



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

ÉRICA MARIA DE NORONHA VIANA

**AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROGRAMA
DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
ATENÇÃO BÁSICA DE FORTALEZA**

Fortaleza – CE
2009

Érica Maria de Noronha Viana

AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROGRAMA DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública-CMASP, da Universidade Estadual do Ceará-UECE, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Dr. Paulo César de Almeida

Fortaleza – CE
2009

Érica Maria de Noronha Viana

**AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROGRAMA DE CONTROLE DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE FORTALEZA**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico de Saúde Pública-
CMASP, da Universidade Estadual do
Ceará-UECE, como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Saúde
Pública.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará
Orientador

Prof. Dr^a. Escolástica Rejane Ferreira Moura
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr^a. Helena Alves de Carvalho Sampaio
Universidade Estadual do Ceará

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, elevo meu pensamento a Deus para agradecer pelas maravilhas que fez em minha vida. Se hoje posso render este fruto é graças ao Senhor!

Aos meus pais que simplesmente são tudo para mim. Responsáveis por minha criação e formação, estiveram sempre presentes em minha caminhada, permeando-a de amor e carinho e, por isso, são a minha própria existência.

Ao meu namorado por todo amor, paciência e companheirismo, mesmo nas horas de crises existenciais.

Aos meus irmãos por me permitirem dominar o computador... Rsrtrs.

Aos meus amigos do mestrado pela amizade, pelos risos, pelo companheirismo, pela solidariedade, pelas trocas de informação e pelas farras também.

Ao meu orientador Paulo César, pelos ensinamentos, por sua simpatia, seu empenho e sua leveza de ser.

À minha prima Rafaela e minha amiga Geordany, que foram esclarecedoras de dúvidas sobre o PSF.

À minha coordenadora, Professora Salete pelo estímulo que me incentivou a produzir.

À Mairla e Lucinha pela colaboração nos assuntos estudantis.

À Maria pelos cafezinhos que por muitas vezes me ajudaram a despertar.

À professora Helena pela excelente contribuição que deu à pesquisa.

Ao professor Maia pela colaboração na elaboração da metodologia.

Ao Sr. Célio, Professor Ivanir, Dra. Érica, colegas de trabalho e meus pacientes que permitiram a minha ausência momentânea para a concretização de um sonho.

À FUNCAP por propiciar fomento necessário ao desenvolvimento desta pesquisa.

EPÍGRAFE

SALMO 23...

*O Senhor é o meu pastor e nada me faltará;
Ele me faz descansar em campinas verdejantes
e me leva a águas tranqüilas.
O eterno me dá novas forças;
e me guia no caminho certo
Ainda que eu caminhe por um vale escuro
como a própria morte, não temerei.
Pois Deus está comigo,
Tu me proteges e me diriges.
Preparas um banquete para mim
onde meus inimigos possam ver,
Sou teu convidado de honra e
enches meu copo até a borda.
Sei que a tua bondade e o teu perdão
ficarão comigo enquanto eu viver.
E todos os dias da minha vida
morarei na tua casa.*

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atinge aproximadamente um bilhão de pessoas no mundo, sendo considerada um importante problema de saúde pública. Acredita-se que para atuar na prevenção e controle da HAS necessita-se, além do conhecimento científico específico sobre a afecção, de atitudes que envolvam estratégias de Promoção da Saúde (PS). Com base nos ideais da proposta do Programa Saúde da Família (PSF) encontra-se terreno fértil para o desenvolvimento dessas ações. No entanto, vale ressaltar que a proposta encontra dificuldades em sua implementação e passa a exigir dos recursos humanos novas habilidades para a prática de atitudes promocionais em saúde. Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar as ações desenvolvidas no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica de Fortaleza no contexto da Promoção da Saúde. Propôs, ainda, a caracterizar o perfil profissional dos membros das equipes de Saúde da Família do município de Fortaleza, a comparar as ações praticadas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família no Programa de Controle de Hipertensão Arterial com as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde e a identificar os fatores facilitadores e dificultadores das práticas de promoção da saúde determinadas para o Programa de Controle de Hipertensão Arterial. Trata-se de estudo descritivo e analítico, com abordagem quantitativa no tratamento dos dados, os quais foram submetidos ao programa estatístico *Statistical Package for Social Science-SPSS*. Foram entrevistados 59 médicos, 79 enfermeiros, 84 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 229 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Desses, 79,2% eram mulheres, com idade entre 19 a 68 anos, com média de $36,38 \pm 9,29$. De acordo com o perfil profissional, a maioria dos médicos, enfermeiros e ACS eram concursados, com exceção dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem que apresentaram menor vínculo empregatício. Os médicos e enfermeiros revelaram um percentual razoável de capacitações. Ressalta-se, porém, uma menor atenção com relação à capacitação dos profissionais de nível médio pesquisados. A maioria dos médicos, enfermeiros e ACS e a minoria dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem relatou ter recebido treinamento para trabalhar na perspectiva de promoção da saúde. E pouco mais da metade dos médicos e enfermeiros realizaram o curso de capacitação para desenvolver o Programa de Controle de Hipertensão Arterial. Vários fatores manifestaram-se como dificultadores ao desenvolvimento do Programa de Controle da Hipertensão Arterial. No geral, todas as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento do Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica eram realizadas, porém, nem todas, a contento. Observou-se alta implantação de consultas, mas as atividades educativas coletivas que deveriam estar presentes no delineamento do programa eram escassas, caracterizando o modelo biomédico. Apesar da maioria dos profissionais afirmar práticas de promoção de saúde (PS) em suas condutas, constataram-se falhas, tanto na clínica ao paciente hipertenso, quanto em atividades que caracterizam uma prática mais efetiva de PS. Concluiu-se que as ações de promoção da saúde no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica de Fortaleza necessitam de maior ênfase.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Hipertensão, PSF e Recursos Humanos.

