

A EFETIVIDADE DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

THE EFFECTIVENESS OF HYPERTENSION CONTROL BLOOD IN SHARES ATTENTION HEALTH

Flávia Nunes Ferreira de Araújo¹, Tânia Maria Ribeiro Monteiro Figueiredo², Maria Aparecida Alves Cardoso³, Neir Antunes Paes⁴, Havorraine Ellen Alencar Menezes dos Santos⁵

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grande problema de saúde pública. Os profissionais de saúde têm papel indispensável no processo de adesão às ações de um programa ou intervenção. **Objetivo:** Avaliar a efetividade das ações de controle da hipertensão arterial na atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais. **Métodos:** Estudo do tipo transversal, realizado em 28 equipes da Estratégia Saúde da Família. Trabalhou-se com cinco dimensões que avaliam a efetividade das ações para o doente da hipertensão. Empregou-se a análise fatorial para identificar os principais fatores de variação entre 22 variáveis analisadas. Foi efetuada uma rotação nos fatores, empregando-se o tipo Varimax[®]. Para a validade interna, aplicou-se o teste do *alfa* de Cronbach. **Resultados:** Foram obtidos três fatores: informação sobre a hipertensão e seu controle (carga fatorial de 0,819); visita domiciliar ao hipertenso (carga fatorial de 0,753) e, informações medicamentosas para tratamento da hipertensão (carga fatorial de 0,794). **Conclusão:** Amparado nos dados observados nesta pesquisa, acredita-se na atuação efetiva dos agentes comunitários de saúde no momento da visita domiciliar. Porém, apesar de se ter obtido um índice positivo de efetividade nas ações dos profissionais no controle da HAS, não se pode negar que esta doença ainda é reconhecidamente um sério problema de saúde pública, mostrando-se como um dos grandes desafios a ser superado pela constante incidência desta doença.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. ações de controle. profissionais. avaliação de serviços de saúde.

Abstract

Introduction: High blood pressure is a major public health problem. Health professionals have an indispensable role in the access process to the actions of a program or intervention. **Objective:** To evaluate the effectiveness of blood pressure control actions in primary health care from the perspective of professionals. **Methods:** A cross-sectional study, conducted in 28 teams of the Family Health Strategy. The study was performed with five dimensions that evaluate the effectiveness of actions for the patient of hypertension. It used factor analysis to identify key factors of variation between 22 variables. Rotation was conducted on the factors, using the Varimax[®] type. For internal validity, applied the Cronbach's alpha test. **Results:** We obtained three factors: information on hypertension and its control (factor loading of 0.819); home visit to hypertensive (factor loading of 0.753) and drug information for treating hypertension (factor loading of 0.794). **Conclusion:** Bolstered on data observed in this study, it is believed in the activeness of community health agents during the home visit. However, despite having obtained a positive rate of effectiveness in the actions of professionals in the control of hypertension, there is no denying that this disease is still recognized as a serious public health problem, showing up as one of the major challenges to be overcome by constant incidence.

Keywords: Hypertension. Control actions. Professionals. Evaluation of health services.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grande problema de saúde pública. Muitos países têm enfrentado repercussões irreversíveis por danos provocados às pessoas com HAS, tais como insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, doença cerebrovascular, dentre outras^{1,2}.

Estima-se que a HAS tenha prevalência superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos^{3,4}, o que pode ser explicado pelas alterações próprias do envelhecimento que tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento desta doença^{5,6}.

No ano de 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) – hoje reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) - houve um avanço nos cuidados da saúde da população, sobretudo no

que tange à atenção primária à saúde (APS)^{7,8}.

O papel dos profissionais de saúde é indispensável no processo de adesão às ações de um programa ou intervenção. Atividades educacionais voltadas para o auto-cuidado e o trabalho em grupos de pacientes envolvendo toda a equipe de saúde pode ser útil por propiciar troca de informações, esclarecer dúvidas e atenuar ansiedades além da convivência com outras pessoas que apresentam problemas semelhantes.

