



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

JULIANA SOUSA SOARES DE ARAÚJO

**CONTRIBUIÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE NA ASSISTÊNCIA
À MULHER HIPERTENSA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A
PERSPECTIVA DA USUÁRIA.**

JOÃO PESSOA-PB

2011

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

CONTRIBUIÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE NA
ASSISTÊNCIA À MULHER HIPERTENSA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: A PERSPECTIVA DA USUÁRIA.

Orientanda: Juliana Sousa Soares de Araújo

Orientadores: Prof. Dr. Neir Antunes Paes

Profa. Dra. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva

Dissertação apresentada ao
programa de Pós-Graduação em
Modelos de Decisão e Saúde da
Universidade Federal da Paraíba
para obtenção do título de Mestre
em Modelos de Decisão e Saúde.

João Pessoa, 2011

JULIANA SOUSA SOARES DE ARAÚJO

**CONTRIBUIÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE NA
ASSISTÊNCIA À MULHER HIPERTENSA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: A PERSPECTIVA DA USUÁRIA.**

Dissertação aprovada em ____ / ____ / ____

Prof. Dr. Neir Antunes Paes
Orientador (a) – UFPB

Profa. Dra. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva
Orientador (a) - UFPB

Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Examinador (a) – UEPB

Profa. Dra. Maria Aparecida Alves Cardoso
Examinador (a) – UEPB

Prof. Dr. Nilsa Nunes da Silva
Examinador (a) - USP

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, Prof. Dra. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva e Prof. Dr. Neir Antunes Paes pela oportunidade concedida, pelo conhecimento transmitido, pelo muito que me ensinaram neste tempo de convivência, pela amizade, parceria segura e construtiva, enfim pela confiança em mim depositada.

Às Professoras Doutoras Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, Maria Aparecida Alves Cardoso pelas importantes contribuições por ocasião da qualificação do projeto deste trabalho.

À Cristina Kátia Dantas, Iara Medeiros, Christiana Souto, Renata Grigório, Fábio Alencar companheiros de caminhada acadêmica, por dividir comigo os desafios da pesquisa científica e da pós-graduação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde da Universidade Federal da Paraíba pela qualidade da minha formação na minha pós-graduação, a todos os colegas, professores e funcionários, pelos momentos de convivência.

Aos 343 usuários das Unidades de Saúde da Família, à gestão e a Coordenação da Equipe de Saúde da Família pela forma acolhedora com que me receberam e participaram no trabalho de pesquisa.

Aos meus amigos eternos, passe o tempo que passar, a distância que houver, torcem pelas minhas conquistas assim como torço pelas deles.

A todos os meus tios e tias, primos e primas, familiares que participaram sempre da minha vida, de minhas conquistas.

Aos meus irmãos Rodrigo e Ricardo e seus cônjuges pelo convívio harmonioso e pelo apoio constante.

Aos meus filhos Rafael, Júlia e Alice pelos singelos sorrisos para alívios de minhas inquietudes.

Ao meu marido Kleyber, por toda paciência, pelo companheirismo, dedicação cumplicidade, preocupação, pelo seu amor e por estar sempre ao meu lado. Amo-te muito.

A meus pais pelo grande amor e pelo exemplo que é para minha vida, obrigada pelo estímulo ao estudo e ao apoio para a realização deste Mestrado.

À Deus! A Nossa Senhora Sagrado Coração de Maria por me cobrir com seu lindo e poderoso manto azul! Ao meu Anjo da Guarda, que está sempre comigo!

MUITO OBRIGADA !

RESUMO

Atualmente, as condições crônicas das doenças são responsáveis por cerca de 60% de todo o ônus decorrente dos processos mórbidos no mundo. O crescimento da cronicidade é tão vertiginoso que, segundo a OMS, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos, a exemplo da Hipertensão Arterial Sistêmica- HAS. Neste contexto, a importância e relevância deste estudo decorrem do fato de ser a HAS um agravo que tem limitado a vida de um grande contingente populacional, e também porque apresenta um grande número de elementos que contribuem para dificultar o processo de viver de mulheres no município de João Pessoa, no estado da Paraíba e no país. Este estudo trata-se de um estudo transversal de base populacional dos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, realizado no município de João Pessoa-PB. O instrumento elaborado para o estudo foi baseado no *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) e validado para avaliar os aspectos críticos da Atenção Primária a Saúde (APS) em países industrializados. Para esta pesquisa foi utilizada as dimensões “Enfoque na Família” e “Orientação para a Comunidade” composta por três questões em cada dimensão. Os 343 hipertensos foram selecionados de maneira aleatória e representativa da ESF do município de João Pessoa, no período de novembro de 2009 a março de 2010, em 36 unidades de saúde da família, localizadas em cinco distritos sanitários. Como resultado foi encontrado o coeficiente alfa de *Cronbach* que revelou uma alta confiabilidade da escala, apresentando o valor de 0,8 para as duas dimensões consideradas. A medida de KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure*) resultou no valor acima de 0,7 para as duas dimensões (0,86 e 0,71), mostrando boa adequação da amostra e, o teste de esfericidade de *Bartlett* rejeitou a hipótese de nulidade de que a matriz de correlações entre as variáveis originais é a matriz identidade, resultando significância $p = 0,000 < 0,05$ em cada uma das dimensões. Os resultados deste estudo revelaram que as mulheres constituem maioria entre a população acometida por HAS e que os profissionais do distrito sanitário 3 estabelecem uma melhor relação com os usuários; e estes informam que os médicos quase sempre conhecem as suas famílias e fariam com os familiares sobre as suas condições de saúde, se fosse necessário. Nesse sentido os gestores e profissionais poderiam ter subsídios que os ajudariam no processo de tomada de decisão, para verificar, por exemplo, a organização do processo de trabalho, o elenco do serviço oferecido direcionado ao programa HipeDia para estas mulheres, a promoção de treinamentos específicos ou outras ações que podem contribuir para distinguir positivamente esses distritos dos outros. Esses resultados ajudariam a identificação das “melhores práticas” que poderiam ser adotadas nas outras unidades.

Descritores: Saúde da Família – Hipertensão – Comunidade – Mulheres

ABSTRACT

Currently, the conditions of chronic diseases account for 60% of the total onus resulted from morbid processes in the world. Chronicity has been increasing so steeply that, according to the WHO, in 2020, 80% of the disease load in developing countries will be due to chronic problems, such as Systemic Arterial Hypertension (SAH). In this context, the importance and relevance of this study come from the fact that hypertension has limited a large contingent of people's lives, and also because it has been presented a significant quantity of elements that contribute to hamper women's living processes in the city of Joao Pessoa, in the Paraiba state and over the country. This is a cross-sectional population-based study undertaken in the city of Joao Pessoa. The instrument developed was based on the Primary Care Assessment Tool (PCAT) and validated to assess the critical aspects of Primary Health Care in industrialized countries. Were used the dimensions "Focus on the Family" and "Guidance for Community", consisting of three questions each. The 343 hypertensive patients were selected in a randomized and representative way from the city of Joao Pessoa, between November 2009 and March 2010, at 36 Health Family Units, located in five different sanitary districts. Cronbach alpha coefficient has revealed a high reliability of the scale, reaching a value of 0.8 for both dimensions considered. *Kaiser-Meyer-Olkin* measure has resulted in a value above 0.7 for the two dimensions (0.86 and 0.71), what demonstrates good sampling adequacy. The sphericity Bartlett test has rejected the nullity hypothesis (the matrix of correlations among the original variables is the identity matrix), resulting significance $p=0.000<0.05$ in each dimension. The results of this study have revealed that women constitute the majority among the population affected by SAH and that the professionals of the 3rd sanitary district have been establishing a better relationship with users. Such users have also reported that doctors quite often know their families and would be able to speak with them about health conditions, if necessary. In this sense, managers and professionals could have subsidies that would help those taking decisions in order to verify, for instance, the work process organization; the team of the service offered directly by the *Hyperday* program for those women; and the promotion of specific training or other actions that could positively contribute to distinguish one sanitary district from others. Those results would help identifying the "best practices" to be adopted by other units.

Keywords: Family Health- Hypertension – Community - Women

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AFE – Análise Fatorial Exploratória
AFC – Análise Fatorial Confirmatória
BTS - Bartlett Test of Sphericity
CAIS - Centros de Atenção Integral a Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CID – Código Internacional de Doenças
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DS - Distritos Sanitários
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIC - Doença Isquêmica do Coração
ESF – Estratégia Saúde da Família
FR - Fatores de Risco
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KMO - Kaiser-Meyer-Olkin
NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde
OPS - Organização Pan-Americana de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCAT - Primary Care Assessment Tool
PEA - População Economicamente Ativa
PSF - Programa de Saúde da Família
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS – Sistema Único de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Práticas e instrumentais.....	50
Figura 2:	Divisão do Município em Distritos Sanitários.....	57
Figura 3:	Mapa da distribuição da cobertura das ESF, no ano de 2005, por bairros. Município de João Pessoa.....	58
Figura 4:	Análise Fatorial Confirmatória.....	75
Figura 5:	Mapa Espacial dos Distritos Sanitários em João Pessoa.....	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Características Específicas por Distrito Sanitário.....	59
Quadro 2:	Primeira etapa da Análise Fatorial.....	66
Quadro 3:	Valores de referência do <i>alfa de Cronbach</i>	66
Quadro 4:	Questões do item M e N do questionário aplicado na pesquisa...	69
Quadro 5:	Desenvolvimento dos índices compostos.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição absoluta e relativa dos hipertensos por Distrito Sanitário segundo variáveis sócio-demográficas para ESF o município de João Pessoa, 2009.....	76
Tabela 2:	Distribuição absoluta e relativa das mulheres hipertensas por Distrito Sanitário segundo variáveis sócio-demográficas para ESF o município de João Pessoa, 2009.....	77
Tabela 3:	Média, Desvio padrão e Intervalo de Confiança por Distritos Sanitários segundo os itens correspondentes as dimensões “Enfoque na Família” e “Orientação para a Comunidade”, respectivamente, ESF, João Pessoa, 2009.....	78
Tabela 4:	Matriz resposta do Teste de Dunnet dos índices compostos por Distrito sanitário, ESF, João Pessoa, 2009.....	82
Tabela 5:	Matriz resposta do Teste de Dunnet dos Índices da Dimensão “Enfoque na Família por Distrito Sanitário, ESF, João Pessoa, 2009	82
Tabela 6:	Matriz resposta do Teste de Dunnet dos Índices da Dimensão “Orientação para a Comunidade” por Distrito Sanitário, ESF, João Pessoa, 2009.....	83

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
CAPÍTULO I CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	21
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	22
1.2 JUSTIFICATIVA.....	27
1.3 DELIMITAÇÃO DO OBJETIVO DO ESTUDO.....	30
CAPÍTULO II ABORDAGEM TEÓRICA GERAL.....	33
2.1 Contextualização sócio-histórica sobre Condições Crônicas.....	33
3.1.1 Transição Epidemiológica e Condições Crônicas.....	35
3.1.2 Hipertensão Arterial Sistêmica no Sexo Feminino.....	37
2.2 A Política Nacional de Atenção Básica e o Hiperdia.....	39
2.3 O Programa Saúde da Família: uma Estratégia para a Melhoria da Assistência.....	44
2.4 A Análise Fatorial no Campo da Saúde.....	50
CAPÍTULO III PERCURSO METODOLÓGICO.....	53
3.1 Tipo da Pesquisa.....	53
3.2 Participantes do Estudo.....	53
3.3 Perfil do Município Estudado.....	54
3.4 População e Amostra.....	58
3.4.1 Amostra-piloto.....	58
3.4.2 Delineamento da Amostra da Pesquisa.....	58
3.5 Instrumento para Coleta de Dados.....	60
3.6 Etapas da Coleta.....	60
3.7 Plano de Análise.....	61
3.7.1 Qualificação do Banco de Dados.....	61
3.7.2 Levantamento e Correlação de Dados.....	65
3.7.3 Processo de avaliação.....	66
3.7.4 Estudos Comparativos.....	68
3.8 Processo de Tomada de Decisão.....	69
3.9 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	69

CAPÍTULO IV	RESULTADOS.....	71
4.1	Consistência e Fidedignidade da Informação.....	71
4.2	Perfil Geral dos Hipertensos.....	73
4.3	Perfil de Mulheres Portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica.....	74
4.4	Comparação dos Índices Compostos entre Distritos Sanitários.....	76
CAPÍTULO V	DISCUSSÃO	83
CONSIDERAÇÕES		91
FINAIS		
REFERÊNCIAS		94
APÊNDICES		102
ANEXOS		105

APRESENTAÇÃO

O presente estudo faz parte de uma pesquisa maior desenvolvida no nordeste brasileiro, coordenado pelo Prof. Dr. Neir Antunes Paes, intitulada “Avaliação da efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do Nordeste do Brasil” patrocinada pelo CNPq (2008-2010). Esta pesquisa teve como objetivo principal avaliar o impacto do acompanhamento e efetividade do controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS), segundo a redução dos níveis de pressão arterial em indivíduos hipertensos, submetidos a ações programáticas para controle da doença. Procurou-se identificar condições associadas com tal redução, durante o ano de 2008, comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde, para avaliar o desempenho do Programa de Saúde da Família, desenvolvido em unidades básicas de saúde dos municípios de João Pessoa- PB, Campina Grande-PB e Natal-RN.

O conjunto dessas abordagens proporcionará um maior conhecimento sobre as políticas da proteção e promoção à saúde, especificamente, dos hipertensos usuários do PSF em dois Estados da região Nordeste.

O presente estudo, como parte integrante do projeto maior, empregou o instrumento de coleta de dados de Starfield (2002), com as devidas adaptações, tendo empregado a análise fatorial para dar consistência e fidedignidade aos dados coletados. O referido instrumento conceitua o enfrentamento como resposta a situações específicas e possui dois fatores: solução de problema e procura de suporte social. Lançou-se mão de análise fatorial exploratória e análise fatorial confirmatória, em estudo realizado em fases com amostras heterogêneas distintas, para as dimensões: “Enfoque na Família” e “Orientação para a Comunidade”, com o objetivo de avaliar a influência da família e da comunidade no controle da hipertensão arterial sistêmica de mulheres clientes das unidades de saúde da família do município de João Pessoa.

O estudo está organizado em cinco capítulos assim distribuídos: Capítulo I – trata-se da *construção do objeto de estudo* – neste capítulo se apresenta a temática, a problemática, a justificativa do estudo, as questões de estudo e os objetivos; Capítulo II refere-se à *abordagem teórica geral*, em que

se trata as bases teóricas que fundamentam a pesquisa, contextualiza-se os aspectos sócio-histórico e políticos de assistência à hipertensão arterial, a importância da família e da comunidade na assistência a hipertensão arterial e a análise fatorial; Capítulo III trata do *percurso metodológico em que se descreve a* metodologia empregada no estudo; Capítulo IV – apresenta os *resultados além da* análise fatorial do estudo, acerca a importância da família e da comunidade na assistência a hipertensão arterial. Capítulo V - *Considerações Finais* com as reflexões sobre os resultados do estudo considerando-se o objetivo e os objetivos apresentados.

CAPÍTULO I

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A atenção à saúde está diretamente relacionada com o perfil epidemiológico de uma população, disciplina que estuda os sofrimentos, doenças, agravos, riscos e vulnerabilidades de uma população, como os fenômenos relativos a aspectos biológicos e do comportamento, que determinam e qualificam os diferentes estilos de vida.

Desse reconhecimento decorre a preocupação de organizações internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde – OPS, em propor ações integradas de saúde. Disso decorre também a luta do movimento sanitário brasileiro, desde a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, pela defesa de serviços de saúde organizados para produzir mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira, no que se refere a riscos e danos coletivos e individuais (OPS, 1984; 1988; 1991; TIGRE *et al*, 1990; PAIM, 2008).

Para tanto, a sociedade brasileira organizada tem buscado a substituição do modelo de atenção à saúde tradicional por uma nova proposta o Sistema Único de Saúde – SUS, orientado pelos princípios doutrinários da integralidade, equidade e universalidade. Na perspectiva de implantação do SUS, garantido na Constituição de 1988, como direito da cidadania e dever do Estado, o país tem enfrentado grandes desafios, como a re-organização da Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), vinculada a proposta da Vigilância da Saúde. O novo enfoque constitui uma das expressões mais significativas da materialização do SUS. Entre os desafios para sua consolidação encontra-se a avaliação dos programas e serviços de saúde, atividade na qual a epidemiologia é a disciplina mais requerida.

Ao se valorizar o emprego da epidemiologia para a avaliação dos sistemas e serviços de saúde reconhece-se seu papel na produção de conhecimentos para o processo de tomada de decisão no que se refere à formulação de políticas de saúde, à organização do sistema e às intervenções necessárias para o enfrentamento de problemas específicos nessa área de produção do conhecimento (TIGRE *et al*, 1990). Nesse particular, Paim (2008) identifica os seguintes campos de ação da epidemiologia no âmbito dos serviços de saúde: a) estudos de situação de saúde em diferentes grupos da população, seus determinantes e tendências; b) vigilância epidemiológica de doenças e de outros problemas de saúde; c) investigação causal e explicativa

sobre problemas prioritários de saúde; d) avaliação do impacto em saúde dos serviços, de tecnologias e de outras ações.

Refletindo sobre os processos de tomada de decisão em saúde, Dussault (1995) enumera as seguintes possibilidades de sua utilização: a) nas políticas públicas de saúde, apoiando a definição de prioridades, objetivos e estratégias; b) na configuração dos serviços, especialmente na descentralização e integração dos serviços nos programas; d) nas práticas de gestão; e) nas prioridades de investigação.