ABSTRACT

The Arterial Hypertension Systemic (HAS) approximately reaches a billion of people in the world, being considered, therefore, a problem of public health. It is given credit that to act in the prevention and control of the HAS it is needed, beyond the specific scientific knowledge on the *afecção*, of attitudes that involve strategies of promotion of the health (PS). On the basis of the ideals of the proposal of the Program of Health of Family (PSF) fertile land for the development of these actions meets. However, valley to stand out that the proposal in itself finds difficulties in its implementation and starts to demand of the human resources new abilities for the practical one of *promocionais* attitudes in health. This research has as objective main to analyze the actions developed in the Program of Control of Arterial Hypertension in the basic attention of Fortaleza in the context of the Promotion of the Health. It is considered, still, to characterize the professional profile of the members of the teams of Health of the Family of the city of Fortaleza, to compare the actions practiced for the professionals of the teams of Health of the Family in the Program of Control of Arterial Hypertension with the actions praised for the Health department and to identify to the factors facilitators and *dificultadores* of the practical ones of determined promotion of the health for the Program of Control of Arterial Hypertension. One is about descriptive and analytical study, with quantitative boarding in the treatment of the data, which had been submitted to the statistical program *Statistical Package will be Social Science-SPSS*. 59 doctors, 79 nurses, 84 assistant and/or technician of nursing and 229 Communitarian Agents of health had been interviewed (ACS). Of these, 79.2% were women, with age enter the 19 68 years, with average of 36, 38 ± 9 , 29. In agreement with the professional profile, the majority of the doctors, nurses and ACS were *concursados*, with exception of the assistant and/or technician of nursing who had presented minor employment bond. The doctors and nurses had disclosed a percentage reasonable of qualifications. It is standed out, however, a lesser attention with relation to the qualification of the searched professionals of average level. The majority of the doctors, nurses and ACS and the minority of the assistant and/or technician of nursing had told to have received training to work in the perspective of promotion of the health. E the half of the doctors and nurses had little more than carried through the qualification course to develop the Program of Control of Arterial Hypertension. Some factors had been disclosed as *dificultadores* to the development of the Program of Control of the Arterial Hypertension. In the generality, all the actions praised for the Health department for the development of the Program of Control of Arterial Hypertension in the basic attention were carried through, however, nor all, content it. High implantation of consultations was observed, but the collective educative activities that would have to be gifts in the delineation of the program were scarce, characterizing the biomedical model. Although the majority of the professionals to affirm practical of attitudes of promotion of health in its behaviors, had evidenced imperfections, as much in the clinic to the patient hypertensive, how much in activities that characterize one practical more effective of PS. One concluded that the actions of promotion of the health in the Program of Control of Arterial Hypertension in the basic attention of Fortaleza need bigger emphasis.