Nesta perspectiva, o atendimento dos profissionais realizado de forma humanizada e individualizada, além de ações em grupo, faz com que os usuários se sintam cuidados, valorizados e estimados. Esta prática intensifica o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde, aumentando a adesão às terapêuticas.

O estudo objetivou avaliar as ações de controle da hipertensão arterial sistêmica nos serviços de aten-

¹ Mestra em Saúde Pública - Universidade Estadual da Paraíba - UEPB.

² Pós-Doutorado em Saúde Coletiva - Universidade de São Paulo - USP. Docente do Mestrado em Saúde Pública - UEPB.

³ Pós-Doutorado pela universidade de Leiden, Holanda - Docente do Mestrado em Saúde Pública - UEPB.

⁴ Pós-Doutorado. Johns Hopkins Public Health School - USA. Docente do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde - Universidade Federal da Paraíba - UEPB. Departamento de Estatística.

⁵ Universidade Estadual da Paraíba - UEPB.

Contato: Flávia Nunes Ferreira de Araújo. E-mail: flaviapsfcg@hotmail.com

ção primária à saúde sob a ótica dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Métodos

Estudo transversal de avaliação de serviços de saúde. A categoria *processo* proposta por Starfield⁹ como uma das categorias básicas da Avaliação de Serviços de Saúde foi utilizada como referencial teórico-metodológico. Foram utilizados indicadores que pudessem mensurar a efetividade das ações de serviço.

O estudo foi realizado nas unidades da ESF do município de Campina Grande (PB) – segundo maior município do estado da Paraíba, com população 383.941 habitantes¹⁰. A população a ser pesquisada era composta por um médico, um enfermeiro e dois agentes comunitários de saúde (ACS) de cada uma das 28 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) totalizando 112 profissionais. As entrevistas foram realizadas com 110 profissionais, sendo estes: 28 enfermeiros, 26 médicos (em uma unidade, a equipe estava sem o profissional médico e, em outra, a médica se recusou a participar da pesquisa) e 56 ACS. Tomou-se como critério de inclusão, profissionais de saúde das UBSF implantadas antes do ano de 2006 e profissionais que estavam inseridos na equipe pelo período mínimo de 4 meses de atuação.

Foi aplicado um instrumento para todas as categorias profissionais, contendo perguntas específicas sobre ações de controle da HAS, a frequência da realização da visita domiciliar, além das condutas e atuação dos profissionais diante de usuários com HAS. O instrumento foi adaptado do questionário modificado e validado para tuberculose por Villa e Ruffino-Netto¹¹, o qual foi norteado pelo *Primary Care Assessment Tool* (PCAT)⁹, adaptado e revalidado no Brasil por Almeida e Macinko² em estudo realizado no município de Petrópolis. Para este artigo, foi necessária nova adequação do instrumento por uma equipe de especialistas visando avaliar o serviço de atenção às ações de controle da hipertensão arterial em Campina Grande (PB)¹².

As dimensões da APS trabalhadas foram de acordo com as recomendadas por Starfield⁹ e para este estudo utilizou-se cinco dimensões adaptadas: visita domiciliar, adesão/vínculo, elenco de serviços, coordenação e enfoque na família. Assim, foram extraídas do instrumento original¹², 22 questões (Quadro 1).

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

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2010. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas, utilizando-se o software Microsoft® Office® Excel®. As variáveis selecionadas foram transferidas para um banco de dados do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0 para permitir a realização da análise estatística.

Empregou-se a técnica estatística de análise multivariada (análise fatorial) para identificar os principais fatores de variação entre as 22 (vinte e duas) variá-

veis. Esses fatores contêm as cargas fatoriais em cada componente. Quando termina a menor carga do fator 1, começa o fator 2 e, assim por diante, até o fator 3. Foi efetuada uma rotação nos fatores, empregando-se o tipo Varimax.

A análise fatorial calculou o auto-valor que é a comprovação de onde está a maior variância. Através do auto-valor foi gerada a variância, a qual é entendida aqui como o índice que mostra o quanto cada fator explica as variações existentes nas variáveis¹³.

