliares?	,499		
Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o doente de HAS?	,489		
Acha que os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades do doente de HAS?	,488		
Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da família do doente de HAS no tratamento?	,460		
Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS verifica se o usuário hipertenso segue a dieta orientada pelo profissional da saúde?		,753	
Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS questiona se o usuário hipertenso realiza exercícios físicos regularmente (pelo menos 3 vezes por semana)?		,656	
Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS questiona se o usuário hipertenso toma regularmente a medicação prescrita pelo médico?		,593	
Na visita domiciliar ao hipertenso é preenchido a ficha B-HA pelo ACS?		,486	
Os profissionais da unidade de saúde registram as queixas dos doentes de HAS nos prontuários?		,458	
Os profissionais da unidade de saúde dão tempo suficiente para que os doentes de HAS expliquem bem suas dúvidas ou preocupações?		,452	
Os profissionais da unidade de saúde solicitam informações, sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de HAS?		,447	
Verificação de PA todas as vezes que vai para consulta?		,274	
São dadas as informações sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da HAS?			,794
É garantido o agendamento da consulta de retorno?			,745
Os doentes de HAS são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?			,714
Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS registra ocorrências de hospitalização, óbitos, complicações e outras intercorrências?			,361
Auto-valor	4,697	2,567	1,913
Variância	21,352	11,670	8,697
Variância Acumulada	21,352	33,021	41,718

Fonte: Dados do Proj. Pesquisa Multicêntrico, coordenado por Paes⁽²⁾.

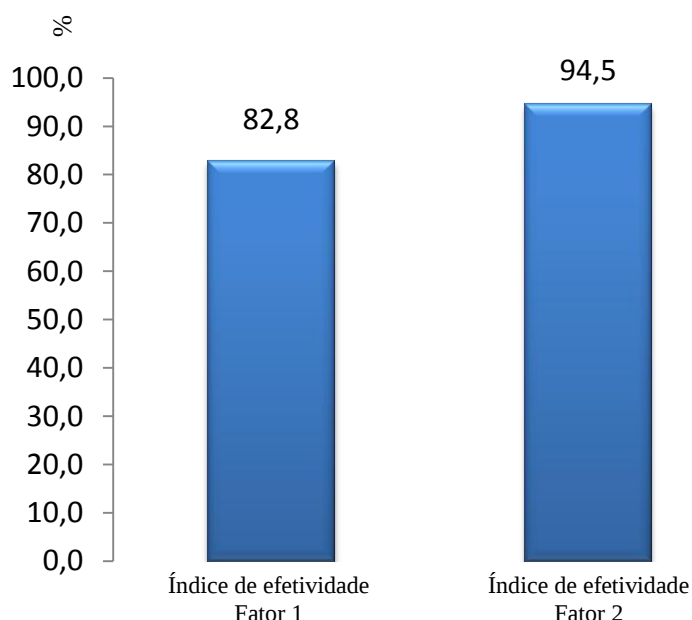
A partir dos fatores gerados na tabela 2, calculou-se ao Índice de Efetividade (IE) geral de cada fator, e ainda, o IE das variáveis dos fatores.

5.2 ÍNDICE DE EFETIVIDADE GERAL DOS FATORES

O Gráfico 1 mostra o IE geral de cada fator. Verificou-se que nos três fatores, o IE foi superior a 75%. Isto significa que as atribuições ofertadas pelos profissionais da ESF ao usuário com HAS, analisadas para esta pesquisa, estão acima do que foi preconizado.

Assim sendo, considerou-se que as ações de saúde direcionadas aos doentes de HAS estão adequadas e os profissionais estão cumprindo com suas atribuições atendendo às necessidades de saúde traçadas e discriminadas nas dimensões estudadas para avaliar os serviços de saúde na APS^(10,75).

No fator 1, observou-se 82,8% do IE e no fator 2, encontrou-se 94,5% do IE, representando o fator com melhores resultados nas ações de controle da HAS.



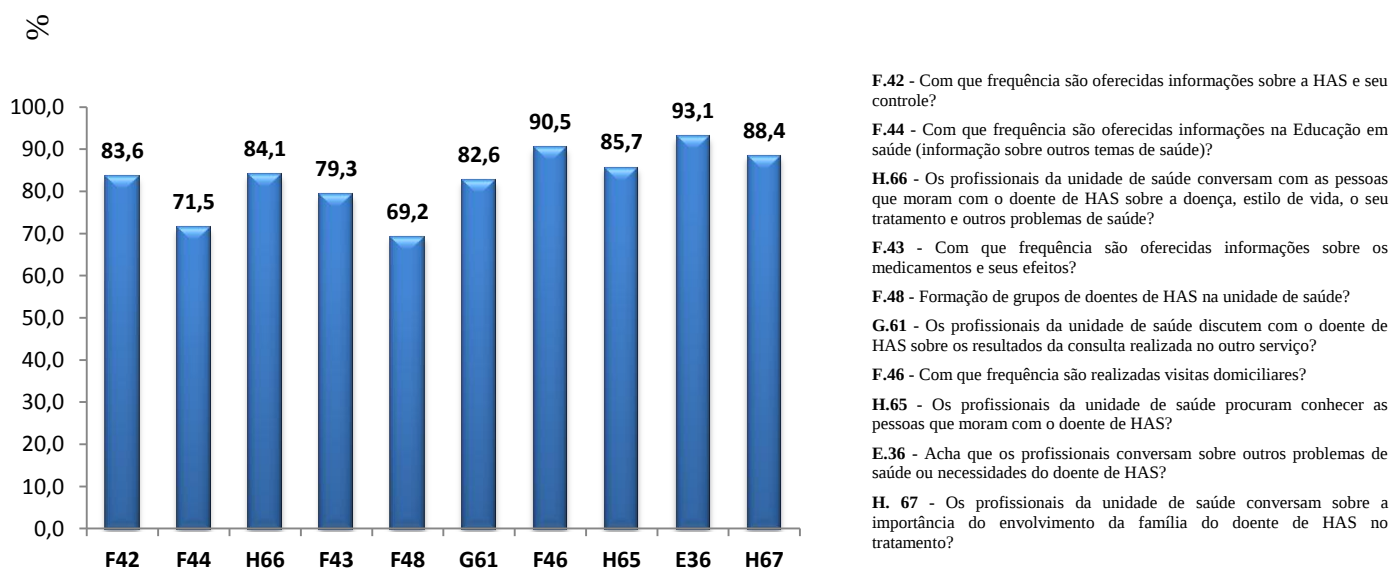
Fonte: Dados do Proj. Pesquisa Multicêntrico, coordenado por Paes⁽²⁾.

Gráfico 1: Distribuição do índice de efetividade geral dos fatores 1 e 2, Campina Grande - PB, 2010.