Key-words: Promotion of the Health, Hypertension, PSF and Human resources.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Dados relevantes da história clínica do paciente hipertenso	39
Quadro 2 - Dados relevantes do exame físico do paciente hipertenso	39
Quadro 3 - Avaliação Laboratorial inicial do paciente hipertenso	40
Quadro 4 - Achados no exame clínico indicativos de alto risco ou da necessidade de exames laboratoriais	40
Quadro 5 - Classificação de risco global de desenvolver DCV nos próximos 10 anos, segundo Escore de Framingham	41
Figura 1 - Fluxograma de classificação de risco cardiovascular	42
Quadro 6 - Classes de anti-hipertensivos	50
Gráfico 1 – Situação de variáveis de ordens físicas e materiais que podem interferir no Programa de Controle de Hipertensão Arterial, PSF Fortaleza Maio/Julho/200	76
Gráfico 2 – Opinião dos profissionais segundo obstáculos no Programa de Controle de Hipertensão Arterial, PSF Fortaleza Maio/Julho/2008	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação da Pressão Arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)	38
Tabela 2 - Decisão terapêutica na Hipertensão Arterial	43
Tabela 3 – Características das bebidas alcoólicas mais comuns	47
Tabela 4 - Modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial	49
Tabela 5 – Fármacos anti-hipertensivos disponíveis na rede básica do SUS	50
Tabela 6 – Percentuais alvos de cadastramento ao Plano de Reorganização da Atenção Básica à Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus de acordo com a população residente nos municípios	52
Tabela 7 – População de médicos, enfermeiros e auxiliar e ou técnico de enfermagem	62
Tabela 8 – População de profissionais estratificada segundo regional de saúde e número amostral de médicos, enfermeiros e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem a serem pesquisados	63
Tabela 9: Amostra calculada estatisticamente para compor o número de médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e ACS a serem pesquisados	64
Tabela 10: Amostragem efetiva de médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e ACS	66
Tabela 11 - Distribuição dos profissionais segundo perfil profissional, PSF de Fortaleza-Ce, Maio/ Julho/ 2008	73
Tabela 12 - Distribuição do número de profissionais, segundo processo de trabalho no Programa de Controle de Hipertensão Arterial, PSF de Fortaleza-Ce, Maio/Julho/2008	80
Tabela 13 - Distribuição de médicos e enfermeiros, segundo ações no processo de trabalho no Programa de Controle de Hipertensão Arterial, PSF de Fortaleza-Ce, Maio/Julho/2008	84
Tabela 14 - Relação entre espaço físico apropriado para atividades educativas e a existência de grupos de hipertensos	89
Tabela 15 - Distribuição do número de profissionais, segundo o entendimento de Promoção da Saúde, PSF de Fortaleza-Ce, Maio/Julho/2008	91
Tabela 16 - Relação entre o entendimento de promoção da saúde e categorias profissionais e nível de escolaridade	92

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	7
LISTA DE TABELAS	8
1. INTRODUÇÃO	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 Promoção da Saúde	16
2.1.1 Educação em Saúde	21
2.1.2 Promoção da Saúde no Brasil	23
2.1.3 Promoção da Saúde versus Pobreza	25
2.1.4 Reflexões em torno da Promoção da Saúde	26
2.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	27
2.2.1 Conceito e Epidemiologia	27
2.2.2 Aspectos fisiopatológicos da Hipertensão Arterial	29
2.2.3 Fatores de risco para HAS	30
2.2.3.1 Fatores de risco não-controláveis	30
2.2.3.1.1 Idade	30
2.2.3.1.2 Etnia	30
2.2.3.2 Fatores de risco controláveis	31
2.2.3.2.1 Consumo excessivo de sal	31
2.2.3.2.2 Obesidade	32
2.2.3.2.3 Álcool	33
2.2.3.2.4 Sedentarismo	34
2.2.3.2.5 Tabagismo	34
2.2.3.2.6 Fatores socioeconômicos	35
2.2.3.2.6.1 Hábitos alimentares x pobreza	35
2.2.3.2.6.2 Obesidade e pobreza	37
2.2.4 Diagnóstico e Classificação	38
2.2.5 Avaliação Clínica	39
2.2.6 Estratificação do risco cardiovascular	40
2.2.7 Decisão Terapêutica segundo classificação da Pressão Arterial	42
2.2.8 Tratamento não-medicamentoso	43
2.2.8.1 Controle de peso	44
2.2.8.2 Adoção de hábitos alimentares saudáveis	44
2.2.8.3 Redução do consumo de bebidas alcoólicas	46
2.2.8.4 Abandono do tabagismo	47
2.2.8.5 Prática de atividade física regular	47
2.2.9 Tratamento medicamentoso	49
2.2.10 Programa destinado à Hipertensão Arterial na Atenção Básica	51