Para a validade interna, aplicou-se o teste do *alfa* de *Cronbach* das 22 variáveis utilizadas neste estudo. O valor encontrado do *alfa* de *Cronbach* foi de 0,712 ($p < 0,05$), o que foi considerado boa correlação entre os itens do instrumento, validando a consistência interna. Este teste assume valores entre 0 e 1 e trabalha com a premissa de que as correlações entre os itens são positivas¹³.

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

Foi aplicado o teste de esfericidade de *Bartlett's* cuja função foi verificar a possibilidade da aplicação da técnica estatística de análise multivariada nos dados disponíveis, onde espera-se $p\text{-valor} \leq 0,05$ para a aceitação do uso da referida técnica. O $p\text{-valor}$ obtido foi 0,000 sendo possível a utilização da análise fatorial nos dados existentes.

Após a seleção dos fatores a partir da análise fatorial, calculou-se no Microsoft® Office® Excel®, as médias (\bar{x}) e o Índice de Efetividade (IE) de cada fator.

O índice de efetividade foi calculado através de uma fórmula, a qual mostra a efetividade das ações de serviço dentro das novas dimensões ou fatores separados a partir da análise fatorial.

Esta fórmula foi feita através de uma adaptação do método Genebrino ou Distancial, utilizado para se medir a qualidade de vida que, na essência metodológica, mensura as variáveis prioritariamente qualitativas^{14,15}. Assim sendo, o IE é igual à média dos pesos atribuídos pelos entrevistados menos 1, dividido por 4 (diferença entre o máximo valor da escala de Likert – 5, e o valor mínimo da escala de Likert – 1), multiplicando-se por 100. Sendo: $\bar{x} =$ a média dos pesos atribuídos pelos entrevistados. $1 = X_{\min}$. X_{\min} (mínimo valor da escala de *Likert*) = 1. X_{\max} (máximo valor da escala de *Likert*) = 5.

Para este estudo, foi feita a transformação linear, a partir da escala de Likert, assumindo valores de 1 a 5, sendo 1 o valor mais baixo e, 5 o valor mais alto, onde os cálculos demonstraram que 1 representa 0,0%, 2 representa 25,0%, 3 representa 50,0%, 4 representa 75,0% e, 5 representa 100,0%.

Estabeleceu-se para este estudo que o valor 75,0% seria o parâmetro para avaliar a efetividade das ações de controle da HAS, que representa 4 na escala de *Likert*. Este parâmetro justifica-se por considerar o desgaste físico dos profissionais com sobrecarga de trabalho, demanda grande de usuários com HAS para serem acompanhados, dependência de outros serviços intersetoriais (secundário e terciário), além das

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

Quadro 1 - Distribuição da carga fatorial das ações de serviço dos profissionais de saúde nos cuidados da HAS, Campina Grande - PB, Brasil. 2010.

condições de trabalho em ambientes adaptados, insalubres e sem estrutura física adequada para a realização de trabalhos em grupo.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com protocolo nº. 341/10. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A análise fatorial separou os itens estudados em grupos gerando três fatores: Fator 1 (Fator correspondente à informação sobre a HAS e seu controle); Fator 2 (Fator correspondente à efetividade das ações na visita domiciliar e na consulta); Fator 3 (Fator correspondente às informações sobre os medicamentos para a HAS, agendamento da consulta de retorno e registro de ocorrências como hospitalização).