5.3 ÍNDICE DE EFETIVIDADE DAS VARIÁVEIS DE CADA FATOR

Analizando as variáveis do fator 1, representadas no Gráfico 2, observou-se uma maior variação do IE. Nestas variáveis investigou-se *as ações dos profissionais relacionadas à informação sobre a HAS e seu controle; educação em saúde; informação sobre as medicações e seus efeitos; formação de grupos de doentes de HAS na unidade de saúde; discussão sobre resultados da consulta realizada em outro serviço; visitas domiciliares; nível de interesse dos profissionais de saúde em conhecer as pessoas que moram com o doente de HAS e o envolvimento da família no tratamento da HAS; discussão sobre outros problemas de saúde ou necessidades do doente de HAS.*

Verificou-se que 93,1% foi o IE mais elevado encontrado, relativo aos profissionais que conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades do doente de HAS. Em contrapartida, o IE do item *formação de grupos de doentes de HAS na unidade de saúde* foi o mais baixo, com 69,2%, como também, o IE do item *com que frequência são oferecidas informações sobre educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)* que foi 71,5%.

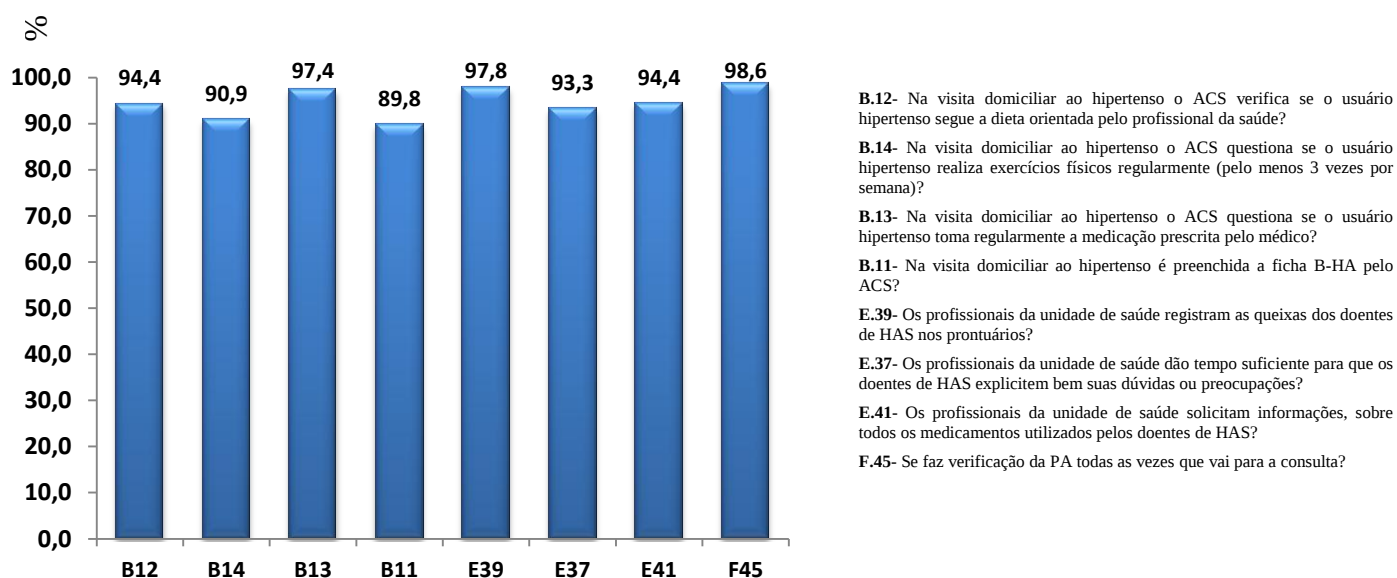


Fonte: Dados do Proj. Pesquisa Multicêntrico, coordenado por Paes⁽²⁾.

Gráfico 2: Distribuição do índice de efetividade das variáveis do fator 1, Campina Grande - PB, 2010.

O IE das variáveis do fator 2 está demonstrado no Gráfico 3. Dentre estas variáveis investigou-se as ações do ACS na visita, sua principal atribuição. O fator 2 foi composto pelas seguintes variáveis: na VD o ACS verifica se o usuário hipertenso segue a dieta orientada pelo profissional de saúde; o ACS questiona se o usuário hipertenso realiza exercícios físicos regularmente; o ACS questiona se o usuário hipertenso toma regularmente a medicação prescrita pelo médico; o ACS preenche a ficha B-HA na visita domiciliar; os profissionais de saúde registram as queixas dos doentes de HAS nos prontuários; há tempo suficiente para que os doentes de HAS explicitem bem suas dúvidas ou preocupações; os profissionais de saúde solicitam informações sobre os medicamentos utilizados pelos doentes de HAS; verificação da PA todas as vezes que o doente de hipertensão vai para a consulta.

Verificou-se que todos os itens do fator 2 obtiveram o IE superior a 75%. O IE mais baixo foi encontrado no item B.11(Na visita domiciliar ao hipertenso é preenchida a ficha B-HA pelo ACS?) que apresentou 89,8%. O item F.45 (Se faz verificação da PA todas as vezes que vai para a consulta?) obteve o IE maior, 98,6%. Os demais itens variaram entre 90,9% a 97,8%.



Fonte: Dados do Proj. Pesquisa Multicêntrico, coordenado por Paes⁽²⁾.

Gráfico 3: Distribuição do índice de efetividade das variáveis do fator 2, Campina Grande - PB, 2010.

6 DISCUSSÃO

A HAS é um indicador importante para avaliar a qualidade da atenção básica, uma vez que o paciente portador dessa doença necessita de acompanhamento contínuo, permanente, longitudinal e precisa mudar seus hábitos de vida, o que requer orientação e educação para a saúde. Além disso, quando o atendimento é adequado pode contribuir para o controle da doença.

Apesar de os resultados desta pesquisa mostrarem uma importante qualidade de atendimento ao doente de HAS na ótica dos profissionais, em três itens verificou-se que o IE foi inferior a 75% (B.17; F.44; F.48). Em dois destes itens (F.44 e F. 48) também apresentaram maiores cargas fatoriais na análise fatorial.

Os dados revelaram pouco desempenho nas atividades dos profissionais em relação à atribuição ‘educação continuada’. O item em que foi questionado *informações sobre a HAS e seu controle*, apresentou maior carga fatorial no fator 1, seguido do item *educação em saúde*.

Percebeu-se, essencialmente, um déficit na promoção da saúde e prevenção da doença, promovidos através da educação em saúde, atribuição indispensável na AP.