Nesse contexto, a avaliação dos serviços de saúde no âmbito de um projeto maior de autoria do Prof. Dr. Neir Antunes Paes do qual enfatiza as dimensões referidas por Starfield (2002) “Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade” para investigar a importância delas na atenção a saúde da mulher hipertensa.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

O rápido processo de industrialização e urbanização do Brasil tem gerado uma mudança no perfil nosológico da população nesse último século, situação que se deve também à inversão do percentual da população rural para a urbana. Esse fato favorece a exposição de grande contingente da população aos fatores de risco presentes com mais frequência nas regiões urbanizadas (PAIM, 2008). Em todo o mundo, as taxas de natalidade estão recuando, as expectativas de vida avançando, gerando grandes quantidades de idosos. Assim, o campo da assistência à saúde do adulto tornou-se mais amplo e mais complexo, principalmente no que se diz respeito as doenças crônicas (BRASIL,1993).

Uma consequência dessa mudança demográfica é o aumento concomitante na incidência e prevalência de problemas crônicos de saúde. Enquanto há uma queda na taxa de mortalidade infantil e um aumento nas expectativas de vida e na possibilidade de exposição ao risco de problemas crônicos, as condições crônicas tornam-se mais expressivas (OMS, 2003).

Neste último século, as expectativas de vida tiveram um aumento de cerca de 30 a 40 anos em países desenvolvidos. Essa longevidade deve-se, em parte, aos avanços científicos e tecnológicos, bem como a uma melhora

substantial nos parâmetros da saúde pública ao longo dos últimos 100 anos. Todavia, as condições crônicas estão aumentando em ritmo acelerado no mundo, sem distinção de região ou classe social. As condições de doenças não transmissíveis e os distúrbios mentais representam 59% do total de óbitos no mundo. Em 2000, esses distúrbios constituíram 46% da carga global de doenças. Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doença cardíaca, acidente vascular cerebral, depressão e câncer (OMS, 2003).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), em 2006, afirmou que a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. Entre os fatores de risco para sua ocorrência são citados na literatura: hereditariedade, idade avançada, sexo feminino, grupo étnico, menor nível de escolaridade, condição socioeconômica desfavorável, obesidade, etilismo, sedentarismo, tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

No Brasil são cerca de 17 milhões os portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. A carga representada pela morbimortalidade devido à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) contribui significativamente para uma elevada mortalidade cardiovascular em todas as regiões do país. Apesar da aferição da pressão arterial ser um método simples para o diagnóstico da HAS e estudos epidemiológicos têm demonstrado que muitos hipertensos desconhecem a sua condição. Embora exista um vasto arsenal terapêutico para o tratamento da hipertensão, apenas cerca de um terço dos hipertensos em tratamento tem seus níveis tensionais controlados (GUS, 2004).

Segundo os estudos realizados por Lessa (2001) e Hartmann et al (2007) foi verificado que, no Brasil, no período de janeiro de 1998 a junho de 2001, ocorreram cerca de 204.227 internações hospitalares de mulheres por HAS, o que representou 11,6% das internações por doenças cardiovasculares específicas. O aumento da expectativa de vida no sexo feminino é mais

significativo do que no masculino, o que pode também ser justificado por fatores biológicos e pela diferença de exposição aos fatores de risco de mortalidade entre os sexos (OLIVEIRA, 2008).

Há maior prevalência de hipertensão arterial para o gênero feminino em relação ao sexo masculino na mesma faixa etária. A associação da existência dessa prevalência é atribuída à crescente inserção do gênero feminino no mercado de trabalho, bem como sua maior exposição a outros agravos no modo de reproduzir a vida, considerando-se o movimento da urbanização e o desenvolvimento econômico e social das últimas décadas. (IDB, 2008; MACHADO, 2006).

A atenção às questões de saúde para mulheres tem sido mais enfatizada nas últimas décadas devido a vários fatores, entre os quais a incidência e a prevalência da HAS nessa população. Disso decorre o crescente movimento pelo bem-estar e por aspectos que contribuem com a promoção da saúde e ampliação da qualidade de vida. Em virtude da alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica entre mulheres, somado ao rápido processo de envelhecimento do Brasil, sem serviços apropriados. Estes se constituem problemas que preocupam os governos, tanto estadual como federal (OLIVEIRA, 2008).

Quando não tratada adequadamente, a HAS pode acarretar graves conseqüências a alguns órgãos vitais como ao cérebro, coração e rins, constituindo, desse modo, um dos mais graves problemas de saúde pública, merecendo, portanto, ser estudado por aqueles que se encontram envolvidos direta ou indiretamente com esta problemática (SILVA, 2007).

O reconhecimento de que a modificação dos hábitos de vida, com a prevenção do aparecimento dos fatores de risco (FR) e o tratamento adequado de desvios da normalidade, quando estabelecidos, modifica a história evolutiva desses agravos e torna ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalência para sua prevenção e/ou tratamento.

Nos países em desenvolvimento, as condições para o adoecimento por patologias crônicas estão relacionadas ao nível de atenção primária e devem ser consideradas principalmente nesse âmbito. No entanto, grande parte da atenção primária está voltada para problemas agudos e para as necessidades mais urgentes dos pacientes (OMS, 2003). Este é um dos desafios da Atenção

Básica, notadamente da Estratégia Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

Pelo fato de a hipertensão arterial não acarretar, na maioria das vezes, qualquer sintoma aos pacientes e por envolver orientação para vários objetivos, o sucesso no seu tratamento depende de uma ação multiprofissional integrada, fortalecendo um vínculo dos pacientes à unidade e à organização de rede de atendimento (SAÚDE, 2001).

Os trabalhadores da saúde têm afirmado sua consciência sobre a importância do comportamento do paciente portador de hipertensão arterial sistêmica em relação aos hábitos ou estilos de vida, mas afirmam estarem despreparados para oferecer intervenções comportamentais para melhorar o autogerenciamento e ampliar a aderência ao tratamento. Esses trabalhadores também apontam para o fato de que não têm tempo para tratar das deficiências educacionais na perspectiva do atendimento das necessidades de saúde (CAH, 1996).

A hipertensão é uma doença que deve ser prevenida e tratada nas unidades de saúde. Estas são responsáveis por um determinado território, onde se acompanham e geram informações para a aquisição e distribuição de medicamentos de forma regular, a todos os pacientes cadastrados pelo instrumento elaborado para tal, o HiperDia. O instrumento compreende um sistema criado pelo Ministério da Saúde e destina-se ao cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes, atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS. É um sistema informatizado, disponibilizado pelo DATASUS e de uso obrigatório para os municípios que aderiram ao programa.

A implementação do HiperDia é de fundamental importância para a consolidação do SUS como um novo modelo de atenção à saúde que incorpora estratégias diversas, individuais e coletivas. Segundo Starfield (2000), tanto as Equipes de Saúde da Família como as Unidades Básicas de Saúde possuem valores baixos no que se refere ao enfoque familiar e da comunidade, mas observou-se também que o pequeno aumento da relação entre família e

comunidade apresentou diferença estatisticamente significativa na melhoria da qualidade da assistência a saúde dentro das Equipes de Saúde da Família. A autora também enfatiza a importância do gerenciamento do controle e tratamento da doença pelo próprio paciente, associado ao apoio constante da família, em parceria com redes de apoio criadas pela comunidade, a fim de melhorar a qualidade da atenção e os pacientes atingirem o controle adequado dos níveis pressóricos.

Estudar as relações entre os diversos elementos que integram a complexidade da saúde, compreendida em seu conceito ampliado e como um bem público, contexto no qual recortamos o controle da hipertensão arterial sistêmica em mulheres, foi motivado pela reflexão sobre a importância da avaliação dos serviços de saúde na assistência a mulher.

No nosso cotidiano, gestores observaram a dificuldade dos profissionais da saúde em lidar com as famílias e em envolver as instituições existentes na comunidade para subsidiar o apoio da família ao cliente. Essa preocupação aparece como uma das grandes questões dos profissionais no sentido de potencializar a eficácia das intervenções, especialmente por que, segundo Uchoa e Vidal (1994), tais intervenções se baseiam em valores que contrastam com a visão de mundo dos usuários e comprometem sua aceitação.

No sentido de promover a saúde da mulher – um dos membros da família que tem sido histórica e culturalmente responsabilizada por procurar encaminhar os problemas de saúde da família aos setores competentes e que por sua condição de múltiplas atribuições doméstica pode estar negligenciando sua própria saúde, tendo em vista a prevalência da HAS sobre o sexo feminino questiona-se: Como é prestada a assistência a saúde das mulheres hipertensas na Estratégia de Saúde da Família? A família e a comunidade estão envolvidas com essa assistência? Qual a importância da família e da comunidade para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica em mulheres?

1.2 JUSTIFICATIVA

Atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem

admir de problemas crônicos como a Hipertensão Arterial Sistêmica. Nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde com encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os familiares. Até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das condições crônicas; simplesmente tratam os sintomas quando eles aparecem (OMS, 2003).

Contudo, a mesma instituição tem insistido na importância de se produzir instrumentos que fortaleçam os sistemas de saúde por meio de superação de seus desafios. Nesse sentido adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde. Conhecida como a Carta de Lubiana, ela propõe que os sistemas de atenção de saúde deveriam ser: dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção da saúde; centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; direcionados para a atenção primária (STARFIELD, 2006).

Nessa perspectiva, a atenção básica se propõe a ser porta de entrada para os usuários em saúde, território onde devem ser acompanhados por meio de estratégias elaboradas para se obter informações referentes à natureza e extensão dos encaminhamentos, do desenvolvimento de melhores critérios para encaminhamento e referente ao papel adequado dos subespecialistas na atenção aos usuários. A atenção básica se propõe também a ter longitudinalidade, que é definida, no contexto da atenção primária, como uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes, família e comunidade na qual as unidades de saúde estão inseridas.

No Brasil, a atenção primária, através de sua orientação para a comunidade, divide a responsabilidade com a saúde pública para maximizar a extensão na qual os serviços de saúde podem superar as desvantagens sociais e seus efeitos adversos sobre a saúde.

O novo modo de ver a atenção de Hipertensão Arterial Sistêmica intensifica a atuação dos pacientes e familiares e reconhece que eles podem gerenciar de forma mais efetiva as condições crônicas com o apoio das

equipes de saúde e da comunidade. Esses três componentes: pacientes, famílias e comunidade - devem estar vinculados e são totalmente implicados mutuamente. Os pacientes, as comunidades e as organizações de saúde de cada comunidade desempenham funções essenciais na busca de melhores soluções para os problemas crônicos (OMS, 2003).

Segundo Lessa (2006), o controle da HAS se faz com a participação ativa do hipertenso e co-participação da família, dos profissionais da saúde e do correto desempenho dos programas de saúde. Nos programas de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), a base para o início do tratamento pode ser uma única medida de pressão arterial, obtida numa única consulta, além da seleção da droga usada não diferenciar os hipertensos pelas suas particularidades, ou seja, usa-se a droga existente no serviço.

Além de alertar os gestores para o processo de tomada de decisão em todo o mundo acerca dessas importantes mudanças na saúde em termos globais, a OMS (2003) apresenta soluções para o gerenciamento desse problema. Cada tomador de decisão tem condições de aumentar a capacidade de seu sistema de saúde para lidar com o crescente problema das condições crônicas (OMS, 2003). Portanto, o futuro depende de escolhas feitas a cada dia e nesse processo, há que considerar as especificidades de cada grupo populacional, como é o caso da saúde das mulheres.

As organizações de saúde praticamente não integram os recursos comunitários ao tratamento dos pacientes que apresentam condições crônicas, deixando boa parte dos grupos de consumidores, voluntários e agências não governamentais virtualmente sem serem explorados. Os recursos comunitários são críticos em todos os países, mas representam um grande potencial para os sistemas de saúde de países de baixa renda, onde os cuidados primários de saúde não podem ser muito estendidos. Esses recursos podem suprir as lacunas não preenchidas pelas organizações de saúde, melhorando significativamente o tratamento de pacientes com problemas crônicos. Contudo, vínculos formais com outras instituições existentes na comunidade, raramente são estabelecidos.

Desse modo, faz-se importante e relevante o presente estudo, pois a HAS é um agravo que tem limitado a vida de mulheres e aumentado o número

de elementos que contribuem para dificultar o processo de viver adoecer e morrer de mulheres no Estado da Paraíba.

O presente estudo baseia-se na concepção do processo saúde-doença determinado biológica e socialmente, visto que o modo de vida e sua reprodução desencadeiam nos grupos, certo desgaste biológico, o qual favorece o aparecimento, em momentos particulares, de um funcionamento biológico diferente e identificado como doença, bem como a inegável existência de um modo de reprodução de cuidado apreendido socialmente. Disso decorre o interesse em investigar a assistência à hipertensão arterial em mulheres e sua relação com a família e a comunidade.

1.3 DELIMITAÇÃO DO OBJETIVO DO ESTUDO

1.3.1 Objetivo Geral:

- Avaliar a influência da família e da comunidade no controle da hipertensão arterial sistêmica de mulheres clientes das unidades de saúde da família do município de João Pessoa.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Verificar a consistência e fidedignidade dos itens que constituem as dimensões “Enfoque na Família” e “Orientação para a Comunidade”.
- Descrever o perfil sócio-demográfico da mulher hipertensa.
- Relacionar os indicadores de saúde dos Distritos Sanitários classificados com os maiores e menores desempenhos nos índices compostos quanto à importância da família e da comunidade no controle da HAS de mulheres.
- Comparar os índices compostos entre os Distritos Sanitários classificados com os maiores e menores desempenhos quanto à importância da família e da comunidade no controle da HAS de mulheres.

CAPÍTULO II

ABORDAGEM TEÓRICA GERAL

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO HISTÓRICA SOBRE CONDIÇÕES CRÔNICAS

O grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) compreende majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas doenças deste grupo têm fatores de risco comuns e demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população. Há mais de trinta anos este conjunto de doenças é reconhecido como importante não somente em países industrializados (OMS, 1972).

Embora a maioria dos programas de combate a epidemia de DCNTs tenha sido conduzido em países desenvolvidos, o grande aumento dessas enfermidades em países em desenvolvimento levaram a adoção de programas para a sua prevenção e controle. O eixo principal desse programa, desenvolvido em 1986 para programar em países em desenvolvimento, consiste em intervenções com o objetivo de modificar os níveis dos principais fatores de risco para DCNTs na comunidade. Estas intervenções foram planejadas para construir capacitações regionais e trocar experiências sociais e tecnológicas na abordagem de controle e prevenção das DCNTs.

O projeto Carmen, criado em 1995, por iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) propunha-se como uma ferramenta prática para os países americanos atingirem o objetivo global da OMS de Saúde Para Todos no Ano 2000. O principal objetivo do projeto era promover coalizações locais e nacionais no intuito de estabelecer políticas e programar intervenções para redução dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis. O projeto Carmen tem como foco o tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, obesidade/sobrepeso, Diabetes *Mellitus* e consumo excessivo de álcool.

A iniciativa Carmen apresenta dois componentes principais para atingir seus objetivos: o componente para redução de riscos, que promove e sustenta a redução dos fatores e condições de risco através de intervenções comunitárias; e o componente para desenvolvimento de uma rede de trabalho que desenvolve, integra e avança a pauta de discussão para prevenção de DCNT. Especificamente, esse componente pretende promover e sustentar intervenções com custo-efetividade favoráveis; desenvolver estratégias e

metodologias adequadas para cada país; desenvolver estratégias para obter apoio de legisladores e outras pessoas-chave; promover e manter a participação da comunidade; e promover pautas regionais para enfrentar a epidemia de DCNT.

Em reunião realizada no Rio de Janeiro em novembro de 2003, com representantes do Ministério da Saúde, da Organização Pan- Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde e da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação, foi dito que este conjunto de doenças é responsável por 60% das mortes e incapacidade em todo o mundo, numa escala progressiva, podendo chegar a 73% de todas as mortes em 2020. Em 2001, no Brasil, as DCNT foram responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% de todas as hospitalizações registradas no Sistema Único de Saúde (OPAS/OMS, 2004).

As premissas subjacentes a este “alerta de epidemia” nos documentos citados são:

1. as DCNT são decorrentes do estilo de vida ocidental;
2. a adoção deste estilo de vida por populações em vias de desenvolvimento determina uma modificação de seu perfil de morbidade, aumentando a importância das DCNT (transição epidemiológica);
3. estes fatores de risco são os mesmos ao longo do tempo e no espaço;
4. seus efeitos são modificáveis por intervenção sanitária;
5. a redução na mortalidade por DCNT verificada nos EUA e em outros países semelhantes deveu-se à intervenção com sucesso sobre estes fatores de riscos.

Considerando a variabilidade de resultados dos programas de intervenção comunitária pode-se levantar dúvidas quanto a sua efetividade. Entretanto, a questão mais importante a ser apontada não está no julgamento da efetividade geral dos programas, mas sim na identificação de quais aspectos das intervenções são efetivos, em que populações e sob que condições. Quando se avalia o resultado geral de um programa, admite-se que todos os componentes necessários para sua execução funcionem de maneira sinérgica, o que pode não ocorrer.

Assim, a efetividade de cada componente de uma intervenção varia conforme a população em questão e o contexto no qual ambos (intervenção e população) estão inseridos.