O fator 1 referente à informação sobre a HAS e seu controle apresentou carga fatorial de 0,819. O fator 2 referente à visita domiciliar ao hipertenso pelo ACS verifica se o usuário hipertenso segue a dieta ori-

entada pelo profissional da saúde obteve-se uma carga fatorial de 0,753 e no fator 3 referente às informações sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da HAS mostrou uma carga fatorial de 0,794. O fator 1 mostra que as variáveis que estão nele explicam 21,352% da variação do grupo estudado. Assim sendo, os itens foram os maiores responsáveis pela variação das informações. Logo, se fossem resolvidos os problemas ligados a estas variáveis seriam eliminados 21,3% da variação, ou seja, haveria mais consenso na efetividade do serviço e uma padronização no atendimento. Assim também, o fator 2 que apresentou 11,67% de variância. O fator 3 foi desconsiderado neste estudo devido à baixa variabilidade, por ter sido gerado poucos itens na análise fatorial. A variância acumulada no fator 3 foi de 41,7% mostrando o quanto a soma de cada fator resultou nas variações existentes nas variáveis. Os resultados referentes ao autovalor mostraram que o fator 1 obteve 4,697; o fator 2 apresentou 2,567 e o fator 3 obteve 1,913 (Quadro 2).

Analisando as variáveis do fator 1, observou-se uma maior variação do IE. Verificou-se que 93,1% foi o IE dos profissionais que conversam sobre outros pro-

B. Visita Domiciliar	
B.11	Na visita domiciliar ao hipertenso é preenchida a ficha B-HA pelo ACS?
B.12	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS verifica se o usuário hipertenso segue a dieta orientada pelo profissional da saúde?
B.13	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS questiona se o usuário hipertenso toma regularmente a medicação prescrita pelo médico?
B.14	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS questiona se o usuário hipertenso realiza exercícios físicos regularmente (pelo menos 3 vezes por semana)?*
B.17	Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS registra na ficha B-HA ocorrência de hospitalização, óbitos, complicações e outras intercorrências?
E. Adesão/Vínculo	
E.36	Acha que os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde ou necessidades do doente de HAS?
E.37	Os profissionais da unidade de saúde dão tempo suficiente para que os doentes de HAS explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?
E.39	Os profissionais da unidade de saúde registram as queixas dos doentes de HAS nos prontuários?
E.40	São dadas as informações sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da HAS?
E.41	Os profissionais da unidade de saúde solicitam informações, sobre todos os medicamentos utilizados pelos doentes de HAS?
F. Elenco de Serviços	
F.42	Com que frequência são oferecidas informações sobre a HAS e seu controle?
F.43	Com que frequência são oferecidas informações sobre os medicamentos e seus efeitos?
F.44	Com que frequência são oferecidas informações sobre Educação em Saúde (informação sobre outros temas de saúde)?
F.45	Se faz verificação da PA todas as vezes que vai para a consulta?
F.46	Com que frequência são realizadas visitas domiciliares?
F.48	Há formação de grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?
F.53	É garantido o agendamento da consulta de retorno?
G. Coordenação	
G.56	Os doentes de HAS são comunicados sobre os agendamentos das consultas de retorno na unidade de saúde?
G.61	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o doente de HAS sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?
H. Enfoque NA Família	
H.65	Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o doente de HAS?
H.66	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o doente de HAS sobre a doença, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?
H.67	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da família do doente de HAS no tratamento?

Quadro 2 - Descrição das cinco dimensões selecionadas para este estudo.

* Na ocasião da aplicação do questionário a recomendação para atividade física era de três dias semanais. Atualmente, segundo a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão²⁹, passou a ser de cinco dias.

blemas de saúde ou necessidades do doente de HAS. Em contrapartida, o IE do item F.48 (*formação de grupos de doentes de HAS na unidade de saúde*) foi de 69,2%, como também, o IE do item F.44 (*com que frequência são oferecidas informações em educação em saúde*) foi de 71,5% (Figura 1).

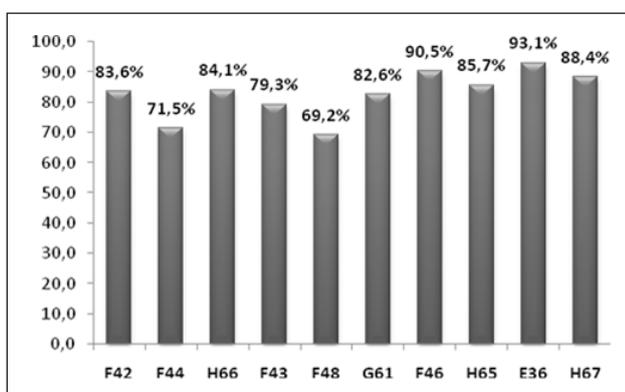


Figura 1 - Distribuição do índice de efetividade das variáveis do fator 1. Campina Grande - PB, Brasil. 2010.