Em uma pesquisa feita com profissionais e gestores da AP em Minas Gerais⁽⁸¹⁾, verificou-se que, quando perguntados sobre as atividades desenvolvidas na rotina de trabalho, os médicos apontaram principalmente o trabalho clínico (consultas e visitas domiciliares). Apenas duas referências foram feitas ao trabalho de educação em saúde, mas, ainda assim, tratou-se de atividades realizadas através de palestras voltadas especialmente para diabéticos e hipertensos. Esta situação é contraditória, pois quando foram questionados sobre o ponto mais relevante da proposta da ESF, a prevenção foi o tema mais citado pelos profissionais.

A educação em saúde junto ao doente de HAS e sua família é de extrema importância na ESF. Esta deve ser rotineiramente praticada por todas as categorias de profissionais⁽⁶⁶⁾. As pessoas que frequentam a UBSF, sadias ou já com uma patologia instalada, precisam de um maior conhecimento sobre como promover a saúde, prevenir a doença e suas complicações.

A prática da educação em saúde representa uma ação social cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas com HAS e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva⁽⁸²⁾, podendo despertar no hipertenso a importância da mudança do seu estilo de vida.

Em pesquisa realizada em uma UBSF com dados secundários de usuários com HAS, no Rio de Janeiro, verificou-se baixíssimo registro acerca de orientações relativas ao estilo de vida⁽⁸³⁾. A adoção de hábitos de alimentação e estilos de vida mais saudáveis é uma estratégia para o alcance de resultados mais favoráveis no cuidado à hipertensão, sendo em alguns casos, a única terapêutica recomendada. A baixa adesão dos hipertensos a essas orientações não medicamentosas constitui-se em importante dificuldade para controlar a gravidade da doença.

A educação em saúde é um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde⁽⁵⁵⁾.

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, os da AP são destacados como um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde. Considerado assim pela particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais⁽⁵⁵⁾.

No âmbito da ESF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe. Espera-se que estes profissionais sejam capacitados para assistência integral e contínua aos doentes de HAS e sua família na área adscrita, identificando situações de risco à saúde, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos⁽⁶⁶⁾.

A relação educativa com a população rompe com a verticalidade da relação entre o profissional e o usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas dos usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular. Esta metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento⁽⁶⁶⁾.

Pela potencialidade desta metodologia vislumbra-se as experiências de educação popular como forma de superação do fosso cultural entre os serviços de saúde e a população assistida. Portanto, compreende-se a educação popular em saúde não como uma atividade a mais a ser realizada pelos serviços de saúde, mas como uma estratégia capaz de reorientar as práticas de saúde⁽⁵⁵⁾.

Para a reorganização da AP, a que se propõe a ESF, reconhece-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida⁽⁵⁵⁾.

Avalia-se que o desenvolvimento de um novo modelo assistencial baseado nos princípios da ESF não implica um retrocesso quanto à incorporação de tecnologias avançadas, conforme a compreensão inicial de que a ESF corresponderia a uma medicina simplificada destinada para os pobres; antes disso, tal proposta demanda a reorganização dos conteúdos dos saberes e práticas de saúde, de forma que estes reflitam os pressupostos do SUS no fazer cotidiano dos profissionais. Admite-se, nesta perspectiva, que a ESF requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes⁽⁵⁵⁾.

Educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito da ESF, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais, como a consulta médica na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família⁽⁵⁵⁾.

No fator 2 da análise fatorial, no item B.12 *o ACS, na visita domiciliar ao hipertenso verifica se este segue a dieta orientada pelo profissional da saúde*, obteve-se, então, uma carga fatorial de 0,753, seguindo dos itens B.14, B.13 e B.11, em que se investigou: *na visita domiciliar ao hipertenso o ACS questiona se o usuário hipertenso realiza exercícios físicos regularmente* (carga fatorial = 0,656); *na visita domiciliar ao hipertenso o ACS questiona se o usuário hipertenso toma regularmente a medicação prescrita pelo médico* (carga fatorial = 0,593) e, *na visita domiciliar ao hipertenso é preenchida a ficha B-HA pelo ACS* (carga fatorial = 0,486).

Quando se calculou o índice de efetividade destes itens, verificou-se que os valores foram superiores a 89% significando, assim, que os profissionais ACS apresentaram efetividade nas ações domiciliares relacionadas aos cuidados e vigilância dos doentes de HAS, superiores ao parâmetro deste estudo.

De todas as atribuições do ACS uma das principais funções é de realizar visitas domiciliares, sendo esta a característica da ESF. A realização da visita gera um elo entre a equipe e a comunidade, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde. É o elo cultural do ACS com a família que potencializa o trabalho educativo. Além da vigilância e promoção da saúde, a VD proporciona o estabelecimento de vínculo entre profissional e

usuário. Vínculo aqui referenciado por Starfield^(68,69) como uma das ferramentas ou dimensões básicas que avaliam os serviços da APS.

Em uma pesquisa realizada em Fortaleza/CE, foi confirmada a empatia e o vínculo como elementos centrais na relação de cuidado. Alguns usuários, quando questionados sobre a diferenciação do atendimento na unidade e no domicílio, relataram a preferência pela assistência domiciliar por esta possibilitar uma maior vinculação com os profissionais. Também relataram que apesar de o tempo destinado à visita ser limitado, o seu aproveitamento se acentua tendo em vista o favorecimento do diálogo. Contudo, alguns usuários entrevistados acreditavam que os profissionais os visitavam em seus domicílios por obrigação ou determinação do próprio serviço⁽¹³⁾.

Estudiosos sobre a VD consideram esta atribuição como um instrumento que subsidia o profissional durante a intervenção no processo saúde-doença e no planejamento das ações, já que este se aproxima de seu objeto de intervenção. Entende-se também que a visita não tem o objetivo de solucionar todos os problemas relacionados à prática na atenção básica, porém pensa-se que se trata de uma metodologia capaz de contribuir para a mudança do processo de trabalho do profissional de saúde, incorporando uma real proximidade com os problemas de saúde e favorecendo o entendimento com relação ao indivíduo em todos os aspectos a partir das causas sociais⁽⁶¹⁾.

Em uma pesquisa qualitativa, visando reconhecer como a assistência domiciliar à saúde na ESF era realizada pelos profissionais das equipes, observou-se que esse tipo de assistência é reconhecido em sua importância e em suas diferentes dimensões pelos profissionais. Ao responderem sobre o que vem a ser assistência domiciliar, os profissionais de saúde destacam como uma forma de atenção à saúde diferenciada que considera a diversidade de vida, a complexidade das relações sociais e familiares, a integração dos profissionais com o paciente e sua família. Já outros profissionais, percebem a assistência domiciliar como forma de facilitar o atendimento para alguns pacientes, visando à prevenção de doenças e às orientações sobre higiene, alimentação, em caráter paternalista de assistência com busca ativa dos pacientes ausentes⁽⁸⁴⁾.