2.1.1 Transição Epidemiologia e Condições Crônicas

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão assumiram ônus crescentes e preocupantes. Ambas são condições prevalentes e importantes problemas de saúde pública em todos os países, independentemente de seu grau de desenvolvimento.

Em 1995 foi estimado que o diabetes *mellitus* atingisse 4% da população adulta mundial e que, em 2025, atingirá 5,4% da população, o que equivalerá a aproximadamente 300 milhões de diabéticos. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, e neles se acentuará o atual padrão de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos (KING, 1998).

A hipertensão arterial também é um problema crônico comum. Sua prevalência é alta e aumenta em faixas etárias maiores. Estudos epidemiológicos brasileiros estimam prevalências de 40% a 50% da população adulta com mais de 40 anos, a partir da medida casual da pressão (FUCHS, 1994). Mesmo sendo assintomática, a hipertensão arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. A HAS é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como: doença cérebro-vascular; doença arterial coronariana; insuficiência cardíaca; doença renal crônica; doença arterial periférica.

A parcela importante da população adulta com hipertensão não sabe que é hipertensa; e muitos dos que sabem não estão sendo adequadamente tratados. A hipertensão arterial é uma co-morbidade extremamente comum no

diabético, representando um risco adicional a este grupo de pacientes para o desenvolvimento de complicações macrovasculares.

Atualmente, as doenças não-transmissíveis são responsáveis por 45,9% da carga de doenças em todo o mundo (WHO, 2002a). Estima-se que em 2020, dois terços da carga de doenças será atribuída às doenças crônicas não-transmissíveis (CHOPRA, 2002). As dietas altamente calóricas e o sedentarismo são os principais fatores relacionados ao aumento da prevalência da obesidade, outro fator de risco importante para o diabetes tipo 2 (ZIMMET, 2003; GRUBB, 2002). Vários estudos apontam para o crescimento acelerado da obesidade e reforçam a necessidade de programas preventivos, que teriam um impacto na redução da incidência do diabetes (CHOPRA, 2002; GRUBB, 2002; WHO, 2000; PERDUE, 2003;WELLMAN, 2002).

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento.

É preciso ter a consciência de que a estimulação da motivação do paciente para não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabete, dislipidemia e obesidade o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas, necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada.

2.1.2 Hipertensão Arterial Sistêmica no Sexo Feminino

O Brasil tem passado por profundas transformações demográficas e epidemiológicas nas quais se destaca o rápido e acentuado envelhecimento populacional, resultante da combinação da queda histórica da mortalidade com uma drástica redução da fecundidade. Esse envelhecimento tem ocorrido de forma mais predominante nas mulheres, que alcançam uma expectativa de vida ao nascer de 72,6 anos em 2000, quase oito anos superior a dos homens.

Analogamente, também tem ocorrido substanciais mudanças na situação epidemiológica, caracterizadas, principalmente, pela diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, pelo incremento das doenças crônicas infecciosas e parasitárias e pelo incremento das doenças crônicas não transmissíveis – como as cardiovasculares e as neoplasias malignas que, atualmente, respondem pela maioria absoluta das mortes de mulheres adultas (LEÃO, 2002).

Estudo realizado em 2006 por Lessa e colaboradores mostrou uma prevalência maior de hipertensão arterial sistêmica no sexo feminino, tanto relacionada à classe social, com a etnia, como também com a escolaridade. As prevalências mostraram-se crescentes com a idade em ambos os sexos, já elevadas abaixo dos 50 anos e excepcionalmente elevadas a partir dessa idade. A prevalência de hipertensão em mulheres tanto decresceu linearmente da baixa para alta escolaridade quanto da baixa para a alta classe social.

A mortalidade por infarto agudo do miocárdio entre 35 a 44 anos é cerca de quatro vezes superior nas mulheres e a mortalidade por doenças cerebrovasculares na mesma faixa etária é seis vezes mais alta. Parte do fenômeno tem sido atribuído à qualidade da assistência, principalmente nos serviços de emergência, o que poderia explicar a ocorrência mais freqüente da mortalidade precoce por essas causas nas regiões menos desenvolvidas do país (LEÃO, 2002).

Estudo realizado por Dantas em 1999, confirmou a proteção das mulheres, antes da menopausa, relacionada a alguns mecanismos da fisiologia reprodutiva, responsáveis por uma menor tendência trombolítica e uma proteção hormonal. Os resultados obtidos indicaram que o nível de instrução formal do grupo em estudo era precário, sendo que 51% delas eram analfabetas e 42,8% tinham o primeiro grau incompleto. Quanto à ocupação, 63,2% eram donas de casa e 22,3% aposentadas. Apenas 14,3% delas exerciam atividades, fora do lar, remuneradas. A renda familiar variou entre menor que três salários mínimos (55,1%); de 3 e 6 salários (22,4%); acima de 6 salários (10,2%) e 12,3% não soube informar. Com relação ao estado civil, 53% eram casadas; 30,5% viúvas; 8,4% solteiras; 6,3% desquitadas e 2,0% divorciadas. Das participantes, 89,7% tinham filhos, sendo que 75,5% tinham mais de três filhos. O estado civil, muitas vezes, está relacionado com taxas

mais elevadas de morbimortalidade por HAS, sendo o coeficiente maior entre os viúvos, solteiros e separados. Das 49 mulheres, 48,9% faziam acompanhamento clínico para doenças associadas à Distúrbio com Insuficiência Circulatória (DIC), tais como hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias. Com relação ao conhecimento do diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), 53,1% sabiam o motivo da atual internação e as causas mais freqüentes, apontadas para justificar a ocorrência da doença, foram: estresse, esforço físico e tabagismo. Embora 71,4% das pacientes tivessem referido ser hipertensas, a hipertensão arterial foi citada por apenas 2,0%, como possível causa do infarto.

As informações levantadas pelo estudo citado indicam a importância da elaboração de programas para orientação de mulheres usuárias do SUS portadoras de hipertensão arterial sistêmica, respeitando as limitações sócio-econômicas, culturais e biológicas da clientela atendida nas instituições de saúde. O conteúdo do programa deverá orientá-las para a presença de fatores de risco em suas vidas, uma vez que poucas correlacionaram suas histórias clínicas a seus estilos de vida em à ocorrência do infarto, com vistas à prevenção de novos problemas de saúde e a melhoria da qualidade de vida (DANTAS, 1999).

Castro, em 2000, observou que somente 19,23% da população estudada, faziam uso de medicamentos conforme a prescrição médica; 69,23% faziam uso irregular e 11,54% abandonaram o tratamento. Com relação às duas últimas variáveis, a maior parte dos investigados era do sexo feminino. A menor adesão das mulheres ao tratamento prescrito foi associada à sua familiaridade com sinais e sintomas das doenças por sempre terem tido o papel e a responsabilidade de cuidar de familiares, estando sujeitas a serem elas mesmas as responsáveis pela busca de atenção à sua própria saúde.

Há evidências da necessidade de adequação e atualização da integralidade como estratégia de organização da assistência à saúde das mulheres. Atualmente, o Brasil apresenta um quadro de saúde com problemas emergentes enfrentados pelas mulheres, ainda sem solução, como a AIDS, a violência, o câncer, a mortalidade e a morbidade, associados a complicações da gravidez, parto e puerpério e às doenças cardiovasculares que se articulam entre si. Associado a esse contexto, percebe-se o uso indiscriminado e sem

assistência médica da contracepção hormonal e a ocorrência de doenças cardiovasculares, da generalização progressiva das terapias de reposição hormonal e seu potencial aumento de risco para doenças crônico-degenerativas (LEÃO, 2002).

Por todas essas questões abordadas, impõem-se a investigação sobre a importância da família e da comunidade na assistência à HAS, tendo em vista a necessidade de ações intersetoriais nas quais a família e a comunidade – a última representada por grupos de apoio, associação de bairro e grupos religiosos - participem como parceiros na mudança de indicadores da saúde da mulher portadora de HAS.

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E O HIPERDIA.

A atenção primária é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas; fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo; fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, a atenção primária é definida como um conjunto de funções combinadas que são exclusivas desse nível de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

A tentativa de aproximar as equipes de saúde com a realidade da população contribui para o cenário atual no qual as equipes de saúde da atenção básica são contratadas em regime integral de trabalho, com profissionais que devem buscar a integralidade da atenção e do cuidado. Tais equipes são compostas por enfermeiro, dentista, médico de família, auxiliares e agentes comunitários da saúde. A atenção básica se apresenta com os seguintes principais atributos (ou dimensões essenciais) – acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional, o que permite a efetivação da noção mais ampla de atenção primária (BRASIL, 1999).

O Ministério da Saúde brasileiro definiu, em 1999, que a atenção básica no país deverá se constituir como ações, de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços. Devem

estar voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. Esta definição inclui alguns elementos do conceito de atenção primária elaborado por Barbara Starfield, 2002, tais como a porta de entrada e elenco de serviços, mas não considera outras dimensões essenciais, tais como coordenação, vínculo com o usuário, enfoque familiar e orientação comunitária. Entre as características inovadoras incluem-se a ênfase em reorganizar os serviços de atenção básica, centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção. Entretanto, as pesquisas e metodologias existentes para medir o alcance dessas mudanças ainda não se mostraram plenamente suficientes.

Na perspectiva mais ampla, adotada pelo Ministério da Saúde, e após intensa expansão das equipes de saúde da família no Brasil, o desafio está na qualificação da rede de atenção básica, acompanhada por um processo consistente de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2006).

De acordo com o IBGE, 2007, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano, com um custo aproximado de 475 milhões de reais, sendo que nestes números não estão inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade. Portanto, a identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as unidades básicas de saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos. O acompanhamento e o controle da hipertensão arterial e do Diabetes *Mellitus* no âmbito da atenção básica poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade devido a esses agravos (IBGE, 2007).

O Ministério da Saúde, com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada a essas doenças, assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e Sociedade Brasileira de Cardiologia, hipertensão, Nefrologia e Diabetes, Federações Nacionais de Portadores de hipertensão arterial e Diabetes, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores dessas patologias através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, muitas ações estão sendo desenvolvidas no país. Uma delas é a disponibilização para estados e municípios de um sistema informatizado que permite o cadastramento de portadores, o seu acompanhamento, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social.

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou Diabetes *Mellitus*, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes *Mellitus*, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. O Sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores, Sistema HiperDia, é uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS no enfrentamento destas doenças (BRASIL, 2004).

A atenção primária, através de sua orientação para a comunidade, divide a responsabilidade com a saúde pública para maximizar a extensão na qual os serviços de saúde podem superar as desvantagens sociais e seus efeitos adversos sobre a saúde. Apesar das unidades da ESF terem um maior valor no índice composto de enfoque familiar do que as UBS tradicionais, ambas têm valores baixos nesse indicador e a diferença no índice composto de ambos os tipos de unidades é estatisticamente significativa. Os resultados sugerem, entretanto, que os profissionais da ESF estabelecem uma melhor relação com os usuários; e estes informam que os médicos quase sempre conhecem as suas famílias e fariam com os familiares sobre as suas condições de saúde, se fosse necessário. Além disso, os profissionais da ESF mais freqüentemente investigam o grau de satisfação dos usuários e discutem fatores de risco social com eles. Em síntese, do ponto de vista dos usuários, os profissionais da ESF são mais orientados para a família do que os das UBS tradicionais (BRASIL, 2008).

As unidades da ESF têm melhor desempenho no índice composto para todos os indicadores desta dimensão, ou seja, são mais orientadas para a dimensão comunidade do que as UBS tradicionais. O índice composto de orientação para a comunidade é substancialmente maior para os primeiros e a diferença é estatisticamente significativa (ALMEIDA, 2006).

Para o manejo adequado do tratamento da hipertensão arterial há a necessidade de se conhecer hábitos, culturas e crenças dos indivíduos com hipertensão e também das pessoas de seu meio que estejam envolvidas no cuidado. Isto porque para a realização de seu próprio cuidado a pessoa com hipertensão, muitas vezes, também recorre a tratamentos originados do conhecimento popular, além do tratamento oferecido pelo sistema de saúde.

A família é parte importante do cuidado ao indivíduo com doença crônica pois, segundo Lopes (2008) a família pode ser considerada como um sistema de saúde para seus membros. Sistema este do qual faz parte um modelo explicativo de saúde doença, ou seja, um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações da família na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento da doença. Diante de uma doença crônica na família, esta se comporta de acordo com sua representação do que seja saúde e doença, evidenciando saberes diversos acerca da cura, que pode, inclusive, contrapor-se aos saberes médicos.

Paim (2003) aponta a necessidade de envolver instâncias fora do setor saúde, além de agendas públicas com diversos atores e participação de pessoas da família e comunidades para se alcançar mais saúde e uma melhor qualidade de vida. O autor considera o usuário dos serviços de saúde, inserido em um território, entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso, educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade.

Nesse contexto, a família é importante tanto para facilitar o tratamento, como para ajudar na mudança de hábitos. Assim, a família pode ser considerada como um componente do sistema de apoio para o indivíduo com hipertensão. Representa um agente ativo no processo de cuidado, um sujeito do seu próprio viver e que pode interferir positivamente no controle dos níveis

pressóricos do familiar com hipertensão. Por esse motivo, a família não deve ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde, mas assumir também, parte da responsabilidade pela saúde de seus membros e, por isso, ela deve ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser relevada e sua participação incentivada em todo o processo profissional da atenção à saúde (LOPES, 2008).

Segundo Lessa (2006), o controle da HAS se faz com a participação ativa do hipertenso e co-participação da família, dos profissionais da saúde e do correto desempenho dos programas de saúde. Nos programas de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), a base para o início do tratamento pode ser uma única medida de pressão arterial, obtida numa única consulta, além da seleção da droga a ser usado não diferenciar os hipertensos pelas suas particularidades, ou seja, usa-se a droga existente no serviço.

2.3 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA

Modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde podem ser definidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM, 2003).

Durante a 11^a Conferência Nacional de Saúde foram discutidos os limites dos modelos de atenção em saúde vigentes no Brasil e relatadas algumas experiências na busca da concretização dos princípios e diretrizes do SUS, com destaque para as seguintes propostas alternativas: ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância da saúde, cidades saudáveis e promoção da saúde (TEIXEIRA, 2002).

A intervenção mais ampla realizada no Brasil visando modificar o modelo de atenção hegemônico talvez possa ser creditada a reorganização da atenção básica, particularmente por meio do PSF, vinculado à vigilância da saúde (MENDES, 1996; CAMPOS, 2003). Assim, de acordo com Paim (2003) o PSF progressivamente tem-se articulado com a vigilância da saúde e com o acolhimento, dispondo, ainda, de uma grande potencialidade de ajudar na

construção da viabilidade de ações programáticas, da promoção da saúde e das cidades saudáveis.

A família é uma instituição que vem sendo discutida durante décadas no setor saúde, tanto no cenário dos serviços como nas universidades. No contexto mundial essa discussão intensificou-se na década de 1960, e, no Brasil, em 1990, ela teve seu aprofundamento com o PSF, junto às discussões no contexto das novas políticas públicas que resultou no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo depois da divulgação do sucesso do modelo de saúde cubano, que é alicerçado no modelo de atenção primária à saúde com ênfase no médico da família. Em termos práticos, essas discussões deram impulso à implementação, inicialmente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, do Programa de Saúde da Família (PSF) (VASCONCELOS, 1999).

A Estratégia Saúde da Família incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe (BRASIL, 2001).

Para a ESF, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada em seu contexto socioeconômico e cultural, e reconhecida como sujeito social portadora de autonomia. Desse modo, reconhece-se que é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas. Em suma, o programa prevê que o profissional tenha a compreensão sobre aspectos relacionados à dinâmica familiar, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas (RODRIGUES *et al*, 2008).

No caso da vigilância à saúde, sua proposta original apóia-se na ação intersetorial e procura reorganizar as práticas de saúde no âmbito local com as seguintes características: a) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) utilização do conceito epidemiológico de risco; d) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) atuação intersetorial; f) ações sobre o território; g) intervenção sob a forma de

operações. Para sua operacionalização tem-se recorrido aos seguintes passos: microlocalização dos problemas de saúde; intervenção no âmbito populacional, pautada no saber epidemiológico; apropriação de informações acerca do território-processo, mediante oficinas de territorialização; e utilização da geografia crítica e do planejamento e programação local de saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2002). Tal processualidade expressa certas dimensões técnicas visando integralidade, intersetorialidade, efetividade e equidade, além de permitir um diálogo dessa proposta com alternativas de modelos de atenção e de organização de serviço.

A inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como um dos avanços, como contribuição da ESF para modificar o modelo biomédico tradicional de atenção à saúde. Seu enfoque ultrapassa o cuidado individualizado, centrado na doença. Assim, o novo modelo contextualiza a saúde, que mesmo produzida biologicamente, e considera outras dimensões como o espaço físico, social e o relacional, resgatando relações entre as múltiplas dimensões que envolvem a saúde.

Na saúde novos indicadores emergem entre eles o de avaliar a qualidade da assistência ou cuidado. Muito embora este termo seja freqüentemente empregado, vale ressaltar que os julgamentos sobre qualidade não se referem ao cuidado em si, mas sobre as pessoas na qual este cuidado é dispensado e diz respeito ao cenário ou sistema em que o cuidado é proposto (POLARO, 2001).

O primeiro passo a fazer quando se quer avaliar a qualidade é selecionar um indicador, e esta escolha pode se dar sobre o profissional ou pode basear-se no paciente (usuário) ou no sistema de saúde (DONABEDIAN, 1988). Quando o enfoque é direcionado ao indivíduo ganha importância às relações que se estabelecem entre provedores e usuários, bem como as características de ordem técnica referente ao cuidado em si (SILVA; FORMIGLI, 1994).