Dentre estas variáveis investigou-se as ações do ACS na visita, sua principal atribuição. Verificou-se que todos os itens do fator 2 obtiveram o IE superior a 75%. O IE mais baixo foi encontrado no item B.11 (*Na*

visita domiciliar ao hipertenso é preenchida a ficha B-HA pelo ACS?), que apresentou 89,8%. O item F.45 (*Se faz verificação da PA todas as vezes que vai para a consulta?*), obteve o IE maior, 98,6%. Os demais itens variaram entre 90,9% a 97,8% (Figura 2).

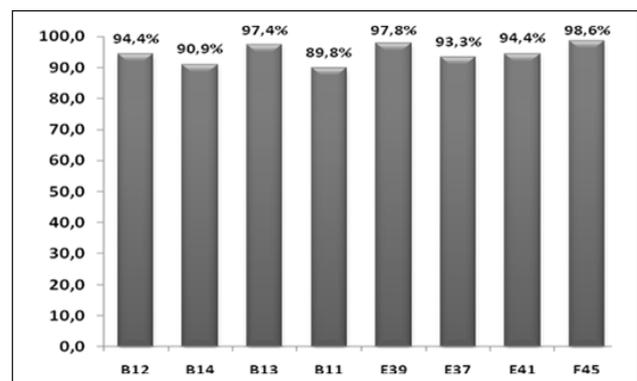


Figura 2 - Distribuição do índice de efetividade das variáveis do fator 2. Campina Grande - PB, Brasil. 2010.

Pode-se observar que o IE do item B.17 (*Na visita domiciliar ao hipertenso o ACS registra na ficha B-HA ocorrência de hospitalização, óbitos, complicações e outras intercorrências?*) foi 61%, significando que esta atribuição está abaixo do preconizado no estudo (75%)

e que necessita ser observado com mais rigor pelos profissionais na intenção de otimizar esta ação. Demais itens variaram entre 86,9% e 94,3% (Figura 3).

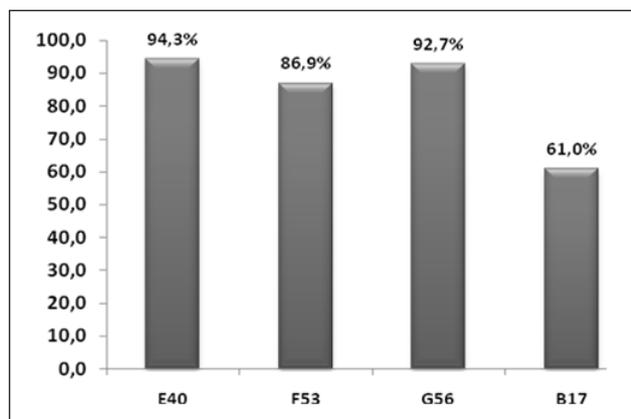


Figura 3 - Distribuição do índice de efetividade das variáveis do fator 3. Campina Grande - PB, Brasil. 2010.

Discussão

O controle da HAS é um indicador importante para avaliar a qualidade da APS, uma vez que o paciente portador dessa doença necessita de acompanhamento contínuo, permanente, longitudinal e precisa mudar seus hábitos de vida, o que requer orientação, acompanhamento profissional e educação continuada para a saúde.

A fórmula estatística que mediu a qualidade das ações de controle da hipertensão arterial desenvolvida neste estudo permitiu mensurar a efetividade dessas ações, ao avaliar as dimensões da APS propostas por Starfield⁴, no que se refere ao *processo* como prática assistencial.