Segundo as autoras deste estudo, prestar assistência à saúde no domicílio é muito mais que simplesmente levar a equipe de saúde ao paciente com dificuldade de locomoção ou que realizar orientações com relação à higiene e alimentação. É compreender o contexto sócio-econômico e cultural que envolve os hábitos de higiene e alimentação da família; o significado da dificuldade de locomoção para o paciente e sua influência na dinâmica

familiar. É avançar na compreensão do contexto no qual estas pessoas se inserem, comprometer-se⁽⁸⁴⁾.

Várias pesquisas têm sido realizadas nos últimos anos sobre a ESF. Uma grande avaliação da ESF analisou dez centros urbanos e a metodologia se constituiu na realização de entrevistas com gestores do sistema e profissionais (médicos e enfermeiros) que trabalhavam nas unidades de saúde; e com uma amostra de usuários dos serviços⁽⁸⁵⁾. Os resultados dessa avaliação apontam algumas recomendações:

- Modificar várias práticas para melhor atender e atrair potenciais usuários
- Ajustar os serviços oferecidos nas unidades e também nas visitas domiciliares: considerar causas externas na educação em saúde, realizar coleta de material de exames nas próprias unidades, ampliar capacitação e responsabilidades das ESFs no acompanhamento de portadores de doenças crônicas.
- Melhorar o sistema de referência e contra-referência:
- Estimular mais ações comunitárias e intersetoriais.
- Aprimorar e aumentar o processo de capacitação para os profissionais das ESFs.

Discorre-se que, com os resultados desta pesquisa, os fatores gerados a partir da análise fatorial, sobretudo os itens dos fatores 1 e 2, devem ser priorizados pelos profissionais. Tendo em vista as favoráveis repercussões em saúde que estas atribuições, sendo positivas, poderiam trazer junto ao doente de hipertensão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, obtiveram-se os índices de efetividade de cada fator, gerado na análise fatorial, os quais superaram o que foi preconizado para este estudo (75%), considerando todos os entraves que dificultam ou bloqueiam a eficácia das atribuições dos profissionais, sejam estas dificuldades: demanda acentuada, excesso de atribuições, falta de interesse dos usuários em participar de grupos, ou ainda, déficit de estratégias por parte dos profissionais.

Quanto aos itens de cada fator, inferiores a 75%, observou-se que a frequência de informações em educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde) e formação de grupos de doentes de HAS na unidade de saúde, apresentou maiores cargas fatoriais.

Compete à equipe da saúde orientar enfaticamente sua clientela para a mudança de hábitos desfavoráveis, particularmente aos pacientes com patologias instaladas e pessoas que, embora não apresentem quadro clínico aparente, já manifestam um ou mais fatores de risco para a hipertensão. E isto é concedido basicamente através da formação de grupos e educação em saúde.

Embora este estudo tenha apresentado, na maioria das variáveis analisadas, um IE superior a 75%, pode-se observar a necessidade de se intensificar a frequência de ações de educação em saúde, favorecendo assim uma relação otimizada entre o profissional e o usuário, pois este é um dos principais objetivos da ESF.

As orientações de toda a equipe devem ser pautadas na ótica da promoção da saúde como orientação para a atividade física, orientação para uma alimentação saudável e orientação para o abandono do fumo e álcool, além de apresentar a importância do tratamento contínuo e a realização de exames periódicos.

Com base nos dados observados nesta pesquisa, acredita-se na atuação efetiva dos profissionais ACS no momento da visita domiciliar. Porém, apesar de se ter um índice positivo de efetividade das ações dos profissionais no controle da HAS no município estudado, não se pode negar que esta patologia ainda é reconhecidamente um sério problema de saúde pública, em especial para a AP, mostrando-se como um dos grandes desafios a ser superados pelos baixos índices de controle, que não são uma realidade apenas brasileira, mas de todo o mundo. Este desafio deve servir como estímulo para o desenvolvimento de estratégias que venham favorecer o melhoramento de uma PA desregulada.

Uma estratégia essencial sugerida nesta pesquisa é destacar-se especialmente os níveis de cobertura e qualidade do Programa HiperDia, que se apresenta muito incipiente em vários

municípios brasileiros. Uma vez que o HiperDia deve monitorar os pacientes captados na ESF e gerar informações epidemiológicas importantes.

O Programa HiperDia, foi implantado para contribuir com os serviços de saúde no controle da HAS. Adultos brasileiros atingem patamares que demonstram a necessidade de intervenção imediata da saúde pública, tanto na assistência aos já doentes, quanto na prevenção e promoção da saúde.

Outrossim, com a descentralização do SUS, é de competência dos gestores municipais organizar cursos de capacitação para os profissionais, estimulando-os a atuar com uma maior intensidade em educação continuada junto aos doentes de hipertensão e seus familiares, como também formarem grupos de doentes de HAS na unidade de saúde, para juntos discutirem a patologia, relatarem casos clínicos e compartilhar experiências, favorecendo assim, o aprendizado mútuo.

Também é importante que os profissionais motivem seus usuários com palestras, dinâmicas, atividades em grupo, estimulando a participação assídua destes usuários, colaborando, dessa forma, para a minimização de dados epidemiológicos relacionados a agravos da HAS.

Sugere-se que as equipes de saúde sejam criativas, tenham iniciativa e vocação para trabalhos em grupo. Porém, um discurso muitas vezes propagado pelos trabalhadores é o de que a população não entende qual é a proposta da ESF, nem se interessa por seguir as orientações dos profissionais da equipe, tampouco participa de palestras educativas ou grupos para controle de agravos específicos. Pela falta de estratégias de ação bem estruturadas, que levem em consideração o contexto sociohistórico da população adscrita, os objetivos da equipe (de prevenção e promoção da saúde) e os objetivos da população (de ter suas necessidades de saúde atendidas) não se ajustam⁽¹¹⁾. Talvez, a melhora dessa situação poderia ser conseguida com maiores investimentos no treinamento dos profissionais e em infraestrutura dos serviços.

O método de avaliação desenvolvido neste estudo pode ser sugerido como uma das ferramentas utilizadas para medir a efetividade das ações na APS, ao avaliar o processo de trabalho das ações e serviços voltados à HAS.

A metodologia empregada pode ser utilizada para os profissionais avaliarem suas atribuições, seu relacionamento com os usuários de HAS e suas famílias, além de avaliar a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Esta metodologia também pode ser empregada pelos gestores municipais, na reorientação da AP em busca da efetividade.