É uma realidade no cotidiano das equipes de Unidades de Atenção Básica e/ou Unidades de Saúde da Família desenvolver grupos temáticos em suas programações e grande parte das equipes que trabalham com as atividades de grupo considera que os hipertensos sejam assistidos em grupos,

fato que reforça o tratamento da hipertensão é algo natural, o que não é verídico.

Destaca-se o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em grupo, o que por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa um indivíduo, além de maior aceitação na sociedade. Faz-se necessário uma maior reflexão das equipes de saúde de Unidades de Atenção Básica e/ou Unidades de Saúde da Família sobre o trabalho em grupo, para poder utilizá-lo de forma mais reflexiva e efetiva (BRASIL, 2006).

Assim faz-se necessário analisar os serviços prestados aos hipertensos em Unidades de Saúde da Família, pois a qualidade determinada através da satisfação do usuário baseia-se na opinião que este faz quanto a um serviço responder ou não às suas necessidades de cuidado, e torna-se uma das formas de se avaliar os resultados da assistência prestada.

A satisfação do usuário mesmo sendo difícil de serem aferidos, por se tratar de mensuração de opiniões, que podem ser influenciadas por diferentes situações, expectativas e antecedentes, ela pode contribuir para a melhoria da qualidade de um serviço. Muitas vezes, os conflitos e qualidades observados pelos usuários passam despercebidos aos funcionários e a outras pessoas com necessidades diversas das do usuário (OLIVEIRA, 1992).

Pesquisas baseadas na percepção dos usuários sobre as práticas de saúde passaram a ser feitas, a partir da satisfação do usuário e da aceitabilidade do cuidado pelo usuário se faz necessárias para estabelecer medidas concretas que visem minimizar os efeitos aos impactos da progressão acelerada do envelhecimento populacional. Principalmente para verificar se os Serviços de Saúde estão oferecendo ações de acordo com a necessidade demonstrada pelo Envelhecimento como é preconizado pela a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Ayres (2007), também corrobora com seu estudo da “Concepção Hermenêutica da Saúde”, em que enfatiza a valorização da perspectiva hermenêutica no modo de operar o cuidado, o que implica assumir que a objetividade, inerente a qualquer ação de saúde. Portadores de experiências e saberes diversos, cada qual com suas próprias sabedorias práticas e instrumentais, profissionais/serviços e usuários/populações constituem-se como sujeitos das ações de saúde, pela compreensão dos desafios práticos

que os põem uns diante dos outros. Assim como pela necessidade de responderem com autonomia e responsabilidade mútua, segundo as possibilidades configuradas no contexto deste encontro. Esta idéia pode ser visualizada na figura a seguir.

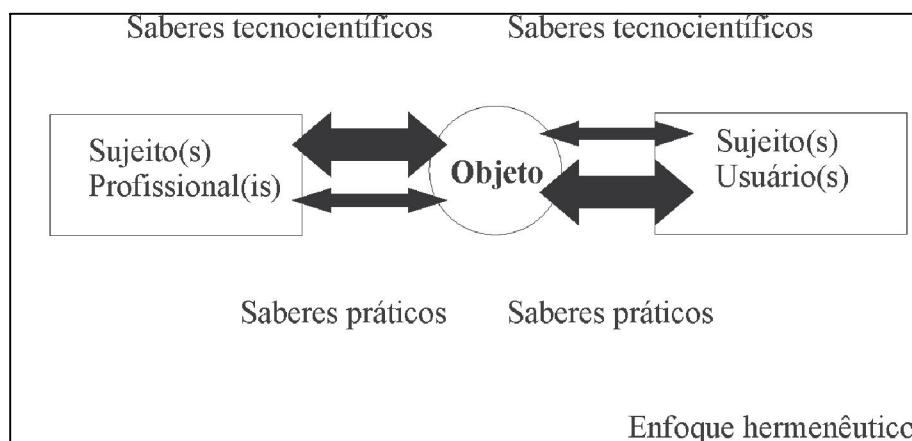


Figura 1: Práticas e instrumentais

Fonte: AYRES, 2007

A implementação de modelos de atenção epidemiologicamente orientados ou referenciados pela concepção contemporânea de promoção da saúde, a exemplo da oferta organizada das ações programáticas e da vigilância da saúde tem sua importância enfatizada pelo fato de contemplar os determinantes estruturais socioambientais, riscos e danos. Esses modelos são compatíveis com a ação intersetorial sobre o território e privilegiam a intervenção, sob a forma de operações, nos problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos. No caso da proposta referente às cidades saudáveis pode potencializar o PSF em face da sua compatibilidade com a vigilância da saúde (PAIM, 2003).

O tema qualidade de vida, nos últimos anos, tem sido tratado sob os mais distintos olhares, tanto na linguagem cotidiana como na academia. Na área da saúde o interesse por este tema é relativamente recente e decorre dos novos paradigmas que tem influenciado as políticas e práticas do setor nas últimas décadas (SEIDL; ZANNON, 2004), entendendo que a saúde e doença são partes da complexidade de processos multifatoriais relacionados às condições econômicas, e socioculturais, entre outros.

Sabe-se que as políticas públicas são formuladas segundo as demandas sociais que no contexto atual apontam para incremento das doenças crônicas, maior utilização de serviços de saúde e maiores taxas de internações hospitalares entre os idosos quando comparados com outras faixas etárias, levando o Sistema Único de Saúde a redefinir suas prioridades.

É importante qualificar os serviços de saúde para trabalhar com aspectos específicos à saúde de cada indivíduo e atuar como parceiro de suporte social dos mesmos, auxiliando na otimização do suporte familiar e comunitário, assim fortalecendo vínculos de co-responsabilidade.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de João Pessoa é ligada diretamente à Prefeitura de João Pessoa e tem por responsabilidade a gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal. A cidade de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, tem uma superfície geográfica de 210,45 km² para uma população na ordem de 674.762 habitantes, indicada no IBGE (2007).

Além das ações e serviços de saúde oferecidos ao município, a SMS de João Pessoa é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde de qualidade ao usuário do SUS.

A Diretoria de Atenção à Saúde da SMS de João Pessoa tem por objetivos a formação e o desenvolvimento da rede de cuidados progressivos em saúde no SUS municipal. Assim, esse setor é a principal responsável pela ligação entre o sistema de saúde e a população local, através de competências instituídas para atender demandas e necessidades do usuário-cidadão pessoense e demais regiões, de forma integral e humanizada.

No município de João Pessoa a atenção ao indivíduo hipertenso é de responsabilidade da Coordenação da Atenção Básica, juntamente com a Saúde Bucal; Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde da Criança e do Adolescente; Diabetes e Hipertensão; Tuberculose e Hanseníase.

A cidade de João Pessoa está demarcada territorialmente sob a forma de Distritos Sanitários (DS), com o objetivo de organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir à população acesso aos serviços básicos, como também aos especializados e à assistência hospitalar.

Através dos serviços ofertados, a Diretoria de Atenção à Saúde propõe constituir práticas de proximidade, vínculo, acolhimento, responsabilização e transparência com o usuário do SUS de João Pessoa, a partir de três espaços Fórum local, Equipes técnicas por Unidade de Atenção e de Apoio Central e Equipes de Ativação de Práticas.

O grau da satisfação ou insatisfação do usuário com um determinado serviço de saúde vai depender das relações interpessoais usuários/provedores, de aspectos da infra-estrutura material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos etc.), assim como, as representações do usuário sobre o processo saúde-doença (SILVA; FORMIGLI, 1994).

A constituição brasileira garante a participação de qualquer indivíduo no processo avaliativo das políticas, planos, programas e projetos a serem implantados e em implementação.

2.4 A ANÁLISE FATORIAL NO CAMPO DA SAÚDE

A Análise Fatorial tem se consolidado em várias áreas do conhecimento, em particular, na saúde, mostrando-se como uma ferramenta importante para a análise de diferentes ações de saúde. A sua grande utilidade diz respeito às análises de dados referentes a programas e políticas públicas sociais e de saúde para o planejamento de intervenções de âmbito social, em particular no campo da saúde. Visa dar consistência e fidedignidade aos dados adquiridos pelos programas que consolidam a política.

Segundo Figueiredo Filho e Silva Júnior (2010), a análise fatorial é uma ferramenta importante para mensurar fenômenos que não podem ser diretamente observados.

Em 1988, Blalock relatava que um dos principais desafios enfrentados pelos pesquisadores consistia em operacionalizar conceitos abstratos em variáveis empiricamente observáveis e este processo não é tão simples, pois um mesmo conceito pode ser operacionalizado de formas diferentes.

Um processo alternativo de mensuração de um conceito é identificar variáveis que “caminham juntas”, ou seja, variáveis que apresentam a mesma estrutura subjacente (TABACHINICK; FIDELL, 2007). Tecnicamente, isso pode ser implementado através da análise fatorial. A principal função das diferentes

técnicas de análise fatorial é reduzir uma grande quantidade de variáveis observadas a um número reduzido de fatores (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

Assim a análise fatorial é entendida como, uma modalidade de conhecimento que tem por função a elaboração de consistência e qualidade dos dados multivariados de uma determinada mensuração transformando em informação.

A análise fatorial transforma dados empíricos de pensar e explicar a realidade e assuntos sociais que interessam as pessoas, tendo como base dados estatísticos, em que os grupos da sociedade constroem constantemente. Elas são produzidas pelos grupos de indivíduos para poder comunicar-se e entender tudo aquilo que lhe é estranho e não familiar.

Logo, em se tratando de doenças crônicas, a avaliação do HiperDia e dos serviços oferecidos aos portadores de hipertensão arterial em serviços de saúde, é importante a análise de todos os fatores construídos nos seus grupos compartilhados, determinando comportamentos e práticas relevantes no âmbito da saúde.

A decisão de valorizar análise fatorial como um conhecimento a ser aplicado nas áreas da saúde baseia-se na afirmação de que essa valorização representa um avanço, significa efetuar um corte epistemológico que contribui para o enriquecimento e aprofundamento dos paradigmas das ciências.

É nesta perspectiva que se pode conhecer melhor a qualidade dos dados coletados para a avaliação do programa Hiperdia, uma vez que esta se encontra inscrita num contexto social ativo/dinâmico, envolvendo os serviços de saúde prestados aos hipertensos, o apoio da família e o estímulo a participação da comunidade através de medidas confiáveis e válidas que podem ser consistentes e fidedignas através da aplicação de uma ferramenta estatística multivariada.

CAPÍTULO III

PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, realizado na ESF do município de João Pessoa. Os dados foram obtidos a partir de um recorte do estudo intitulado “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” (PAES, 2008). A pesquisa foi aprovada pelo Edital: MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS No. 37/2008 – Avaliação de Tecnologias em Saúde, lançado pelo Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq para a temática “Doenças do aparelho circulatório” (Processo No. 576671/2008-8) com vigência de janeiro/2009 a junho/2010. Esta pesquisa, por sua vez, é baseada no instrumento validado por Almeida e Macinko, em 2006, que é uma adaptação de instrumentos componentes do *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, como EUA e Canadá, desenvolvidos na Universidade de Johns Hopkins (STARFIELD, 2000; 1998).

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Como se trata de um recorte de uma pesquisa mais ampla em andamento, a população alvo do estudo foi composta por mulheres, acima de 20 anos de idade, portadoras de hipertensão arterial sistêmica, com capacidade mental preservadas, moradoras no município de João Pessoa e que aceitaram participar do estudo. A população de estudo foi constituída por mulheres que utilizam os serviços de saúde, onde está implantada a Estratégia Saúde da Família e cadastradas no Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes, chamado HIPERDIA, nos anos de 2006 e 2007. Os dados são referentes ao acompanhamento realizado pelas Unidades de Saúde da Família no ano 2008. As entrevistas ocorreram no período de abril a dezembro de 2009.

Desse modo, a pesquisa atendeu as recomendações previstas na Resolução 196/1996, do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

3.3 PERFIL DO MUNICÍPIO ESTUDADO

O Município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, tem uma área geográfica de 210,80 km². Possui um clima quente e úmido. Sua altitude situa-se entre 37 a 74m acima do nível do mar. A sua população é de 723.514 habitantes (IBGE, 2010), com 45,7% da população concentrada na faixa etária de 15 a 39 anos, sendo uma população predominantemente de jovens-adultos, portanto, em plena fase produtiva da vida.

O Município é constituído por 65 bairros, registrando-se que 11% da população reside no bairro de Mangabeira (bairro mais populoso, com mais de 67 mil habitantes). Existem em João Pessoa 99 comunidades vivendo em favelas. A população desta cidade é considerada totalmente urbana. A renda mensal de 21% dos domicílios situa-se em um salário mínimo.

O setor terciário do Município responde pela maior participação na formação da renda da população, seguido pelo setor secundário. O setor agropecuário é inexpressivo, devido à inexistência de área rural. O setor de serviços contribui com 62,73% do ICMS, o secundário com 37,26% e o setor primário com menos de 0,0001% (IBGE, 2004).

A população economicamente ativa – PEA representa 52,3% da população total. Os setores da indústria de transformação e da construção civil empregam 3,41%, enquanto os setores de comércio e serviços respondem por 62,8%. Os desempregados representam 22,52% da PEA, 1998.

O Município de João Pessoa tem cobertura de Saúde da Família de 89,2%, o que representa o acompanhamento de 626.728 pessoas. A saúde é descentralizada e organizada em 5 Distritos Sanitários (Figura 2) composto por 180 Unidades de Saúde da Família, 05 unidades básicas de saúde com 43.953 pacientes hipertensos cadastrados no Sistema de Atenção Básica (SIAB) até 2006. João Pessoa apresentava-se homogênea quanto à organização distrital. O objetivo dessa divisão é organizar a rede de cuidado progressivo de saúde.

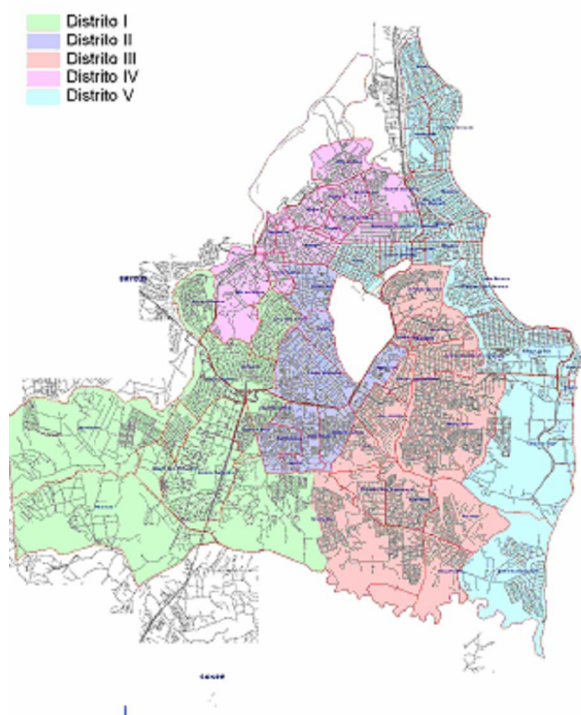


Figura 2– Divisão do Município de João Pessoa em Distritos Sanitários

Fonte: SEPLAN / PMJP

A rede de atenção municipal de saúde está estruturada da seguinte maneira: a atenção básica, especializada e a de atenção hospitalar. A rede de atenção básica é formada por 180 Equipes de Saúde da Família. A rede especializada está composta por três Centros de Atenção Integral a Saúde Especializada (CAIS de Mangabeira, Cruz das Armas e Jaguaribe), um Centro de Referência para o Idoso, quatro Unidades Básicas de Saúde (U. B. de Mandacaru; U. S. das Praias, UBS Maria Luíza Targino e UBS Homero Leal), um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS (Torre), um CAPS II (Valentina), um CAPSi e um CAPS III (Gutemberg Botelho).

A rede hospitalar é composta predominantemente por hospitais públicos, dos quais quatro são do Município, sendo um hospital geral (Hospital Santa Isabel), Hospital Valentina Figueiredo e uma maternidade (Instituto Cândida Vargas). Há ainda cinco que pertencem à rede estadual (Hospital de Emergência e Trauma, Hospital Infantil Arlinda Marques, Maternidade Frei Damião, Sanatório Clifford e Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira); um Hospital

Universitário; quatro hospitais filantrópicos (Hospital Padre Zé, Hospital Napoleão Laureano, Hospital São Vicente de Paula e Hospital João Soares). Há, por fim, a complementação da rede privada (Hospital Santa Paula, Prontocor, Pulmocárdio, Hospital Rodrigues de Aguiar, Hospital São Luís e Dom Rodrigo).

Na Figura 3, consta o mapa da distribuição da cobertura da ESF, do ano de 2005, por bairro, no Município de João Pessoa. A análise da cobertura da Estratégia Saúde da Família, tomando-se por base os bairros, é importante para a identificação das áreas do Município onde não existe acesso às ações e serviços do Saúde da Família. Essa estratégia possibilita a redefinição dos territórios das equipes de saúde da família e a ampliação do acesso da população a essa forma de atenção. Observa-se também que as regiões Norte e Sudoeste devem ser priorizada para a ampliação desta estratégia no intuito de universalizar a assistência contemplando todos os territórios do município.