A metodologia empregada pode ser ferramenta útil para os profissionais da APS, bem como gestores, na reorientação em busca de melhor efetividade. Ela permite identificar tipos de ações que poderiam ocorrer com os recursos utilizados para intensificar e potencializar os cuidados e/ou orientações voltados à prevenção e ao controle da HAS.

Apesar de os resultados desta pesquisa mostrem uma significativa qualidade de atendimento ao doente de HAS na ótica dos profissionais, em três itens (B.17; F.44; F.48) verificou-se que o IE foi inferior a 75%, ou seja, estes itens indicaram que há falhas nas atribuições dos profissionais de saúde não apresentando efetividade em ações de controle da HAS, sobretudo quanto à educação em saúde através de palestras, sala de espera, atividades em grupo, dinâmicas educativas/instrutivas e orientações gerais para prevenção e controle da HAS. Este estudo revelou pouco desempenho nas atividades dos profissionais em relação à atribuição 'educação continuada'.

O item em que é questionado *informações sobre a HAS e seu controle*, apresenta maior carga fatorial no fator 1, seguido do item *educação em saúde*.

Percebe-se, essencialmente, um déficit na promoção da saúde e prevenção da doença, promovidos através da educação em saúde, atribuição primordial na APS.

A educação em saúde junto ao doente de HAS

contribui consideravelmente no controle da PA. Esta deve ser rotineiramente praticada por todas as categorias de profissionais¹⁶.

A prática da educação em saúde representa uma ação social cujo processo estimula a formação da consciência crítica das pessoas com HAS, além de intensificar a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva^{17,18}, podendo despertar no usuário com hipertensão a importância da mudança do seu estilo de vida.

A relação educativa com a população rompe com a verticalidade da relação entre o profissional e o usuário. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento¹⁶.

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

Quando se calculou o índice de efetividade destes itens através da equação que mostra a efetividade das ações de serviço dentro das novas dimensões ou fatores separados a partir da análise fatorial, verificou-se que os valores foram superiores a 89% significando assim, que os profissionais ACS apresentam efetividade nas ações domiciliares relacionadas aos cuidados e vigilância dos doentes de HAS superiores ao parâmetro (75%) deste estudo.

Dentre as atribuições do ACS uma das principais funções é de realizar visitas domiciliares, sendo esta a característica da ESF. A realização da visita gera um elo entre a equipe e a comunidade, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde. É o elo cultural do ACS com a família que potencializa o trabalho educativo¹⁹.

Além da vigilância e promoção da saúde, a visita domiciliar proporciona o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário. Vínculo aqui referenciado por Starfield como uma das ferramentas ou dimensões básicas que avaliam os serviços da APS^{20,21}.

Em um estudo realizado no município de Fortaleza (CE), foi confirmada a empatia e o vínculo como elementos centrais na relação de cuidado. Alguns usuários, quando questionados sobre a diferenciação do atendimento na unidade e no domicílio, relataram a preferência pela assistência domiciliar por possibilitar uma maior vinculação com os profissionais. Também relataram que apesar de o tempo destinado à visita ser limitado, o seu aproveitamento se acentua tendo em vista o favorecimento do diálogo²².

Estudos sobre efetividade são predominantes em pesquisas avaliativas nacionais e internacionais relacionadas aos programas de controle de doenças cardiovasculares incluindo a HAS. Esses programas

foram avaliados na atenção primária na Noruega, nos Estados Unidos (EUA), Paquistão e Suécia. Apesar de aplicados de formas distintas, possui em comum o objetivo de diminuir os fatores de risco²³⁻²⁶.

Na Noruega, o estudo objetivou avaliar o estilo de vida e mudanças de fatores de risco cardiovasculares, após 6 anos de intervenção baseada na capacitação e cooperação entre as organizações de voluntários e os serviços de saúde locais. As principais mudanças nos fatores de risco cardiovascular resultaram em: redução no consumo de café (21,3%), redução dos níveis de colesterol, redução do índice de massa corporal (IMC) e redução de fumantes (5,9%).