Este estudo mostrou que a efetividade da atenção básica na ótica dos profissionais junto aos doentes de HAS pareceu ser favorável, porém percebe-se que os usuários continuam com níveis elevados da PA.

Os dados relativamente positivos desta pesquisa, na atenção a saúde pode ser considerado como uma limitação deste estudo o que diz respeito à utilização de informações investigadas apenas com os profissionais, não havendo comparação com informações dos usuários. Porém, há pretensões de se realizar a análise fatorial confirmatória, em um estudo mais amplo, investigando a opinião dos usuários com HAS sobre o atendimento oferecido na UBSF e correlacionar esse estudo com as conclusões desta pesquisa.

É importante enfatizar que a assistência à HAS não é de exclusividade da APS, mas as melhores oportunidades de atuação acontecem no nível primário da atenção. Seja devido à facilidade de acesso do usuário hipertenso junto à equipe, à familiarização dos profissionais com a comunidade adscrita ou, ainda, ao vínculo entre profissionais e usuários. Na APS, através da ESF, há ocasiões singulares para se discutir formas de prevenção da HAS, as quais não devem ser desconsideradas pelos atores deste serviço. Esta singularidade não se percebe em outros níveis de atenção. É nobre profissionais de saúde da ESF poderem relatar experiências de controle da PA de seus usuários com hipertensão.

REFERÊNCIAS

1. Paes NA. Avaliação da efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do nordeste do Brasil. Edital: MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS No. 37/2008.
2. Paes NA. Desempenho do programa saúde da família comparado com o das unidades básicas de saúde no controle da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em municípios do estado da Paraíba: um estudo de coorte”. Edital: MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS No. 067/2009.
3. Hartmann M, Dias-Da-Costa JS, Olinto MTA, Pattussi MP, Tontini A. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Fatores Associados: Um Estudo de Base Populacional em Mulheres no Sul do Brasil. Caderno de Saúde Pública, 2007; 23 (8), ISSN 0102-311x.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS) / Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) / Ministério da Saúde – Brasil. Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde: Validação de uma Metodologia de Avaliação Rápida das Características Organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) Em Nível Local. Brasília: Ministério da Saúde, 2006: 215p.
5. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão Arterial em Idosos: Prevalência, Fatores Associados e Práticas de Controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública, 2006; 22 (2): 285-294, Fev. 2006, ISSN 0102-311x.
6. Brasil. Ministério da Saúde – Sistema Hiperdia – Coordenação Nacional de HAS e DM - Departamento de Atenção Básica\ Secretaria de Atenção a Saúde. Acesso: 11 de outubro de 2011.
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
9. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. São Paulo: Mimeo, 2002, 37 p.
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.
11. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciênc. saúde coletiva, 13(1); Rio de Janeiro, Jan./Fev. 2008.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. <http://dab.saude.gov.br/cnhd/legislacao.php>. Acesso em 17/04/2011.
13. Albuquerque ABB e Bosi MLM – Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(5):1103-1112, mai, 2009.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
15. Magnabosco P. Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2007.
16. Franco Júnior AJ, Conrado MOM, Andrade DE, Mioto DE. A importância do vínculo entre equipe e usuário para o profissional da saúde. Investigações, 8 (1-3): 11-8, jan/dez. 2008.
17. Base da Legislação Federal do Brasil – Lei 10.424/2002 – Lei Ordinária 15/04/2002.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília: 2005.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 382, de 10 de março de 2005. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 11 de março de 2005.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS- Brasília – DF – 2004: 77p.
21. Correa TD, Namura JJ, Silva CAP, Castro MG, Meneghini A, Ferreira C. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Arq Med ABC. 2005; 31(2): 91-101.
22. Figueiredo D, Azevedo A, Pereira M, de Barros H. Definition of hypertension: the impact of number of visits for blood pressure measurement. Rev Port Cardiol. 2009 Jul-Aug; 28(7-8): 775-83.
23. Who Expert Committee on Hypertension Control - Geneva, 24-31 October 1994.
24. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
25. Santos ASS, Sampaio WO – Sistema renina angiotensina: aspectos fisiológicos. Hipertensão, 2002; 5(2): 52-8.
26. Frimm CC, Koike MK. Ações fisiológicas da aldosterona. Hipertensão, 2003; 6(2): 46-9.

27. Segre CA, Ueno RK, Warde KRJ, Accorsi TAD, Miname MH, Chi CK, et al. Efeito hipertensão e normotensão do jaleco branco na liga de hipertensão do hospital das clínicas, FMUSP. Prevalência, características clínicas e demográficas. *Arq Bras Cardiol* 2003; 80(2): 117–21.
28. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card* 2008; 91(1): 31–35.
29. Lessa I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Rev Bras de Hipertens* 2001; 8: 383–392.
30. Scherr C, Ribeiro JP. Gênero, Idade, Nível Social e Fatores de Risco Cardiovascular: Considerações Sobre a Realidade Brasileira. *Arq Bras Cardiol* 2009; 93(3): e54–e56.
31. World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. WHO/NUT/NCD 98.1. Genebra, jun 1997.
32. Santello JL. Sal e hipertensão arterial: o grande elo entre a evolução e a evidência. *Jornal da Hipertensão Arterial – Editora MedCultura – março/2002; 1(1): 3-6.*
33. Sesso HD, Cook NR, Buring JE, Manson JE, Gaziano JM. Alcohol consumpt: on and the risk of hypertension in women and men. *Hypertension* 2008; 51: 1080–1087
34. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001; 102 p.
35. Mancia G, Bombelli M, Facchetti R, Madotto F, Quarti-Trevano F, Friz HP, et al. Long-term risk of sustained hypertension in white-coat or masked hypertension. *Hypertension* 2009; 54: 226–232.
36. MacDonald MB, Laing GP, Wilson MP, Wilson TW. Prevalence and predictors of white-coat response in patients with treated hypertension. *CMAJ* 1999; 161(3): 265–9.
37. Melo ECA. Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica à estratégia de saúde da família em Campina Grande - PB [dissertação] Mestrado em Saúde Pública – Universidade Estadual da Paraíba, 2011; 111 p.
38. Guimarães ICB, de Almeida A, Santos AS, Barbosa DBV, Guimarães AC. Pressão arterial: efeito do índice de massa corporal e da circunferência abdominal em adolescentes. *Arq Bras Cardiol* 2008; 90(6): 426–432.
39. Fonseca FCA, Coelho RZ, Malloy-Diniz R, Silva Filho HC. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *J Bras Psiquiatr* 2009, 58(2): 128–134.
40. Chor D, Faerstein E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2000; 16(1).