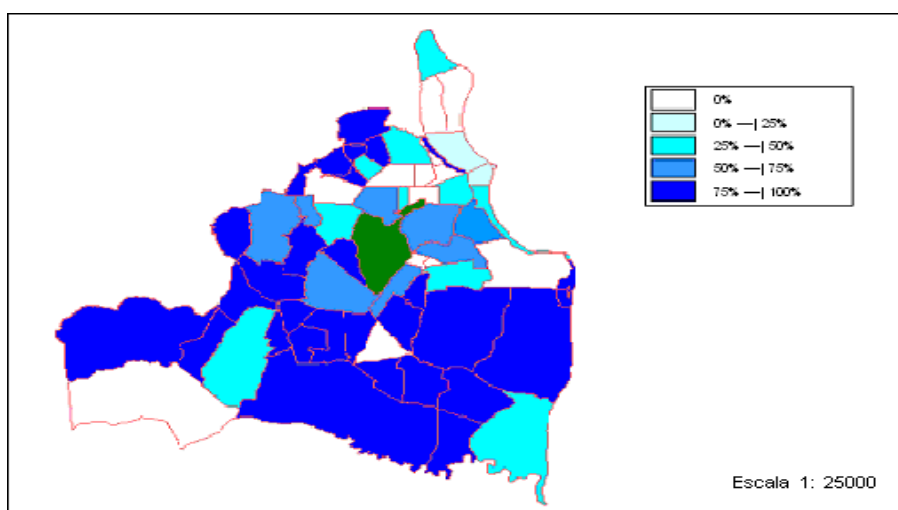


Figura 3: Mapa da distribuição da cobertura das ESF, no ano de 2005, por bairros. Município de João Pessoa.

Fonte: SIAB, 2008.

Na Estratégia Saúde da Família se processa a assistência aos pacientes que apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica e no Quadro 1 resume-se as características da rede de assistência da atenção básica por Distrito Sanitário, associado a porcentagem de pacientes hipertensos acompanhados no programa HiperDia em cada região. Nota-se a maior cobertura da ESF nos DS

2 e 3 que não coincide com a cobertura de Hipertensos Cadastrados no programa por Distrito Sanitário.

	DS 1	DS 2	DS 3	DS 4	DS 5
Localização	Sudoeste	Noroeste	Sudeste	Nordeste	Litoral
Equipes	48	37	53	26	18
Bairros	14	4	13	12	20
CAIS	1	1	1	0	0
Farmácia Popular	2	1	0	1	0
População	142.936	128.830	169.000	136.000	118.136
Hipertensos cadastrados	94,5%	83,7%	80,2%	88,9%	80,2%
Cobertura da ESF	86%	92,8%	90,5%	58,1%	28,2%
CAPS	0	1	0	1	1

Quadro 1: Características Específicas por Distrito Sanitário de João Pessoa, Fonte: SIAB, 2008

Nos últimos dez anos, dentre os óbitos por causa determinada, observou-se que as doenças cardiovasculares foram responsáveis pela maior concentração de óbitos, apresentando tendência de aumento anual. Em seguida, os óbitos por causas externas apareceram como a segunda causa de mortes mais freqüentes. O maior registro nesse grupo é a doença cerebrovascular, seguida do infarto agudo do miocárdio (SIAB, 2008).

Geralmente, tais agravos são decorrentes da não adoção de um estilo de vida saudável, como a prática do tabagismo, alimentação inadequada, estresse e falta de atividade física.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

3.4.1 Amostra-piloto

Inicialmente foi feita uma amostra-piloto a partir de uma seleção aleatória em uma unidade de saúde de cada um dos cinco distritos sanitários de João Pessoa. Para cada unidade, o HIPERDIA de todos os hipertensos cadastrados em 2006 e todos os hipertensos examinados em 2007. Um conjunto de informações foi obtido, como: número de consultas na unidade, registro de Pressão Arterial em cada consulta, fatores de risco, antecedentes familiares, grau de instrução e renda familiar. Tais informações foram

transferidas para um formulário padrão. As questões deste formulário foram agregadas a outras, para constituir o formulário da pesquisa (APÊNDICE B).

3.4.2 Delineamento da Amostra da Pesquisa

Os critérios de escolha do cenário de estudo basearam-se em possuir área geograficamente delimitada com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que desenvolveram ações de controle para HAS, programa HIPERDIA, implementado no sistema de saúde, tradição histórica de organização de serviços de Atenção Básica.

Conforme especificado na seção anterior a base de dados do SIAB (2008), o município de João Pessoa está estruturado em 5 Distritos Sanitários, distribuídos em 180 unidades de saúde (uma equipe por unidade), com um total de cerca de 43.953 hipertensos cadastrados no Sistema do SIAB.

No processo de organização da pesquisa foi realizada uma amostragem por conglomerado (em dois estágios sucessivos) com probabilidade proporcional ao tamanho. O primeiro estágio consistiu em uma seleção autoponderada de forma sistemática a partir de uma listagem fornecida pelo SIAB, resultando em 36 conglomerados (equipes de Saúde da Família) de um total de 180 conglomerados.

No segundo estágio foi realizada a seleção de hipertensos de modo aleatório, e de igual número de usuários em cada conglomerado sorteado. O tamanho da amostra total (n) para a seleção de usuários foi tomada com base no processo de amostragem casual simples, considerando o parâmetro de sucesso $p = 0,11$ (obtido a partir do número total de hipertensos cadastrados, dividido pelo número total de indivíduos que fez uso dos serviços da Estratégia Saúde da Família cadastrados até 2008), nível de confiança de 95%, obtendo um $z_{\alpha/2}$ pela normal padrão com valor de 1,96, e margem de erro amostral máximo $\varepsilon = 0,035$ (ou 3,5%), com base na população de usuários cadastrados no ano de 2008, $N = 43.953$ usuários.

A teoria da amostragem foi empregada pela necessidade de se dispor de um método indutivo por meio do qual, pudessem ser feitas inferências sobre a composição e a dinâmica da população através de uma fração pequena de

membros dessa população. Muitas das aplicações práticas da amostragem requerem a elaboração de desenhos especialmente adaptados ao estudo demográfico da população humana. Entre tais aplicações práticas há as amostragens de populações finitas e de populações infinitas. As que se adéquam a este estudo são as aplicações de amostragem de populações finitas, nas quais são desenvolvidas com o propósito de aplicar rigorosamente a teoria da probabilidade à amostragem de populações humanas. As amostragens de populações infinitas se adéquam ao estudo, por exemplo, dos experimentos e ensaios clínicos das ciências naturais ou dos jogos de azar (PAGANO, 2004; PAES, 2009).

Obteve-se, assim, uma amostra de 327 hipertensos para João Pessoa. Foram acrescentados na amostra 33 indivíduos, por questão de ajuste na divisão das equipes selecionadas. Ficando, portanto, 10 hipertensos por equipe ou unidade de seleção aleatória com identificação dos nomes e endereços de cada um deles na pesquisa, totalizando 360 hipertensos.

Observou-se que existe grande variação de hipertensos acompanhados e não acompanhados em cada equipe, fato que foi considerado para se tomar como critério os valores proporcionais encontrados para cada equipe no primeiro estágio.

É preciso esclarecer que, para este estudo, esta amostra foi reduzida para o total de mulheres cujo montante final foi representado por 253 mulheres (70% do total) na finalização do trabalho de campo.

3.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os instrumentos para coleta de dados compreendem:

a) Questionário predefinido

O formulário utilizado para coleta de dados contendo perguntas abordando tópicos referentes: às informações gerais (pressão arterial e dados antropométricos), número de consultas na unidade de saúde da família, informações sócio-demográficas, renda, fatores de risco e doenças concomitantes (ANEXO B).

Fizeram parte desta pesquisa duas dimensões deste questionário, que foi aplicado a 343 hipertensos selecionados de maneira aleatória e representativa da ESF do município de João Pessoa, no período de novembro de 2009 a março de 2010, em 36 unidades de saúde da família, localizadas em cinco distritos sanitários diferentes, conforme demarcado territorialmente pela gestão municipal.

b) Cadastro Nacional de Hipertensão e Diabetes – HIPERDIA

c) Prontuário Médico dos Pacientes selecionados na amostragem

3.6 ETAPAS DA COLETA

- Solicitação ao coordenador do HIPERDIA do município, ou equipe de saúde da USF da lista dos usuários hipertensos em cada unidade contendo nomes e endereços.
- Observação das fichas do HIPERDIA para verificação dos usuários cadastrados no período de 2006 e 2007.
- Prontuários dos participantes para analisar o número de consultas no período de 2008. Com três ou mais consultas com registro de PA o usuário foi considerado acompanhado, menor valor, não acompanhado.
- Sorteio dos participantes da amostra.
- Preenchimento dos dados secundários no formulário.
- Pactuação com o usuário e a equipe de saúde da USF uma visita à unidade ou domicílio para a execução dos procedimentos já detalhado.
- Apresentação para o usuário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e solicitação da assinatura.

3.7 PLANO DE ANÁLISE

3.7.1. Qualificação do Banco de Dados

Após a aplicação do questionário, montagem e consolidação do banco de dados, fez-se necessário a revisão e qualificação da informação adquirida. A primeira etapa foi a realização da limpeza do banco de dados e a quantificação de dados perdidos (*missing dates*). As análises exploratórias das dimensões permitiram aperfeiçoar o instrumento, a fim de qualificá-lo para

avaliar a importância da família e da comunidade no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica das mulheres hipertensas na atenção primária.

Após a coleta e tabulação, procedeu-se à checagem dos dados, com a avaliação visual da planilha para a verificação de erros de digitação ou possíveis anomalias. Logo após, realizou-se a análise sistemática dos dados perdidos.

a) Imputação de Dados

Após a análise do banco de dados, observou-se que algumas questões apresentaram um percentual considerável de dados faltantes, “não sabe/não respondeu”. O manuseio apropriado dos valores em falta é importante em todas as análises críticas, no processo de qualificação do banco de dados. Fez-se necessário preencher dados faltantes, através da imputação simples, com valores plausíveis e, então, aplicar métodos tradicionais de análise de dados completos para fazer inferências válidas e eficientes (NUNES,2007).

Para identificar as questões que necessitavam ser imputadas utilizou-se o critério definido por Harrell (2001), que recomenda o percentual entre 5% e 15% de não resposta podendo ser usado o critério de imputação simples.

O método utilizado foi o “Hot deck”, ou seja, um item não preenchido foi imputado da seguinte maneira: criou-se uma matriz de “doadores”, a partir dos itens preenchidos e de outras variáveis auxiliares, sexo, faixa etária, instrução e acompanhamento ou não acompanhamento no Programa HIPERDIA, criando uma matriz de padrões de respostas. Verificaram-se quais indivíduos respondentes tinham o mesmo padrão do não respondente em relação a estas variáveis.

b) Consistência e Fidedignidades dos Dados

Para fazer parte da qualificação dos dados coletados fez-se necessário utilizar como instrumento a Análise Multivariada que é uma ferramenta da estatística que processa as informações de modo a simplificar a estrutura dos dados e a sintetizar as informações quando o número de variáveis envolvidas é muito grande, facilitando o entendimento do relacionamento existente entre as variáveis do processo (HAIR, 2005). Neste caso, simplificando e sintetizando os itens que compõem as dimensões “Enfoque na Família” e “Orientação para a Comunidade”.

Foi dada continuidade ao processo de qualificação da informação, com a realização das seguintes etapas: Análise de Correlação, Análise de Consistência dos itens pela construção do alfa de *Cronbach*, Análise Fatorial Exploratória, seguida da Análise Fatorial Confirmatória.

A Análise de Correlação foi realizada a partir da análise de consistência interna e aplicável a escalas que utilizam múltiplas variáveis. Neste caso, o que se deseja é verificar a acurácia do conjunto de itens. A Consistência Interna relaciona-se, portanto, a homogeneidade dos itens dentro de uma dada escala. Assim, a partir de um conjunto de itens dispostos para verificação, precisa-se desenvolver um critério lógico de verificação, que assegure condições adequadas de consistência. Considerando esta realidade, e lembrando que a dimensão, por definição, quando varia provoca variações concomitantes em seus itens, deve-se ter, portanto, a variação conjunta dos itens em caso de variação na dimensão. Tomando este entendimento, é fácil perceber que a correlação entre os itens seja uma boa indicação de consistência interna, na medida em que reflete a variação quantitativa dos itens.

Nestes termos, dado um conjunto de variáveis $X_1, X_2, X_3, \dots, X_k$, entende-se que estas possuem consistência interna se variarem conjuntamente, ou seja, se os conjuntos de pares tiverem elevada correlação entre si. Se proceder a verificação com apenas duas variáveis, é possível indicar a correlação destas duas como uma medida de confiabilidade. Naturalmente, quanto mais elevada a correlação maior a variação conjunta, e, portanto, maior a confiabilidade da escala, pois mais segura seria a influência da dimensão estudada.

Todas as variáveis trabalhadas são contínuas; o método de extração dos fatores é por componentes principais e a rotação deles é feita pelo método ortogonal de *Varimax* (o objetivo deste método é facilitar a leitura dos fatores, pois a rotação deixa pesos fatoriais altos em um fator e baixos em outros, definindo mais claramente os grupos de variáveis que fazem parte de um fator estudado). Tendo em vista facilitar a verificação da adequabilidade da base de dados. Neste estudo não foi necessário fazer a rotação, porque os itens foram agrupados em apenas um único fator.

Em relação ao nível de mensuração, a literatura mais conservadora recomenda apenas a utilização de variáveis contínuas ou discretas. Hair et al

(2006) aconselham evitar a inclusão de variáveis categóricas. De toda forma, é importante que os procedimentos sejam devidamente reportados e as estatísticas sejam adequadamente registradas para que seja possível analisar criticamente o nível de confiabilidade dos resultados encontrados. Além dos critérios técnicos é necessário considerar teoricamente como os fatores se relacionam com as variáveis observadas.

Em relação ao número de casos, quanto maior, melhor. Hair et al (2006) sugerem que a amostra deve ser superior a 50 observações, sendo aconselhável no mínimo 100 casos para assegurar resultados mais robustos. A razão entre o número de casos e a quantidade de variáveis deve exceder cinco para um ou mais.

No que concerne ao padrão de correlação entre as variáveis, a matriz de correlações deve exibir a maior parte dos coeficientes com valor acima de 0,30. A medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) varia entre 0 e 1. Quanto mais perto de 1, tanto melhor. Friel (2009) sugere a seguinte escala para interpretar o valor da estatística KMO: entre 0,90 e 1 excelente; entre 0,80 e 0,89 bom; entre 0,70 e 0,79 mediano; entre 0,60 e 0,69 medíocre; entre 0,50 e 0,59 ruim e entre 0 e 0,49 inadequado. Já Hair et al (2006) sugerem 0,50 como patamar aceitável. Por fim, a estatística *Bartlett Test of Sphericity* (BTS) deve ser estatisticamente significativa ($p < 0,05$). O Quadro 2 sintetiza estas informações.

Nível de mensuração	Variáveis contínuas e discretas
Amostra	Amostras mínimas entre 50 e 100 casos; razão entre o número de observações e a quantidade de variáveis igual ou superior a cinco
Correlação	Maior parte dos coeficientes de correlação deve apresentar valores acima de 0,30
KMO	Quanto maior melhor, tendo 0,50 como o patamar mínimo de adequabilidade
BTS	$p < 0,05$

Quadro 2: Primeira etapa da Análise Fatorial dos itens.

Fonte: Hair et al, 2006

A prova estatística alfa de *Cronbach* foi usada para avaliar a validade de cada pergunta na criação de cada dimensão (ou escala) da avaliação do programa HiperDia. Alfa de *Cronbach* é a proporção da variação total de uma escala que pode ser atribuída a uma dimensão comum difícil de ser observada ou calculada diretamente. Sendo assim, esse coeficiente é usado para medir a precisão que um grupo de itens possui para prever o efeito “latente” desta dimensão, isto é, que não pode ser diretamente observado. Quanto maior o valor, melhor a interação dos itens para medir essa dimensão, valores de referência no Quadro 3 (HAIR, 2009).

Valor	Interpretação
Até 0,59	Confiabilidade não aceitável
Entre 0,60 e 0,69	Confiabilidade regular
Entre 0,70 e 0,79	Confiabilidade boa
Entre 0,80 e 0,89	Confiabilidade ótima
Acima de 0,9	Confiabilidade excelente

Quadro 3: Valores de referência do *alfa de Cronbach*

Fonte: Hair, 2009

A técnica de análise de fatores é usada de maneira semelhante à do alfa de *Cronbach*, isto é, determina se um grupo de indicadores (como, por exemplo, dez diferentes indicadores da dimensão “Enfoque na Família”) pode ser agrupado e reduzido a uma dimensão só, que não foi diretamente observada. A técnica foi usada aqui para determinar se os indicadores que, teoricamente, deviam fazer parte da mesma dimensão são de fato redutíveis àquela dimensão. A Análise Confirmatória foi utilizada também para assegurar a validade das respostas (DEVELLIS, 2003).

Os procedimentos de Análise Fatorial Exploratória são apenas indicações de uma estrutura fatorial, mas não asseguram que apenas uma dimensão seja subjacente a um conjunto de variáveis. Tal condição somente é assegurada por meios da técnica de “Análise Fatorial Confirmatória”, método que passou a ser mais amplamente usado a partir dos anos de 1980, com o avanço teórico e a disponibilidade de softwares para realizarem as complicadas operações associadas à técnica, havendo também a contribuição da

popularização da técnica complementar de ‘modelagem de equações estruturais’. (MINGOTI, 2005)

A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) é utilizada para testar hipóteses. Nesse caso, testa-se em que medida determinadas variáveis são representativas das dimensões “Enfoque na Família” e “Orientação para a Comunidade”.