Intervenções de saúde pessoais e não-pessoais, incluindo a ação do governo para estimular a redução do teor de sal nos alimentos processados, são formas rentáveis para limitar a doença cardiovascular, reduzindo a incidência global em 50% de eventos cardiovasculares²⁴.

No Paquistão, um projeto de intervenção de prevenção primária para doenças cardiovasculares de base comunitária visou reduzir os fatores de risco nessas populações, no distrito de Lodhrân. O projeto implementou uma série de atividades integradas com mecanismos de serviços sociais e de saúde existentes durante três anos. Foram trabalhados temas como: educação em saúde da comunidade, meios de comunicação, intervenções, a formação de profissionais de saúde e educação em saúde através de trabalhadores de saúde. Mudanças positivas significativas foram observadas nos níveis de conhecimento da comunidade, especialmente em relação a uma dieta saudável para o coração, benefícios da atividade física, causas e efeitos da pressão alta e ataque cardíaco, além de tabagismo ativo e passivo na saúde²⁵.

Mudança de hábitos alimentares da população sueca e redução do tabagismo na população dos EUA também foram programas capazes de alcançar mudanças significativas nos fatores de risco de doenças cardiovasculares das comunidades locais estudadas²⁶.

No Brasil, estudos sobre o tema também se concentram na análise de efetividade. Observou-se 98% de adesão e impacto da ESF de 57% de controle da pressão arterial, com média de 10,1, \pm 3,9 consultas por ano na Bahia²⁷. Em São Paulo, a efetividade em uma unidade básica de saúde foi de 44%, com duas a quatro consultas anuais²⁸.

Referências

- Hartmann M, Dias-Da-Costa JS, Olinto MTA, Pattussi MP, Tontini A. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Fatores Associados: Um Estudo de Base Populacional em Mulheres no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*, 2007; 23(8), ISSN 0102-311x
- Almeida C, Macinko J. Organização Mundial da Saúde (OMS) / Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) / Ministério da Saúde - Brasil. *Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde: Validação de uma Metodologia de Avaliação Rápida das Características Organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Nível Local*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Segre CA, Ueno RK, Warde KRJ, Accorsi TAD, Miname MH, Chi CK, *et al.* Efeito hipertensão e normotensão do jaleco branco na liga de hipertensão do hospital das clínicas, FMUSP. Prevalência, características clínicas e demográficas. *Arq Bras Cardiol*, 2003; 80(2): 117-121.
- Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card*, 2008; 91(1): 31-35.
- Lessa I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Rev Bras de Hipertens*, 2001; 8: 383-392.
- Scherr C, Ribeiro JP. Gênero, Idade, Nível Social e Fatores de Risco Cardiovascular: Considerações Sobre a Realidade Brasileira. *Arq Bras Cardiol*, 2009; 93(3): e54-e56.
- Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cienc Saude Coletiva*, 2008; 13(1).
- Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *The Journal of Family Practice*, 2002; 50(2):161-75.

Discorre-se que, com os resultados desta pesquisa, os fatores gerados a partir da análise fatorial, sobretudo os itens dos fatores 1 e 2, podem ser priorizados pelos profissionais da ESF. Tendo em vista as repercussões em saúde que estas atribuições poderiam contribuir para o controle da hipertensão arterial sistêmica.

Obtiveram-se os índices de efetividade de cada fator, gerado na análise fatorial, os quais superaram o que foi preconizado para este estudo (75%), considerando os possíveis entraves que dificultam ou bloqueiam a eficácia das atribuições dos profissionais, seja pela demanda acentuada, excesso de atribuições ou outras dificuldades.

Quanto aos itens de cada fator, inferiores a 75%, estão aqueles relacionados à frequência de informações em educação em saúde e formação de grupos de doentes de HAS na unidade de saúde, os quais também apresentaram maiores cargas fatorias.