41. Gus M. Ensaios clínicos em hipertensão sistólica isolada. Rev Bras Hipertens 2009; 16(1): 26-8.
42. Hartz ZMDA, Silva LMVD. Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz. 2005: 207-253.
43. Rouquayrol MZ e Almeida Filho N – Epidemiologia & saúde. 6. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, 728p.
44. Pereira MG. Epidemiologia, teoria e prática. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1995.
45. Noblat ACB, Lopes MB, Lopes GB, Lopes AA. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2004; 83(4): 308-13.
46. Rosenthal T, Oparil S. Hypertension in women. J Hum Hypertens 2000; 14: 691-704.
47. Lopes AA, Port FK, James SA, Agodoa L. The excess risk of treated end-stage renal disease in blacks in the United States. J Am Soc Nephrol 1993; 3: 1961-71.
48. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Arc Bras Endocrinol Metab, 1999; 43(4): 257-86.
49. Brasil MS - Pacto pela Saúde – Política Nacional de Atenção Básica. Volume 4. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021
50. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro - Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006
51. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados primários de saúde relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma Ata, 1978. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1979.
52. Costa NR, Pinto LF. Piso da Atenção Básica: mudanças na estrutura. In: Negri B, Viana ALD organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime; 2002. p. 271-98
53. Brasil. Ministério de Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Anais da Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família de 26 a 28 de Maio de 1999. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
54. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF) - Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto/SP – 12(4), jul/ago. 2004.
55. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial - Interface - Comunic., Saúde, Educ., 9(16):39-52, fev.2005.

56. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde – Cadernos de Atenção Básica nº 15 - Brasília: Ministério da Saúde, 2006; 58 p.
57. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.
58. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. http://ids-saude.d.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto8_1.asp (acessado em 12/out/2011).
59. Egry EY, Fonseca RMGS. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. Rev.Esc.Enf.USP, 34(3), p. 233-9, set. 2000.
60. Kawamoto EE, Santos MCH, Matos TM. Enfermagem comunitária: visita domiciliária. São Paulo: EPU, 1995.
61. Amaro S. Visita Domiciliar: guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre. AGE. 2003.
62. Campos GW, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva – 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006: 871p.
63. Novais HMD, Tanaka HA. A epidemiologia na avaliação dos serviços de saúde: a discussão da qualidade saúde. HA. Saúde e Sociedade, São Paulo, 1995, 4(1/2): 111-3.
64. Donabedian A. The Quality of Medical Care. *Science* 200, 1978.
65. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Salvador, 6(1):165-81, 2001.
66. Silva LMV. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Salvador, 4(2): 331-9, 1999.
67. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. London/New York: Oxford University Press, 1998.
68. Starfield B. Primary care: concept, evaluation, and policy. New York, Oxford: Oxford University Press, 1992.
69. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38(3): 819-854, 2003.
70. Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2009.
71. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União em 04/11/2011.

72. Projeto de Implantação. Programa Saúde da Família: projeto de implantação. Secretaria Municipal de Saúde. Campina Grande: Secretaria Municipal de Saúde, 1994.
73. Revista Veja – 1º de setembro, 2010 – p. 112-113.
74. Andrade FA. Comparativos dos níveis pressóricos sistêmicos e associação dos fatores de risco entre hipertensos segundo critérios de acompanhamento em Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB [dissertação]. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, p. 131, 2011.
75. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. J Bras Pneumol. 2009; 35(6):610-612.
76. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. The Journal of Family Practice, 2002; 50 (2):161-75.
77. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
78. Hair Jr JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tathan RL. Análise multivariada de dados, 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009, 688p. ISBN: 978-85-7780-402-3.
79. Sliwiany RM. Sociometria - Como avaliar a qualidade de vida e projetos sociais. Petrópolis: Vozes, 1997; 182 pp.
80. Magalhães SB, Ferreira K, Pinheiro DM (org.) Indicadores sociais da indústria: avaliação da qualidade de vida do trabalhador da indústria – metodologia – Brasília: SESI/DN, 2010, 92p. ISBN 978-85-7710-229-7
81. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 13(1), Jan./Fev. 2008.
82. Guimarães PMM. Precisamos criar uma cultura de educação em saúde. Encontro Estadual de Comunicação e Educação em Saúde, Florianópolis, 27 de outubro de 2001.
83. Lima SML, Portela MC, Koster I, Escosteguy CC, Ferreira VMB, Brito C, et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(9):2001-2011, set, 2009.
84. Giacomozzi CM, Lacerda MR - A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de saúde da família - Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 645-53.
85. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Nº _____

PROFISSIONAIS

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

Grupo de Estudos em Avaliação de Serviços de Saúde

Questionário sobre Desempenho do Programa Saúde da Família Comparado com o das Unidades Básicas de Saúde no Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Fatores Associados em Municípios do Estado da Paraíba: Um Estudo de Coorte.

(Para ser aplicado aos profissionais no exercício de suas funções no local de trabalho)

Apresentação:

Bom dia!

Meu nome é...

Estou realizando uma pesquisa.

Posso conversar um pouco com o(a) Sr.(a)?

O(A) Sr.(a) aceita participar desta pesquisa?.

Observação: Ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitar a assinatura ou impressão digital.

Só após a aceitação do sujeito poderá ser iniciada a aplicação do Questionário.

Atualizado em 17 de julho de 2010

Este instrumento é baseado num questionário elaborado por James Macincko (New York University) e Célia Almeida (ENPS-FIOCRUZ), norteado por Bárbara Starfield, MD, MPH, FRPCGP e James Macincko, PHD.D, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins, Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD. USA. Adaptado para a atenção à hipertensão arterial sistêmica por Neir Antunes (UEPB), Maria Aparecida Alves Cardoso (UEPB) e Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo (UEPB).

A. INFORMAÇÕES GERAIS		
A.1	Data:	
A.2	Iniciais do Profissional de Saúde	
A.3	Escolaridade/Titulação:	
A.4 Função:	Médico	1 ()
	Enfermeiro	2 ()
	Agente Comunitário de Saúde	3 ()
A.5	Nome da Instituição:	
A.6	Telefone:	
A.7	Fax:	
A.8	E-mail:	
A.9	Endereço:	
A.10	Tempo que trabalha nesta função: _____ anos _____ meses	

B. VISITA DOMICILIAR		
Para as questões B.11 a C 18 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
B.11	Na visita domiciliar ao hipertenso é preenchido a ficha B-HA pelo ACS?	
B.12	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS verifica se o usuário hipertenso segue a dieta orientada pelo profissional da saúde?	
B.13	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS questiona se o usuário hipertenso toma regularmente a medicação prescrita pelo médico?	
B.14	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS questiona se o usuário hipertenso realiza exercícios físicos regularmente (pelo menos 3 vezes por semana)?	
B.15	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS mede e registra os níveis tensionais dos usuários hipertensos, em todas as visitas?	
B.16	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS anota na ficha B-HA a data da última consulta médica ou de enfermagem relacionada ao controle da hipertensão?	
B.17	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS registra na ficha B-HA ocorrência de hospitalização, óbitos, complicações e outras intercorrências?	