3.7.2. Levantamento e Correlação de Dados

Inicialmente, houve a necessidade de consolidar os dados referentes aos indicadores sócio-demográficos – nível de instrução, etnia, faixa etária – e aos indicadores referentes ao número de consulta e ao convívio com parceiro no tocante a todas as mulheres entrevistadas. Em seguida, distribuiu-se o grupo de mulheres por Distrito Sanitário dentro o perfil acima citado com o objetivo de mensurar a correlação existente entre os indicadores sócio-demográficos e o agrupamento geográfico.

Esta correlação foi mensurada através do Teste de Kruskal Wallis (CAMPOS,1979). Este teste foi utilizado para verificar a existência de relação entre as variáveis sendo também utilizado como medida de associação. Este Teste foi utilizado para testar somente se há associação entre as variáveis, não expressando a intensidade e nem o sentido dessa associação.

Para a construção do banco de dados foram utilizados os softwares Microsoft Office Access® (2007), Microsoft Office Excel® (2007) e as análises estatísticas no IBM PASW Statistics 18.0 (2010), e no IBM AMOS 18.0.

3.7.3. Processo de avaliação

A primeira etapa consistiu em consolidar as informações obtidas das duas dimensões abordadas:

a) Na abordagem da dimensão família, proposta por Starfield (2000), considerou-se o indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde enfatizou-se o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados. As perguntas encontram-se no Quadro 4.

b) A abordagem da dimensão comunidade, proposta por Starfield (2000), implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração. As perguntas encontram-se no Quadro 4.

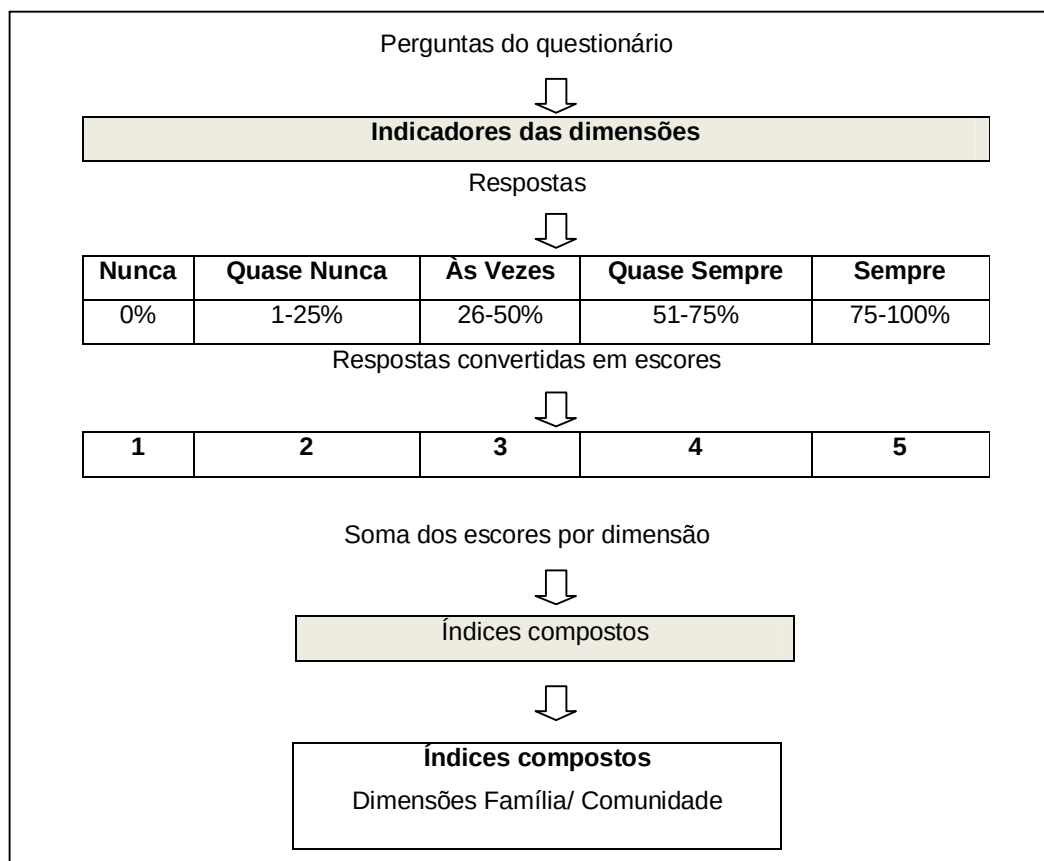
Dimensão	Questões
<i>Família</i>	<i>Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?;</i>
	<i>Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a HAS, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?;</i>
	<i>Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?</i>
<i>Comunidade</i>	<i>Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância da sua participação e da sua família em instituições da comunidade (igrejas, associação de bairro, etc.) como apoio para resolver seus problemas de saúde?</i>
	<i>Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HAS com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?</i>
	<i>Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento?</i>

Quadro 4: Questões do item M e N do questionário(ANEXO B) aplicado na pesquisa.

Para cada entrevistado (usuário) foram explicadas as diferentes opções para responder. Os entrevistadores explicaram para os entrevistados que cada resposta tinha um significado numérico de acordo com a Escala de Likert (nunca = 1; quase nunca = 2; às vezes = 3; quase sempre = 4; sempre = 5 e não se aplica 0), que também correspondia ao número de vezes que o evento perguntado aconteceu, numa semana típica.

Os escores dos indicadores foram somados para construir um Índice Composto para cada dimensão abordada. Todos os escores das perguntas sobre a dimensão “Enfoque na Família” foram somados e a média dessa soma

representou o Índice Composto do “Enfoque na Família”. Assim, sucessivamente, tal procedimento foi aplicado para a dimensão “Orientação para a Comunidade”. Esse processo permitiu a construção de dois índices compostos, ou seja, um índice composto para a dimensão “Enfoque na Família” e outro para a dimensão “Orientação para a Comunidade”.



Quadro 5: Desenvolvimento dos índices compostos baseados na Escala de Likert.

3.7.4 Estudos Comparativos

Construiu-se, assim, uma tabela onde os índices compostos foram mostrados em relação aos Distritos Sanitários selecionados por obter maiores e menores desempenhos, considerando os índices encontrados.

A análise dos índices classificados por Distritos Sanitários foi executada por métodos estatísticos não paramétricos, após confirmação da não normalidade dos dados através do teste de Shapiro-Wills. A análise estatística

se baseou na utilização, inicialmente, de Kruskal-Wallis para determinar se existiu evidência estatística com 5% de significância de que havia diferença nos índices compostos entre Distritos Sanitários. Em seguida foi realizado o teste de comparações múltiplas ou Post-hoc de Dunnett para identificar, entre os Distritos Sanitários, quais as diferenças significantes entre eles (TRIOLA, 2005).

3.8 PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

Os resultados obtidos contribuíram para a avaliação da Estratégia Saúde da Família e podem subsidiar os gestores na elaboração de políticas públicas, configurando uma ferramenta para o processo de tomada de decisão na qualificação da assistência à saúde das mulheres portadoras de HAS.

Foram identificadas as regiões prioritárias para a intervenção na melhoria do envolvimento da família e da comunidade para colaborar no controle da HAS.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa para devida análise recebendo parecer favorável à sua execução com protocolo No. 576671/2008-8, estando de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO A).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. CONSISTÊNCIA E FIDEDIGNIDADE DA INFORMAÇÃO

A primeira etapa da pesquisa consistiu na análise do questionário para qualificação da informação. Após a coleta e tabulação, procedeu-se à checagem dos dados com a avaliação visual da planilha para verificação de erros de digitação ou possíveis anomalias, realizando-se a análise sistemática dos dados perdidos (*missing values*). Em seguida procedeu-se à extração das medidas descritivas de tendência central e variabilidade das dimensões estudadas.

Ao analisar os dados obtidos identificou-se um item que precisava ser analisadas a partir da análise exploratória inicial e que atendia os critérios para a utilização da imputação única que recomenda o percentual entre 5% e 15% de não resposta. Na análise descritiva da dimensão referente “Orientação para a Comunidade” pode-se constatar que dentre os participantes, apenas 7,6% não responderam a questão. Mostrando também uma proporção de 10% de usuários que não tinham como responder a questão, considerados classificados como “não se aplica”. Esta não considerada *missing values*.

A análise de confiabilidade foi realizada através do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach*, que é utilizado para as escalas de múltiplos itens de construtos refletivos. Valores de alfa abaixo de 0,6 para uma mesma dimensão são indicativos de dificuldade dos itens para mensurar a dimensão, recomendando-se avaliar a possibilidade de exclusão de algum item. O coeficiente alfa de *Cronbach* revelou uma alta confiabilidade da escala, apresentando o valor de 0,8 para as duas dimensões consideradas (HAIR, 2009).

Ao prosseguir o processo de qualificação dos dados fez-se necessário realizar a análise fatorial exploratória para a verificação da unidimensionalidade (agrupamento de variáveis significativamente correlacionadas em um mesmo fator, este com menor perda de informação da variabilidade dessas variáveis em questão) nas duas dimensões, que consistiu em um procedimento de combinação das variáveis originais em um único fator em cada dimensão estudada.

A medida de KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure*) resultou no valor acima de 0,7 para as duas dimensões (0,83 e 0,71), mostrando boa adequação da amostra e, o teste de esfericidade de *Bartlett* rejeitou a hipótese de nulidade de que a matriz de correlações entre as variáveis originais é a matriz identidade, resultando significância $p = 0,000 < 0,05$ em cada uma das dimensões.

Segundo recomendação de Hair (2009), a análise fatorial confirmatória foi usada para fornecer um teste confirmatório da teoria de mensuração e, permitiu confirmar a teoria pré-concebida: que as questões analisadas estavam significativamente relacionadas às dimensões: “Enfoque na Família” e “Orientação para a Comunidade”. As questões foram analisadas para cada dimensão isoladamente e também, conjuntamente, enfatizando a potencial correlação entre elas, visto na Figura 4.

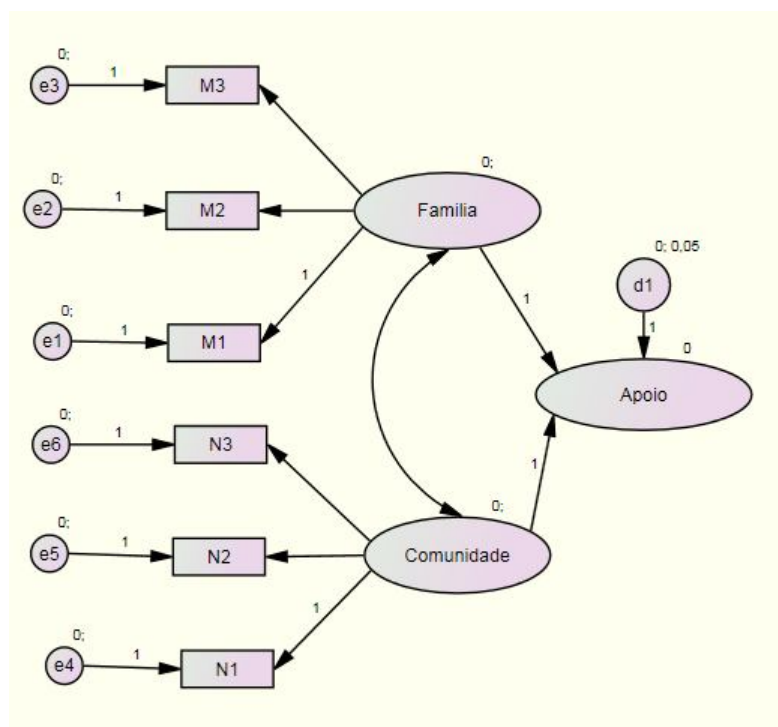


FIGURA 4: Análise Fatorial Confirmatória

Assim, as dimensões apresentaram seis itens capazes de medir de maneira fidedigna o que se propôs, ou seja, a importância da família e da

comunidade para o controle da HAS das usuárias do programa HIPERDIA, nas ESF dos Distritos Sanitários no município de João Pessoa.

4.2 PERFIL GERAL DOS HIPERTENSOS

Houve um predomínio do sexo feminino em todos os Distritos Sanitários do município. A faixa etária predominante foi de pessoas acima dos 60 anos, com exceção da região referente ao Distrito Sanitário 2. Ao se abordar a etnia, percebeu-se que 67% dos portadores de HAS eram classificados como não brancos. Em relação ao grau de instrução da população assistida, o Distrito Sanitário 4 apresentou o maior porcentagem de analfabetos, cerca de 49,5 %, enquanto que a média geral para os demais Distritos Sanitários se apresentou em 27,4%.

O estudo evidenciou a presença do companheiro(a) podendo influenciar no tratamento da HAS. Os Distritos Sanitários 4 e 5 mostraram um menor predomínio de hipertensos que moram com companheiro, enquanto que os demais mantiveram cerca de 80% da população estudada vivendo com cônjuge.

4.3 PERFIL DE MULHERES PORTADORAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Na análise do perfil geral das mulheres hipertensas cadastrados nas unidades, observou-se um predomínio do gênero feminino sobre o masculino, em todos os distritos sanitários. O predomínio de mulheres manifestou-se no percentual de 73,7% dos hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do município. A faixa etária predominante foi de adultas (20 a 59 anos), com exceção do Distrito Sanitário 1 e do Distrito Sanitário 3 que apresentou maior percentual de idosas, sendo considerado na sua totalidade 51,3% de adultas e 42,5% de idosas cadastrados no município (Tabela 1).

TABELA 1: Distribuição absoluta e relativa das mulheres hipertensas por Distrito Sanitário segundo variáveis sócio-demográficas para a ESF no município de João Pessoa, 2009

Variável sócio-demográfica	Distrito 1		Distrito 2		Distrito 3		Distrito 4		Distrito 5		Total	
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Sexo												
Feminino	63	75,9	59	73,8	81	74,3	30	69,8	20	71,4	253	100,0
Faixa Etária												
Adulto (20 a 59 anos)	27	42,8	30	50,8	49	60,4	15	50,0	9	45,5	130	51,3
Idoso (maior que 60 anos)	36	57,2	29	49,2	32	39,6	15	50,0	11	55,5	123	42,5
Etnia												
Branco	16	26,2	20	33,8	30	37,0	12	40,0	5	25,5	83	33,0
Não Branco	45	73,8	39	66,2	51	63,0	18	60,0	15	75,5	168	67,0
Escolaridade												
Analfabeto	12	19,0	9	15,2	11	13,6	7	24,2	5	25,0	44	17,3
Escolarizado	51	81,0	50	84,8	70	86,4	22	75,8	15	75,0	208	89,1
Situação Conjugal												
Mora com companheiro	52	82,6	47	79,7	68	83,9	21	72,5	11	55,0	199	78,3
Mora sem companheiro	11	17,4	12	20,3	13	15,9	8	27,5	9	45,0	53	20,9
Número de Consultas												
Três consultas	34	47,3	39	39,8	59	24,1	32	49,2	20	64,6	201	79,1
Mais de três consultas	38	52,7	59	60,2	185	75,9	33	50,8	11	35,4	52	27,8

Em relação à etnia, observou-se um predomínio de não brancas em todos os Distritos Sanitários do município. Neste estudo, 81,0 % (n = 63) das entrevistadas no Distrito 1 responderam ter o ensino básico. Este perfil predominante se manteve presente em todos os Distritos Sanitários.

O Teste de Kruskal Wallis não evidenciou uma relação entre as variáveis: perfil sócio-demográfico e a qualidade (índice composto) das dimensões estudadas, com respeito à distribuição regional por Distritos Sanitários. Os resultados sugerem, apenas, uma diferença regional quando se avaliou a situação conjugal e o número de consultas das pacientes. A relação evidenciada refere-se ao maior número de consultas das mulheres hipertensas, associada ao melhor indicador de qualidade (índice composto) para as dimensões estudadas por Distrito Sanitário.

4.4. COMPARAÇÃO DOS ÍNDICES COMPOSTOS ENTRE DISTRITOS SANITÁRIOS

A realização da análise de comparação entre os Distritos Sanitários pode mostrar diferença estatisticamente significativa entre os índices compostos. Para tanto foi necessário a realização do Teste de Kruskal Wallis, conforme apresentado na Figura 6 e do teste de Dunnett que permitiu a análise de comparações múltiplas e a identificação dos Distritos Sanitários que diferiram entre si.

A Tabela 2 mostra os indicadores estatísticos descritivos, com a média, o desvio padrão e o intervalo de confiança de cada item que corresponde a cada dimensão analisada. Os valores correspondentes aos desvios padrões das questões correspondentes as dimensões estudadas revelaram um desvio de opiniões razoáveis entre os usuários questionados.

Na dimensão “Enfoque na Família”, o primeiro item da Tabela 2 (M1) se refere à importância dos profissionais da unidade, sobre conceito conhecer as pessoas que moram com a paciente, a média apresentou um melhor desempenho em todos os Distritos Sanitários em comparação aos outros itens da dimensão “Enfoque na Família” na Tabela 2 (M1, M2, M3).

Na dimensão “Orientação para a Comunidade” todas as médias se apresentaram mais baixas em comparação com a dimensão anterior (N1, N2, N3). O Distrito Sanitário 1 apresentou média de menor desempenho dentre os demais Distritos Sanitários. O item que aborda a integração dos serviços de saúde com Igrejas, associações de bairros, escolas e sociedade civil organizada apresentou menor aproveitamento dentre os itens explorados (Tabela 2, N2).