Amparado nos dados observados nesta pesquisa, acredita-se na real atuação efetiva dos agentes comunitários de saúde no momento da visita domiciliar. Porém, apesar de ter obtido um índice positivo de efetividade das ações dos profissionais no controle da HAS, não se pode negar que esta doença ainda é reconhecidamente um sério problema de saúde pública, em especial para a APS, mostrando-se como um dos grandes desafios a ser superado pela constante incidência desta doença. Este desafio deve servir como estímulo para o desenvolvimento de estratégias que venham permitir o controle de uma pressão arterial descompensada.

Assim sendo, é sugerido neste estudo, além de uma maior reflexão dos profissionais e dos gestores, no que tange a real efetividade das ações de controle da HAS, explorar condições resolutivas na APS como intensificar ações educativas, com o intuito de, tanto minorar a incidência de pessoas diagnosticadas com a HAS, como prevenir complicações reversíveis e irreversíveis que esta doença pode acarretar.

Fonte de financiamento

Este estudo foi financiado pelo CNPq - Editais: MCT/CNPq/MS - SCTIE - DECIT/MS Nº. 37/2008 e, MCT/CNPq/ CT - Saúde/MS/SCTIE/DECIT Nº. 067/2009 - REBRATS.

9. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – Dados do Censo 2010. *Diário Oficial da União*. Brasil, 04 de novembro de 2011.
11. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumol*, 2009; 35(6): 610-612.
12. Paes NA. *Desempenho do programa saúde da família comparado com o das unidades básicas de saúde no controle da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em municípios do estado da Paraíba: um estudo de coorte*. Edital: MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS No. 067/2009.
13. Hair Jr JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tathan RL. *Análise multivariada de dados*. 6ª Ed. Porto Alegre: Bookman 2009, 688p.
14. Magalhães SB, Ferreira K, Pinheiro DM (org.) *Indicadores sociais da indústria: avaliação da qualidade de vida do trabalhador da indústria*. Metodologia, Brasília: SESI/DN 2010, 92p.
15. Sliwiany RM. *Sociometria: como avaliar a qualidade de vida e projetos sociais*. Petrópolis: Vozes 1997; 182 pp.
16. Silva LMV. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Cienc Saude Coletiva*, 1999; 4(2): 331-339.
17. Guimarães PMM. Precisamos criar uma cultura de educação em saúde. *Encontro Estadual de Comunicação e Educação em Saúde*. Florianópolis, 27 de outubro de 2001.
18. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial – Interface. *Comunic Saude Educ*, 2005; 9(16): 39-52.
19. Tolentino DS, Andrade M. O trabalho do agente comunitário de saúde e suas implicações para o enfermeiro no programa de saúde da família. *Informe-se em Promoção da Saúde*, 2008; 4(1): 06-09.
20. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 2003; 38(3): 819-854.
21. Starfield B. *Primary care: concept, evaluation, and policy*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1992.
22. Albuquerque ABB e Bosi MLM – Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*, 2009; 25(5): 1103-1112.
23. Lupton BS, Fønnebø V, Sjøgaard AJ, Langfeldt E. The Finnmark Intervention Study. Better health for the fishery population in an Arctic village in North Norway. *Scand J Prim Health Care*, 2002; 20(4): 213-218.
24. Murray CJ, Lauer JA, Hutubessy RC, Niessen L, Tomijima N, Rodgers A, et al. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. *Lancet*, 2003; 361(9359): 717-725.
25. Nishtar S, Badar A, Kamal MU, Iqbal A, Bajwa R, Shah T, et al. The Heartfile Lodhran CVD prevention project-end of project evaluation. *Promot Educ*, 2007; 14(1): 17-27.
26. Weinehall L, Lewis C, Nafziger AN, Jenkins PL, Erb TA, Pearson TA, et al. Different outcomes for different interventions with different focus! A cross-country comparison of community interventions in rural Swedish and US populations. *Scand J Prim Health Care*, 2001; 56: 46-58.
27. Araujo JC, Guimaraes AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev Saude Publica*, 2007; 41(3): 368-374.
28. Sala A, Nemes-Filho A, Eluf-Neto J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. *Rev Saude Publica*, 1996; 30(2): 161-167.
29. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, 2010; 95(supl.1): 1-51.