C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO		
C 18	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) têm dificuldade para se deslocarem até o serviço de saúde?	
Para as questões C.19 a C.21 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
C 19	Quando os usuários procuram a unidade de saúde com sinais/sintomas de HAS conseguem consulta no prazo de 24 horas?	
C.20	Quando os usuários apresentam sinais/sintomas de HAS, conseguem ser atendidos sem perder o turno de trabalho ou compromisso?	
C.21	Para consulta de diagnóstico da HAS os usuários procuram a unidade de saúde da área adscrita (mais perto da casa dele)?	

Para as questões C.22 a C.24 responda: 1 - Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4– Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR		
C.22	Para consulta de diagnóstico da HAS os usuários precisam utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir a unidade de saúde?	
C.23	Durante as consultas para diagnóstico da HAS os usuários gastam dinheiro com transporte para ir a unidade de saúde?	
C.24	Quando os usuários apresentam os sinais/sintomas da HAS, têm que esperar mais de 60 minutos na unidade de saúde para serem atendidos?	

D. ACESSO AO TRATAMENTO		
Para as questões D.25 e D.26 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
D.25	Se os doentes em tratamento passarem mal por causa da medicação ou da HAS, conseguem uma consulta médica no prazo de 24 horas?	
D.26	Durante o tratamento da HAS, os doentes conseguem ser atendidos sem perder o dia de trabalho ou compromisso?	
Para as questões D.27 a D.30 responda: 1-Sempre; 2– Quase Sempre; 3–Às vezes; 4– Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR		
D.27	Os doentes de HAS têm que utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir a unidade de saúde?	
D.28	Os doentes de HAS têm que pagar pelo transporte para ir a unidade de saúde?	
D.29	Durante os últimos meses, houve falta de medicamentos para HAS?	
D.30	Os doentes de HAS esperam mais de 60 minutos na unidade de saúde para serem atendidos?	
Para as questões D.31 e D.32 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
D.31	Os profissionais da unidade de saúde realizam visitas domiciliares aos doentes de HAS?	
D.32	Todos os doentes de HAS tratados na unidade de saúde pertencem à área adscrita?	

E. ADESÃO/VÍNCULO		
Para as questões E. 33a E. 41 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
E.33	Os doentes de HAS são examinados pelos mesmos profissionais da unidade de saúde cada vez que consultam?	
E.34	Se os doentes de HAS tiverem dúvidas sobre seu tratamento, conseguem falar com os mesmos profissionais que os atenderam?	
E.35	As dúvidas/questionamentos dos doentes de HAS são compreendidas pelos profissionais que os atenderam?	
E.36	Acha que os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades do doente de HAS?	
E.37	Os profissionais da unidade de saúde dão tempo suficiente para que os doentes de HAS explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	

E.38	Os profissionais, da unidade de saúde respondem às perguntas dos doentes de HAS de forma clara?	
E.39	Os profissionais da unidade de saúde registram as queixas dos doentes de HAS nos prontuários?	
E.40	São dadas as informações sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da HAS?	
E.41	Os profissionais da unidade de saúde solicitam informações, sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de HAS?	

F. ELENCO DE SERVIÇOS

Para as questões F.42 a F.53 responda seguindo a escala de 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

Com que frequência as *ações a seguir são oferecidas pela equipe* que acompanha o problema do doente de HAS.

F.42	Informação sobre a HAS e seu controle?	
F.43	Informação sobre os medicamentos e seus efeitos?	
F.44	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?	
F.45	Verificação de PA todas as vezes que vai para consulta?	
F.46	Visitas domiciliares?	
F.47	O doente de HAS encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em todos os dias úteis da semana?	
F.48	Formação de grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?	
F.49	Os Horários de funcionamento do serviço de saúde para atendimento são sempre respeitados?	
F.50	Distribuição de todos os medicamentos necessários para o tratamento da HAS?	
F.51	O serviço oferece/garante exames solicitados pelo profissional da saúde?	
F.52	Os resultados dos exames são disponibilizados em até 10 dias?	
F.53	É garantido o agendamento da consulta de retorno?	

G. COORDENAÇÃO

Para as questões G.54 a G.64 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

G.54	Os profissionais da unidade de saúde utilizam os prontuários quando estão examinando os doentes de HAS?	
G.55	Durante o atendimento o profissional da unidade de saúde anota as queixas do doente de HAS no prontuário?	
G.56	Os doentes de HAS são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?	
G.57	Quando os doentes de HAS precisam de uma consulta com algum especialista, são encaminhados por profissionais da unidade de saúde?	

G.58	Quando o doente de HAS tem algum problema de saúde, recebe encaminhamento por escrito para o outro serviço de saúde pelo profissional que acompanha o tratamento?	
G.59	Quando é agendada a consulta dos doentes de HAS para algum especialista, é disponibilizado o comprovante de que a consulta foi marcada?	
G.60	Quando os doentes de HAS retornam a unidade de saúde após a consulta com o especialista, trazem informações escritas sobre os resultados?	
G.61	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o doente de HAS sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	
G.62	Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o doente de HAS?	
G.63	Existe auditoria periódica dos prontuários médicos?	
G.64	Existe supervisão periódica para revisar se a ficha de cadastro do Hipertensão fica anexada/mantida nos prontuários dos hipertensos?	

H. ENFOQUE NA FAMÍLIA

Para as questões H.65 a H. 67 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

H.65	Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o doente de HAS?	
H.66	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o doente de HAS sobre a doença, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?	
H.67	Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da família do doente de HAS no tratamento?	

I. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE

Para as questões I. 68 a I. 70 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica

I.68	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância da participação do doente e família em instituições da comunidade (igrejas, associação de bairro, etc.) como apoio para resolver seus problemas de saúde?	
I.69	Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HAS com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?	
I.70	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no tratamento do doente de HAS?	

OBSERVAÇÃO

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e está sendo desenvolvida pela parceria de docentes das áreas de Exatas e de Saúde envolvendo as seguintes universidades: Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob a orientação do Professor PhD Neir Antunes Paes.

O objetivo central visa avaliar comparativamente o desempenho do PSF e das UBS no controle da hipertensão arterial sistêmica e identificar condições associadas aos fatores de risco nos municípios de João e Pessoa, Campina Grande e Natal, durante o ano de 2009 e 2010.

A finalidade deste trabalho é contribuir para a formação de recursos humanos (graduação, especialização, mestrado) para o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas voltadas para ações de controle da HAS como atividade inserida no SUS, bem como aumentar a visibilidade regional, nacional e internacional da produção científica e tecnológica sobre a avaliação da efetividade das ações de controle da HAS no SUS.