TABELA 2: Média, Desvio padrão e Intervalo de Confiança por Distritos Sanitários segundo os itens correspondentes as dimensões “Enfoque na Família” e “Orientação para a Comunidade”, respectivamente, ESF, João Pessoa, 2009.

	Distrito 1		Distrito 2		Distrito 3		Distrito 4		Distrito 5	
	Média	DP IC95%	Média	DP IC95%	Média	DP IC95%	Média	DP IC95%	Média	DP IC95%
M1*	2,78	1,83 (2,1; 3,0)	3,54	1,72 (3,0; 3,9)	3,99	1,50 (3,6; 4,3)	3,59	1,61 (3,0; 4,3)	3,60	1,95 (2,5; 4,4)
M2*	2,29	1,74 (1,8; 2,8)	3,22	1,76 (2,7; 3,6)	3,35	1,55 (2,9; 3,6)	2,90	1,72 (2,3; 3,7)	2,60	1,90 (1,6; 3,5)
M3*	2,35	1,67 (1,7; 2,6)	3,19	1,76 (2,7; 3,6)	3,31	1,57 (2,9; 3,6)	2,70	1,72 (2,0; 3,4)	2,60	2,01 (1,7; 3,6)
N1**	1,79	1,41 (1,4; 2,1)	2,58	1,71 (2,1; 3,0)	2,70	1,28 (2,4; 3,0)	2,00	1,57 (1,6; 2,8)	2,50	1,67 (1,6; 3,3)
N2**	1,32	1,23 (0,9; 1,6)	2,46	1,54 (2,0; 2,8)	2,24	1,26 (1,9; 2,5)	1,65	1,26 (1,1; 2,1)	2,37	1,46 (1,6; 3,0)
N3**	1,90	1,43 (1,4; 2,1)	2,83	1,65 (2,4; 3,6)	2,35	1,29 (2,0; 2,5)	2,20	1,54 (1,6; 2,9)	2,05	1,63 (1,1; 2,6)

*M1, M2, M3 questões da dimensão Enfoque na Família

**N1, N2, N3 questões da dimensão Orientação para a Comunidade

Ao se reportar ao Quadro 5 que demonstra o desenvolvimento do Índice Composto e a respectiva porcentagem de desempenho de resposta, percebeu-se que cerca de 70% dos usuários abordados no Distrito Sanitário 3 confirmaram a relação da equipe de saúde da família com os familiares das mulheres portadoras e HAS da área adscrita. Quando comparado ao Distrito Sanitário 1, houve uma resposta positiva de apenas 20% das usuárias.

Ao abordar a necessidade de parceria entre a comunidade e a equipe de saúde local como estratégia para ajudar no tratamento, monitoramento e controle da HAS, percebe-se, em sua totalidade que esta relação entre equipe de saúde e usuário se fez evidente em cerca de 30% das atividades percebidas pelas mulheres nas UBS, estando mais evidente no Distrito Sanitário 3 e menos evidente no Distrito Sanitário 1, como mostra a Tabela 2.

A Figura 5 ilustra a distribuição geográfica do índice composto das dimensões “Enfoque na Família” e “Orientação para a Comunidade” por distrito sanitário. Observa-se um maior índice na região central e sul, correspondendo aos Distritos Sanitários 2 e 3 e o menor índice distribuído na periferia da cidade, correspondendo ao Distrito Sanitário 1.

Estes índices compostos referente a média das duas dimensões “Enfoque na Família” e “Orientação para a Comunidade”, foram identificadas por cores no Mapa da Figura 5. A cor azul escuro se refere à localização do Distrito Sanitário 1, com índice composto de 2,06 (menor desempenho). De acordo com o Quadro 1 localiza-se na região sudoeste, este Distrito Sanitário é composto por 48 Equipes de Saúde da Família (ESF), representa 14 bairros do município, tem um Centro de Assistência Integrada a Saúde (CAIS), duas Farmácias Populares, com 94,5% de hipertensos cadastrados e uma cobertura da ESF de apenas 86%.

O segundo menor desempenho calculado se refere ao Distrito Sanitário 4, representado pela cor marrom clara. De acordo com o Quadro 1, localiza-se na região nordeste do município de João Pessoa, composto por 26 ESF, representa 12 bairros, não tem CAIS, tem uma farmácia Popular em sua abrangência. Este Distrito Sanitário tem 88,9% de hipertensos cadastrados e, apenas, 58,1% de cobertura da ESF.

O Distrito Sanitário 5, classificado com o terceiro menor desempenho, foi representado pela cor marrom escura. Localizado no litoral do município, tem

18 ESF e representa 20 bairros. De acordo com o Quadro 1, 80,2% dos hipertensos estão cadastrados e tem uma cobertura da Estratégia Saúde da Família de 28,1%.

O Distrito Sanitário 2, classificado com o segundo maior desempenho, foi representado pela cor azul no mapa da Figura 5. Está localizado no noroeste do município de João Pessoa, apresenta 37 ESF e contém 4 bairros. O Distrito Sanitário disponibiliza para a população, nesta região, um CAIS, uma Farmácia Popular e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2008) apresenta 83,7% de hipertensos cadastrados e uma cobertura de 92,8% da ESF (Quadro 1).

O Distrito Sanitário 3, com o maior desempenho para as dimensões conjuntas “Enfoque na Família” e “Orientação para a Comunidade”, está representado na Figura 5 pela cor azul clara. Seu índice composto é de 2,98 e fica localizado na região sudeste do município de João Pessoa. Este distrito é composto de 53 ESF e 13 bairros. Apresenta 80,2% de hipertensos cadastrados e 90,5% de cobertura da ESF.

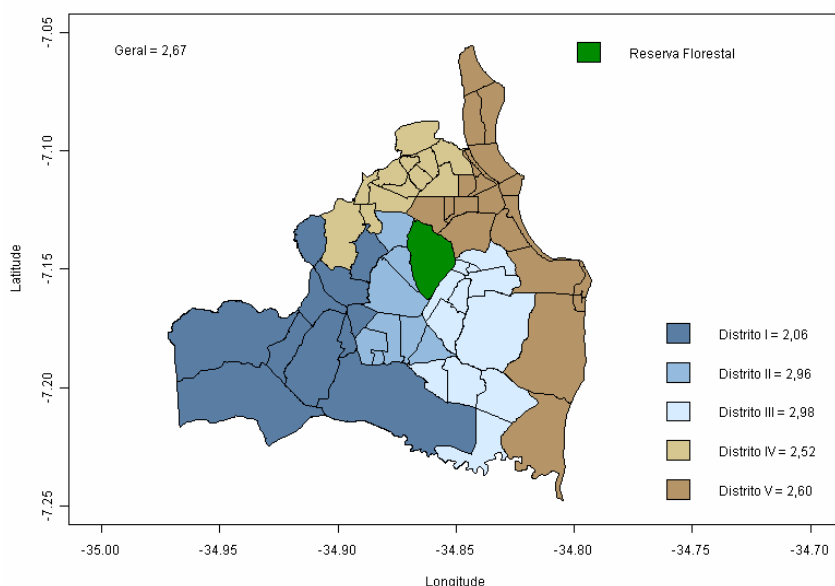


Figura 5: Distribuição espacial dos Índices Compostos por Distritos Sanitários em João Pessoa-PB, 2009

O cálculo do índice composto resultou em 2,98 para o Distrito Sanitário 3, considerado o maior desempenho dentre os Distritos Sanitários do Município de João Pessoa. Este resultado reflete em quase 50% a avaliação positiva do usuário para o programa Hiperdia referente ao enfoque dos profissionais da ESF tanto para a dimensão “Enfoque na Família” como para a dimensão “Orientação para a Comunidade”. Este apoio positivo potencializa a assistência e reforça o tratamento que está sendo destinado as mulheres usuárias do programa Hiperdia no município de João Pessoa. Todavia para o Distrito Sanitário 1 o índice analisado correspondeu a 2,05 (1 a 25%), muito abaixo do anterior.

Para evidenciar a significância estatística da diferença no desempenho das dimensões entre os Distritos Sanitários, fez-se necessário realizar as duas análises. Já descritas na Seção 4.4. O primeiro teste de Kruskal Wallis demonstrou, a 5% de significância, a diferença no desempenho mostrado entre os Distritos Sanitários.

O teste de Dunnett, representado pela matriz da Tabela 3, identifica os Distritos Sanitários 1, 2 e 3 que apresentaram diferenças estatisticamente significantes, entre eles.

TABELA 3: Matriz resposta do Teste de Dunnett dos índices compostos por Distrito sanitário, ESF, João Pessoa, 2009.

	D1	D2	D3	D4	D5
D1	-				
D2	0,003*	-			
D3	0,001*	1,000	-		
D4	0,928	0,381	0,145	-	
D5	0,547	0,972	0,871	0,998	-

* Resultado Significativo, $p < 0,05$

Analisando-se, isoladamente, a dimensão “Enfoque na Família”, Tabela 4, obteve-se a diferença significativa entre os Distritos Sanitários 2 e 3, sendo considerados os maiores desempenhos em comparação ao Distrito Sanitário 1.

Tabela 4: Matriz resposta do Teste de Dunnett dos Índices da Dimensão “Enfoque na Família por Distrito Sanitário, ESF, João Pessoa, 2009

	D1	D2	D3	D4	D5
D1	-				
D2	0,003*	-			
D3	0,001*	0,544	-		
D4	0,059	0,541	0,165	-	
D5	0,229	0,442	0,153	0,746	-

* Resultado Significativo, $p < 0,05$

Abordando-se a dimensão “Orientação para a Comunidade”, Tabela 5, obteve-se com diferença significativa os dois maiores desempenhos dos Distritos Sanitários do município (Distritos Sanitários 2 e 3) e entre os menores desempenhos (Distritos Sanitários 1 e 4).

Tabela 5: Matriz resposta do Teste de Dunnett dos Índices da Dimensão “Orientação para a Comunidade” por Distrito Sanitário, ESF, João Pessoa, 2009

	D1	D2	D3	D4	D5
D1	-				
D2	0,001*	-			
D3	0,001*	0,382	-		
D4	0,081	0,032*	0,038*	-	
D5	0,007*	0,397	0,812	0,242	-

* Resultado Significativo, $p < 0,05$

Esta análise pode classificar os Distritos Sanitários a partir do desempenho referente aos índices compostos indicados para a importância da família e da comunidade no tratamento da HAS das mulheres moradoras da cidade de João Pessoa.

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO

Um problema comum em investigações científicas é a ocorrência de dados faltantes (*missing data*), especialmente na área da Saúde. O manuseio apropriado dos valores em falta é importante em todas as análises críticas no processo de qualificação do banco de dados. A manipulação imprópria de valores ausentes poderá distorcer a análise. O objetivo de um procedimento estatístico deve ser fazer inferências válidas e eficientes para a população de interesse. Tentativa de recuperar dados perdidos sem um estudo adequado pode prejudicar a inferência (NUNES, 2007). Há a necessidade de preencher dados faltantes com valores plausíveis e então aplicar métodos tradicionais de análise de dados completos para fazer inferências válidas e eficientes.

A imputação de valores onde os dados estão faltando é uma área da estatística que se desenvolveu muito desde a década de 1980. Vários algoritmos de imputação são agora suportados pela opção de SPSS Missing Values. Para esta pesquisa, fez-se necessário utilizar a imputação simples ou única através da técnica de “Hot Deck” (MOLENBERGHS, 2007).

Este estudo procurou solucionar situações freqüentes na qualificação de bancos de dados relacionados com a coleta de informações referentes à avaliação de políticas e serviços de saúde. Esta apresenta como respostas escalas de quantificação do grau de satisfação do usuário ou dos profissionais dos serviços de saúde.

A análise Fatorial Exploratória e a Análise Fatorial Confirmatória permitiram aperfeiçoar o instrumento, a fim de qualificá-lo para avaliar a resposta as inferências estatísticas realizada para as dimensões “Enfoque na Família e “Orientação para a Comunidade”.

Segundo Mingoti (2005), a suposição da Análise Fatorial é de que os itens variam conjuntamente; sendo assim, deve haver correlação estatisticamente significativa entre estes itens. Se não houver correlação, então os dados não gerarão resultados consistentes. Neste estudo, as correlações entre os itens de cada dimensão e as respostas as mensurações de KMO e o teste de Bartlett foram adequadas e o alfa de *Cronbach* apresentou valores bom e ótimo em comparação aos valores de referência.

A aplicação desta metodologia de avaliação demonstrou que os instrumentos (questionários) elaborados nesta pesquisa são capazes de

discriminar claramente a importância da família e da comunidade na atenção as mulheres hipertensas por Distritos Sanitários, além de fornecer informações práticas e objetivas sobre o desempenho destes referentes às dimensões “Enfoque na Família” e “Orientação para a Comunidade” e os problemas que devem ser enfrentados para a melhora da organização e do desempenho do programa Hiperdia na atenção básica no município.

Os resultados deste estudo revelaram que as mulheres constituem maioria entre a população acometida por HAS. A situação de responsabilidade pelas atividades domésticas, além do trabalho fora de casa, coloca essa população em uma tripla jornada de trabalho, aumentando sua carga de estresse, sendo essa condição um determinante na necessidade de ajuda da família e da comunidade. Nesse sentido, os serviços devem estar atentos para que o tratamento da hipertensão não se restrinja ao fato de “tomar remédios”, mas à mudança de comportamentos. Disso decorre a necessidade de uma abordagem específica da equipe de saúde da família direcionada a família para a melhoria da assistência às mulheres portadoras de HAS.

Nesse propósito, não se pode esquecer o fato de não se tratar a hipertensão como uma doença que normalmente requeira internamento do paciente. Ao contrário, por suas características de cronicidade, há possibilidades deste paciente ser tratado em casa, ainda que demande um cuidado que vai durar por toda a sua vida. Também é fato que a doença traz consigo um fator emocional de regressão, acentuando sentimentos de fragilidade e de insegurança. O estado de doença acarreta sempre algum nível de dependência. Na atualidade, é consenso que se deva estimular no próprio núcleo familiar uma cultura de participação ativa no cuidado ao hipertenso. O domicílio é visto hoje como um espaço em que pessoas portadoras de doenças crônicas podem manter a estabilidade da doença, o que faz da experiência de cuidar de um doente em casa uma tendência cada vez mais crescente (SARAIVA, 2007).

Principalmente no caso da hipertensão arterial, para que seu tratamento atinja a eficácia desejada, a diminuição da morbidade e da mortalidade cardiovascular, se faz necessária a adoção de medidas que interferem no estilo de vida dos hipertensos e que, comprovadamente, favorecem a redução da pressão arterial. Tais medidas são: redução do peso corporal, da ingestão do

sal e do consumo de bebidas alcoólicas; prática de exercícios físicos com regularidade; e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial. Há outras razões que tornam essas modificações no estilo de vida úteis, além da redução da pressão arterial que favorece o controle de outros fatores de risco: baixo custo e risco mínimo; aumento da eficácia do tratamento medicamentoso e redução do risco cardiovascular (VI DIRETRIZES, 2010).

As ações como visita domiciliar, grupos de convivência, informações articuladas entre as equipes e as rádios comunitárias são estratégias que potencializam a eficácia desejada para o tratamento da HAS. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF são serviços compostos por equipes de profissionais de várias especialidades que trabalham na perspectiva de um projeto terapêutico singular valorizando características específicas para cada usuário dos serviços envolvidos.

Este estudo evidenciou também a não relação entre os indicadores sócio-demográficos mais precários com o menor desempenho das Equipes. Enfatizando que o perfil sócio-demográfico não influenciou no desempenho das Equipes de Saúde da Família na realização de ações integradas com a família e a comunidade para melhorar a assistência das mulheres portadoras de HAS.

Através da análise estatística, evidenciou-se a influência, diretamente proporcional, entre o número de consultas e o melhor desempenho das Equipes de Saúde da Família, sugerindo que este desempenho pode estar relacionado à rede de assistência disponível a população nos Distritos Sanitários correspondentes.

O estudo de Castro e Car (2000) mostrou como facilidade para adesão ao tratamento a proximidade do serviço de saúde, a facilidade de marcar consultas, além do recebimento gratuito de medicamentos da instituição, o fornecimento de vale transporte e o apoio familiar.

Em relação à enquete com os usuários dos Distritos Sanitários, confirma-se a hipótese de que as ações dos serviços de saúde têm sido efetivas na responsabilização da família e da comunidade para o apoio no tratamento da hipertensão arterial sistêmica das mulheres em João Pessoa, além de que a família e a comunidade influenciam de tal maneira o controle da hipertensão arterial que há diferença entre os Distritos Sanitários de saúde no município como apresentado nos resultados.

Starfield (2002) observou que a dimensão “Enfoque na Família” pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e as ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento dos recursos familiares limitados.

Ao não ser observada diferença significativa entre os dois maiores e menores desempenhos, implica no reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorram num contexto social determinado, que deve ser conhecido e levado em consideração.

E ao se considerar o Distrito Sanitário 1 com menor desempenho para a dimensão que aborda “Orientação para a Comunidade” e a dimensão que enfatiza o “Enfoque Familiar”, sugere-se que essas unidades possam atender demanda possivelmente maior que a área de abrangência. Além disso, ao se observar o Quadro 1, que apresenta as características dos serviços de saúde por Distrito Sanitário, O Distrito Sanitário 1 tem uma cobertura da assistência da ESF abaixo da porcentagem de hipertensos cadastrados na região. Este fato pode indicar a dificuldade de acompanhamento dos hipertensos cadastrados pelos profissionais da ESF deste Distrito Sanitário.

A baixa cobertura da ESF também foi observada nos Distritos Sanitários 4 e 5, mas estes, são localizados em regiões que concentram bairros nobres, onde a população busca serviços particulares para a assistência à saúde. Porém, os hipertensos cadastrados em todos os Distritos Sanitários oscilam entre 80 a 95% (Quadro 1), este dado sugere que mesmo não recebendo a assistência na ESF os usuários procuram as Unidades Básicas de Saúde (UBS), para receber os medicamentos para o tratamento. Então, o cadastramento pode refletir apenas o acesso a medicação e não a efetividade do programa Hiperdia na atenção básica.

O valor médio dos índices, evidenciou uma melhor qualidade de relação entre os profissionais e a família da usuária com hipertensão arterial e a melhor relação da equipe de saúde, direcionada a orientação para a comunidade nos Distritos Sanitários 3 e 2, pode ser sugestivo de um processo de trabalho interrelacional e educativo, em prol do desenvolvimento de potencialidades individuais e coletiva, no enfrentamento da doença, como mostra o estudo de Newell (2006).

A partir dos resultados apresentados do desempenho dos Distritos Sanitários no município, mostra-se necessário detalhar as diferenças entre as comunidades, como as organizações dos serviços oferecidos, além da existência/inexistência de grupos populares organizados nos bairros realizando ou não parcerias com as equipes de saúde da família locais.

A avaliação de desempenho das unidades de saúde pode ser realizada de diferentes maneiras. Uma técnica freqüentemente empregada na gestão é a análise das variações do desempenho entre unidades de um mesmo nível de atenção, ou com a mesma complexidade, sendo que a identificação de variações entre essas unidades, supostamente semelhantes, pode ser um primeiro passo para medir e avaliar a qualidade dos serviços. A avaliação de desempenho das unidades de saúde pode ser realizada de diferentes maneiras. Uma técnica freqüentemente empregada na gestão é a análise das variações do desempenho entre unidades de um mesmo nível de atenção, ou com a mesma complexidade, sendo que a identificação de variações entre essas unidades, supostamente semelhantes, pode ser um primeiro passo para medir e avaliar a qualidade dos serviços. O objetivo dessas metodologias é identificar “melhores práticas” que possam ser adotadas nas demais unidades e, ao mesmo tempo, detectar problemas que possam ser resolvidos ou identificar áreas em que a atuação daquelas unidades com pior desempenho possa ser melhorada (STARFIELD, 2002).

Polaro (2008) relata que há determinantes de insatisfação no tocante ao atendimento oferecido ao usuário de unidades de saúde da família na falta de medicamentos e nas dificuldades de relacionamento com profissional de saúde. Este último item não chega a comprometer a qualidade do atendimento, porém, indica a necessidade de capacitação dos profissionais para atender ao usuário com eficiência, o que requer treinamentos de recursos humanos neste campo de trabalho, pois, a estratégia de acolhimento é hoje uma ferramenta indispensável para um atendimento capaz de minimizar outras deficiências mais difíceis de corrigir.

Atualmente, novos indicadores são produzidos para avaliar, também, a qualidade da assistência ou o cuidado em saúde. O enfoque qualitativo complementa, com seus julgamentos e atribuições de valor, de significado, novos sentidos à dimensão quantitativa, enriquecendo-a. Este estudo pode ser

aprofundado com novas pesquisas no enfoque qualitativo para identificar de maneira aprofundada a influência da família e da comunidade para o controle da hipertensão arterial, associada e/ou influenciada pela rede de assistência e pelos movimentos sociais que atuam na comunidade.

O cadastramento desses hipertensos no Hiperdia foi bastante avaliado com as equipes no movimento de discussão da linha de cuidado em Hipertensão e Diabetes desencadeado no Distrito Sanitário V a partir da descentralização do Centro de Especialidades Médicas do Distrito Sanitário V. Segundo fontes do Hiperdia, a população cadastrada do Distrito Sanitário V excede o número estimado de hipertensos da área de abrangência, chegando a 104% de cobertura, o que sugere um grande número de pessoas da área de influência sendo cadastradas, uma vez que nas equipes de Saúde da Família, percebe-se uma quantidade de cadastrados no Hiperdia superior aos cadastrados no SIAB. A antiga localização do Centro de Especialidades Médicas dentro do território do DS V pode ter favorecido o grande número de cadastros no Hiperdia. Entretanto, faz-se necessária uma discussão com as equipes, através do matriciamento, no sentido de se ampliar a cobertura de hipertensos acompanhados na área de abrangência.

A política de Saúde da Mulher, segundo Relatório de Gestão Municipal de Saúde 2009, em todos os Distritos Sanitários, houve o esforço para construção da rede de atenção integral. Apesar do esforço de décadas dessa construção, ainda precisa agregar novas práticas e estratégicas diante do desafio de promover uma atenção mais humanizada e de qualidade.

A intervenção a esse gênero foi pensada para além da sua condição reprodutiva, embora se considere e busque construir uma rede de cuidados nesse sentido. O processo de cuidado através de espaços educativos e da melhoria da clínica são condições necessárias para melhorar a atenção à mulher.

A articulação do NASF com as equipes de Saúde da Família procurou fortalecer a assistência. O uso da interconsultas juntamente com médicos da família e demais componentes das equipes de Saúde da Família inseridas num processo de cuidado ampliando para melhorar a resolubilidade das intercorrências apresentadas na atenção básica.

Segundo este mesmo relatório, os hospitais municipais vinham atendendo à demanda espontânea do pronto atendimento, as demandas ambulatoriais da urgência e emergência, bem como das internações para procedimentos cirúrgicos e intervenções clínicas, que são ações de saúde de sua competência. Grande parcela desta demanda que chega na porta de entrada dos hospitais devem ser atendidas e resolvidas na rede de atenção básica, pelas Equipes de Saúde da Família.

Esta metodologia permitiu identificar, através de indicadores quantificados para cada dimensão, os Distritos Sanitários que apresentaram maior e menor desempenho.

De acordo com esta identificação, prioriza a intervenção dos gestores de saúde que devem melhorar a assistência às mulheres com hipertensão arterial sistêmica daqueles Distritos Sanitários que apresentaram menor desempenho para as ações referentes a “Enfoque na Família” e a “Orientação para a Comunidade”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil tem experimentado mudanças significativas na organização de seu Sistema de Saúde que se traduzem através do SUS. O novo enfoque enfatiza a atenção básica de saúde e se estabelece a partir de programas e estratégias que o qualificam como um conjunto de instituições interrelacionadas, entre as quais a família e a comunidade assumem destaque no controle da HAS, na tentativa de tornar as pessoas envolvidas com esta patologia, (paciente/equipe terapêutica/família) sujeitos ativos na busca por condições de vida saudável. Nesta perspectiva, este estudo avalia a influência da família e da comunidade para o controle da hipertensão arterial sistêmica de mulheres usuárias dos serviços de saúde do município de João Pessoa.

A HAS tem sido referida como um problema de difícil controle, por ser uma doença crônica com etiologia associada a aspectos genéticos e, também, relacionada a hábitos de vida pouco saudáveis. A adesão ao tratamento implica um novo padrão de comportamento relacionado a hábitos alimentares, exercícios físicos, ingestão de medicamentos e visitas ao serviço para o acompanhamento, situações que pressupõe a manutenção de uma decisão tomada pelo usuário do serviço que precisa de apoio da família e da comunidade para se manter por longo tempo.

Os resultados deste estudo revelaram que as mulheres constituem maioria entre a população acometida por HAS. A situação de responsabilidade pelas atividades domésticas, além do trabalho fora de casa, coloca essa população em uma tripla jornada de trabalho, aumentando sua carga de estresse, sendo essa condição um determinante na necessidade de ajuda da família e da comunidade. Nesse sentido, os serviços devem estar atentos para o fato de que o tratamento da hipertensão não se restringe ao fato de “tomar remédios”, mas a mudança de comportamentos. Disso decorre a necessidade de uma abordagem específica da equipe de saúde da família direcionada a família para a melhoria da assistência às mulheres portadoras de HAS.

Os resultados sugerem, entretanto, que os profissionais dos distritos sanitários 2 e 3 estabelecem uma melhor relação com os usuários; e estes informam que os médicos quase sempre conhecem as suas famílias e fariam com os familiares sobre as suas condições de saúde, se fosse necessário.

Além disso, os profissionais destas equipes mais frequentemente perguntam as opiniões dos usuários e discutem fatores de risco social com eles e com a comunidade onde vivem. Do ponto de vista dos usuários, os profissionais das ESF dos Distritos Sanitários 2 e 3 são mais orientados para a abordagem a família e a comunidade do que aqueles que atuam no Distrito Sanitário 1.

Os Distritos Sanitários 4 e 5 apresentaram índices compostos com valores intermediários. Estes podem estar caracterizados regiões que têm baixa atuação do programa, constituídos de bairros nobres, com sua maioria apresentando planos de saúde, mas utilizando o programa para a aquisição de medicação.

Esses resultados sugerem a necessidade de uma investigação mais aprofundada, no enfoque qualitativo, sobre o modo de operar de algumas unidades dos distritos com pior desempenho. Nesse sentido os gestores e profissionais poderiam ter subsídios que os ajudariam no processo de tomada de decisão, para verificar, por exemplo, a organização do processo de trabalho, o elenco do serviço oferecido direcionado ao programa HipeDia para estas mulheres, a promoção de treinamentos específicos ou outras ações que podem contribuir para distinguir positivamente esses distritos dos outros. Esses resultados ajudariam a identificação das “melhores práticas” que poderiam ser adotadas nas outras unidades. Esses serviços podem representar um exemplo ou um “modelo” possível de ser alcançado pelas outras unidades da ESF que, supostamente, têm a mesma estrutura e, portanto, o mesmo potencial.

O questionário para as dimensões “Enfoque na Família” e “Orientação para a Comunidade”, direcionado as mulheres hipertensas usuárias das unidades de saúde da família, foram confirmados como excelente método de avaliação do Programa Hiperdia, confirmando a proposta sugerida por Barbara Starfield para a atenção primária, em 2006. Neste sentido, pode ser aplicado para outras unidades de saúde do Brasil inteiro e serve como modelo para avaliar o trabalho de gestores e profissionais de saúde na assistência ao usuário com hipertensão arterial sistêmica.

Na perspectiva de continuidade do trabalho para a avaliação do Programa Hiperdia se percebe a necessidade de entrevistar os profissionais e gestores sobre a importância da família e da comunidade na garantia de uma assistência integral aos usuários hipertensos.

REFERÊNCIAS

ALONSO, IK. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar**: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar. 2003. Tese (Programa de Pós Graduação em Enfermagem/ doutorado) – UFSC, Florianópolis, 2003.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**, Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Hipertensão arterial. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**, Brasília, DF, 2006.

_____. **Manual de Hipertensão arterial e Diabets mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 102p

_____, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, n.34, p.316-9, 2000.

_____, **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores : doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CASTRO, V. D; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.2, p. 145-53, jun. 2000.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde paidea**. São Paulo: Hucitec; 2003.

CAMPOS, H. **Estatística Experimental não Paramétrica**. Piracicaba, 1979.

CRAWFORD, R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. **Int J Health Services**, v. 7, n.4, p. 663-80, 1977.

CENTER FOR THE ADVANCEMENT OF HEALTH. **Indexed Bibliography of Behavioral Interventions of Chronic Disease**. Washington, DC, 1996.

COSTA E SILVA; M.E.D et al. As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Enfermagem**, n.61, v.4, p.500, Brasília , 2007.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice**. São Paulo: USP, 1999.

DEVELLIS, R. **Scale development: theory and application**. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2003.

DUSSAULT, G. La Epidemiologia y La Gestión de Los Servicios de Salud. **Boletín Epidemiológico OPS**, v.16, n.2, p. 1-5, 1995.

FIELD, A. **Discovering Statistics Using SPSS**. Londres: Sage, 2005.

FRANCO, T; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribunas/PsfTito.htm>> Acesso em: 18 jan. 2010.

GONÇALVES, R. B. M.; **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GUS, I et al. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. **Arq Bras Cardiologia**, v.83, p.429-33, 2004.

GUTIRREZ, D. M. D; MINAYO, M. C. S. Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário. **Fazendo Gênero 8** - Corpo, Violência e Poder, Florianópolis, 2008.

HAIR, JF *et al.* **Análise multivariada de dados**. 6^a ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.

HARRELL, JR F.E. **Regression Modeling Strategies**: With Applications to Linear Models, Logistic Regression, And Survival Analysis. Springer–Verlag, New York; 2001.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, p. 149-177, 2007.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais** – Uma análise das condições de vida da população brasileira –2007. Capítulo 7 - Idosos. Op. Cit., Capítulo 9 - Mulheres, Rio de Janeiro, p. 201-231, 2007.

IDB. **Indicadores e Dados Básicos** - Brasil – 2008: Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2008/matriz.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2009.

LEÃO, E.M; MARINHO; L.F.B. Saúde das Mulheres no Brasil: Subsídios para as Políticas Públicas de Saúde - **Revista Promoção da Saúde**, 2002 – Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em 15 nov. 2010.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v.13, n.1, p. 39-46, 2006.

_____, *et al.* Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (BA) – Brasil, **Arq Bras Cardiologi**, 2006.

LOPES, MCL *et al.* O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. V.10, n. 1, p. 198-211, 2008 Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1.htm>> Acesso: 18 fev. 2010.

MACHADO, L.R.C. **Modo de vida de portadores de hipertensão arterial sistêmica assistidos em uma Unidade de Saúde da Família: dialética do subjetivo e objetivo.** Tese (Escola de Enfermagem de São Paulo/ doutorado).USP, São Paulo, 2006.

MINGOTI, A. S. **Análise dos dados através de métodos de estatística multivariada:** uma abordagem aplicada, Belo Horizonte: UFMG, 2005. p. 99 – 138.

MOLENBERGHS, G; KENWARD, M. G. **Missing Data in Clinical Studies.** England: John Wiley & Sons Ltd, 2008.

NEWELL JN; *et al*, **Family-member DOTS and Community DOTS for tuberculosis control in Nepal:** cluster-randomised controlled trial. *Lancet*; 2006.

NUNES LN. **Métodos de imputação de dados aplicados na área da saúde.** Tese (Programa de Pós-graduação em Epidemiologia /Doutorado) – UFRGS, Porto Alegre; 2007.

OLIVEIRA, S.M.J.V *et al.* Hipertensão Arterial Referida em Mulheres Idosas: Prevalência e Fatores Associados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n.2, p. 241-9. abr./jun. 2008.

OMS. Cuidados Inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: **Relatório Mundial.** Brasília: OMS; 2003.

PAGANO, M; GAUVREAU. **Princípios de bioestatística.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. 506p.

PAES, N.A. **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 – Processo No. 576671/2008-8, 2008.

_____, N.A. **Demografia Estatística da Saúde**, 54ª Reunião Anual da Região Brasileira da Sociedade Internacional de Biometria (RBRAS) e do 13º Simpósio de Estatística Aplicada à Experimentação Agronômica (SEAGRO), São Carlos, SP, 2009.

PETRINI, J.C. **Pós-modernidade e família**: um cenário de compreensão. Bauru: EDUSC; 2003.

POLARO, S.H.I. A Qualidade do Cuidado à Saúde do idoso: segundo a satisfação do usuário. Dissertação. (Escola Nacional de Saúde Pública/ mestrado), Belém, 2004.

RIBEIRO, E. D. As várias abordagens da família no cenário do Programa/ Estratégia de Saúde da Família (PSF). **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.4, p. 658-64, jul/ago. 2004. Disponível online: < www.eerp.usp.br/rlaenf>. Acesso em: 18 jan 2010.

RIBEIRO, K. S. Q. S. Ampliação a Atenção à Saúde pela Valorização das Redes Sociais nas Práticas de Educação Popular em Saúde. **Rev. Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 3, p. 235-248, jul./set. 2008

RODRIGUES, M. P. *et al.* A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 71-82, 2008.

SAÚDE, M. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. **Revista Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 449-59, out/dez. 2004.

SARAIVA, K. R. O. et al. **O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2007.

SIEGEL, S. **Estatística Não-Paramétrica (para as ciências do comportamento)**. Ed Mc Graw – Hill. Brasil, 1975.

SILVA, C.M. **Atendimento em grupo na estratégia Saúde da Família: uma análise da prática educativa com grupos de hipertensos**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo (SP): SBC/SBH/SBN; 2006.

SILVA, C. M. **Atendimento em grupo na estratégia Saúde da Família: uma análise da prática educativa com grupos de hipertensos**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio, Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008. Disponível online:<
<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/> Acesso em: 20 jan. 2010.

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

TEIXEIRA, C. F; PAIM J.S. **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. Rio de Janeiro: IESUS, 2002.

TIGRE, C. et al. La Práctica Epidemiológica em Los Sistemas de Servivios de Salud. **Educ. Méd. Salud**, v. 24, n. 3, p. 306 – 320, 1990.

TRAD, L.A.B; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. saúde pública**, v. 14, n. 2, p. 429-35, 1998.

TRIOLA, M.F, **Introdução à Estatística**. 9ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 2005.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas públicas de saúde. **Saúde Deb**, v. 23, n. 53, p. 6-19, 1999.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

WALDOW, V.R. **Cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes; 2005.

APÊNDICE A**Termo de Consentimento**

APÊNDICE B**ROTEIRO DA ENTREVISTA**

ANEXO A