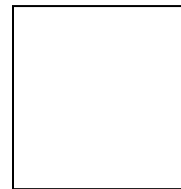
Solicitamos a sua colaboração para realização de entrevistas, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

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

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal



Impressão Dactiloscópica

OBSERVAÇÃO: (em caso de analfabeto - acrescentar)

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o(a) pesquisador(a) Neir Antunes Paes

Endereço (Setor de Trabalho): Universidade Federal da Paraíba (Deptº. Estatística)

Telefone: (083)3216-7075/ Ramal: 209

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

ANEXOS

ANEXO 1

NÚMERO DE UNIDADES	UNIDADES SELECIONADAS POR DISTRITO SANITÁRIO
DISTRITO SANITÁRIO I	
01	UBSF – Francisco Brasileiro (equipe I)
02	UBSF – Francisco Brasileiro (equipe II)
03	UBSF – José Pinheiro (Campos Sales)
04	UBSF – José Pinheiro – Plínio Lemos I
05	UBSF – José Pinheiro – Plínio Lemos II
06	UBSF – Jardim América I
07	UBSF – Monte Castelo I
08	UBSF – Monte Castelo III
09	UBSF – Jardim Tavares
DISTRITO SANITÁRIO II	
10	UBSF – João Rique I
11	UBSF – João Rique II
12	UBSF – Bodocongó (Matadouro)
DISTRITO SANITÁRIO III	
13	UBSF – Monte Santo I
14	UBSF – Monte Santo II
15	UBSF – Conceição II
16	UBSF – Bonald Filho I-II (Equipe I)
17	UBSF – Inácio Mayer(Equipe II)
DISTRITO SANITÁRIO IV	
18	UBSF – Tambor I
19	UBSF – Tambor II *
20	UBSF – Nossa Senhora Aparecida
21	UBSF – Porteira de Pedra
DISTRITO SANITÁRIO V	
22	UBSF – Estação Velha*
23	UBSF – Velame I-II (Equipe II)
24	UBSF – Catolé de Zé Ferreira
25	UBSF – Acácio de Figueiredo
26	UBSF - Serra da Borborema (Antigo Ligeiro II)
DISTRITO SANITÁRIO VI	
27	UBSF – Ramadinha I-II (Equipe II)
28	UBSF – Ramadinha III
29	UBSF – Rocha Cavalcante
30	UBSF – Malvinas III A-B (Equipe I-A)

*As UBSFs demarcadas foram excluídas da pesquisa porque não havia ficha de cadastro do HiperDia referente aos anos de 2006 e 2007, conforme critério do estudo original.

ANEXO 2

CÁLCULOS AMOSTRAIS – PROJETO ORIGINAL⁽¹⁾

“Avaliação da efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do Nordeste do Brasil”.

POPULAÇÃO E AMOSTRA:

A população alvo foi a dos hipertensos cadastrados no Sistema de Informação HiperDia nos anos de 2006 e 2007, composta por 17.658 usuários.

Devido ao tamanho da população, foi calculada uma amostra representativa, através de um processo de amostragem por conglomerados (em dois estágios sucessivos) com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT).

1º Estágio:

Efetou-se uma seleção aleatória de 30 conglomerados (UBSF) de um total de 70 conglomerados separados por distrito sanitário. Foi feita uma seleção proporcional ao tamanho de cada equipe e de forma sistemática, a partir da listagem fornecida pelo SIAB e organizada em ordem decrescente pelo número de cadastrados. Nesta listagem, os tamanhos de todos os conglomerados foram organizados em intervalos de números acumulados até o número total de elementos (17.658). Identificaram-se, assim, os números sorteados e as respectivas UBSF (Anexo 2).

O sistema de seleção sistemática foi feita a partir de um sorteio aleatório de um número entre 1 e 589. O valor do ciclo foi obtido pela divisão do número de cadastrados (17.658) com o número de conglomerados a serem selecionados (30 UBSF), obtendo assim o valor de 589. O número aleatório foi sorteado a partir do sistema de números aleatórios encontrado nas funções do

Microsoft Excel gerando o valor 34. A primeira equipe selecionada foi aquela que nos intervalos de cadastrados possuísse o indivíduo da posição 34, em seguida selecionou-se a equipe que possuía o indivíduo 623 (34+ o valor do ciclo 589), logo após o indivíduo 1.212 (623 + o valor do ciclo 589). Esse ciclo se seguiu até se selecionar a 30ª equipe.

Após a ida às UBSF verificou-se que em duas equipes não havia a ficha de cadastro do Hiperdia dos anos de 2006 e 2007 de seus usuários. Estas unidades foram, então, excluídas da pesquisa, ficando, portanto, 28 unidades.

2º. Estágio:

Foi realizada a seleção de hipertensos de forma aleatória e ponderada, ou seja, igual número de usuários em cada conglomerado sorteado. O tamanho da amostra total (n), para seleção dos usuários, foi tomado com base num processo de amostragem casual simples, considerando o parâmetro de sucesso $p = 0,159$ (obtido a partir do número total de hipertensos cadastrados, dividido pelo número total de indivíduos que fez uso do serviço da ESF cadastrados até 2008), nível de confiança de 95% e margem de erro amostral máximo $\varepsilon = 0,035$ (ou 3,5%), com base na população de usuários cadastrados no ano de 2008, $N = 17.658$ usuários. A fórmula para o cálculo do tamanho de amostra n é dada por:

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

Obtendo uma amostra de 411 hipertensos, foi acrescentado na amostra total 9 (1,91%) indivíduos, por questão de ajuste na divisão das equipes selecionadas. No final a amostra total constou de 420 hipertensos. Dividindo os 420 hipertensos a serem selecionado pelas 30 equipes selecionadas, gerou um total de 14 hipertensos a cada equipe, porém após identificar algumas perdas (mudança de endereço, óbitos, etc.) tivemos finalmente uma amostra de 382 hipertensos. A seleção desses indivíduos foi feita de forma aleatória, onde foram coletadas informações do período do cadastro de todos hipertensos que se encontram cadastrados na equipe, de forma que só foram utilizados os hipertensos que possuem cadastro nos anos de 2006 e 2007. Então, todos

os indivíduos cadastrados em 2006 e 2007 como hipertensos tiveram seus prontuários e fichas do HiperDia consultados e as informações de interesse (tais como: informações do cadastro do HiperDia, número de consultas na unidade, registro da PA em cada consulta, etc.) foram transcritas no instrumento a ser utilizado no segundo momento.

ANEXO 3



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

CERTIDÃO

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

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

João Pessoa, 29 de junho de 2010.

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