2.3 Programa de Saúde da Família e a necessidade de profissionais capacitados para implementá-lo	54
3. OBJETIVOS	59
4. METODOLOGIA	60
4.1 Tipo de estudo	60
4.2 Local de estudo	60
4.3 População	61
4.4 Amostra	62
4.5 Variáveis de estudo	66
4.6 Etapas preparatórias para a pesquisa de campo	66
4.7 Pesquisa de campo	67
4.8 Análise de dados	68
4.9 Organização dos resultados	68
4.10 Aspectos éticos	69
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
5.1 Perfil Profissional	70
5.2 Condições de trabalho para atuar no Programa de Controle de HAS, seus fatores facilitadores e dificultadores	75
5.2.1 Condições físicas e materiais	75
5.2.2 Obstáculos relatados pela equipe para atuar no Programa de Controle de HAS	77
5.3 Processo de trabalho no Programa de Controle de HAS na atenção básica de Fortaleza	78
5.3.1 Ações comuns às quatro categorias profissionais pesquisadas	78
5.3.2 Ações comuns a médicos e enfermeiros	81
5.3.2.1 Tratamento não-medicamentoso	81
5.3.2.2 Outras ações	83
5.3.3 Ações médicas	87
5.3.4 Ações de enfermagem	87
5.3.5 Ações dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem	89
5.3.6 Ações dos Agentes Comunitários de Saúde	90
5.4 Conceito Promoção da Saúde	90
6. CONCLUSÕES	93
7. REFERÊNCIAS	96
ANEXOS	104
Anexo A	105
Anexo B	106
APÊNDICES	107
Apêndice A	108
Apêndice B	113
Apêndice C	118
Apêndice D	122
Apêndice E	126

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), entidade clínica multifatorial em que há presença de níveis tensionais elevados, atinge aproximadamente um bilhão de pessoas no mundo, sendo considerada, portanto, um problema de saúde pública (SAMPAIO *et al.*, 2007).

No Brasil, estima-se que a prevalência da hipertensão arterial nas cidades brasileiras varie de 22,3% a 43,9%, adotando como parâmetro a Pressão Arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006).

No Ceará, em uma amostra de indivíduos moradores de uma comunidade carente, a partir de 30 anos de idade, também se utilizando ponto de corte de PA $\geq 140/90$ mmHg, detectou-se prevalência de 23,96% de HAS (FEIJÃO, 2000).

Um inquérito nacional para fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis realizado em 16 capitais brasileiras, nos anos de 2002-2003, revelou uma prevalência auto-referida de HAS na população de 25 anos ou mais em Fortaleza-CE de 31,2% para indivíduos de baixa escolaridade (até oito anos de estudo) e 22,1% entre aqueles que possuíam maior escolaridade (BRASIL, 2005).

Em decorrência de tamanha magnitude, vários estudos (FEIJÃO, 2000; LIMA *et al.*, 2004; GUS *et al.*, 2004; LESSA *et al.*, 2006; ALVES & NUNES, 2006; STURMER *et al.*, 2006; SARAIVA *et al.*, 2007; BOING & BOING, 2007; JARDIM *et al.*, 2007; COSTA *et al.*, 2007) vêm sendo realizados a fim de identificar seus fatores de risco e de encontrar medidas para sua prevenção e controle.

Alguns desses estudos se referem a dados epidemiológicos da doença (FEIJÃO, 2000; GUS *et al.*, 2004; LIMA *et al.*, 2004; LESSA *et al.*, 2006; JARDIM *et al.*, 2007; COSTA *et al.*, 2007; BOING & BOING, 2007), outros abordam a educação em saúde e sua relação no tratamento da HAS (ALVES & NUNES, 2006; STURMER *et al.*, 2006; SARAIVA *et al.*, 2007). Este estudo encontra-se nessa segunda linha de pesquisa.

O controle da hipertensão arterial é obtido por meio de um programa medicamentoso, prescrito de acordo com a gravidade do caso, e de medidas não-medicamentosas. Acredita-se que para atuar no controle da hipertensão arterial necessita-se, além do conhecimento científico específico sobre a afecção, de atitudes que envolvam estratégias de promoção da saúde, visto a importância do tratamento não-medicamentoso nessa doença e a intrínseca colaboração do sujeito hipertenso para o seu sucesso.

Fatores de riscos comportamentais como tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e excesso de álcool estão correlacionados à origem e evolução da HAS. Estes podem ser controlados, de forma a contribuir com a diminuição dos níveis pressóricos e, é sobre eles que se apóia o tratamento não-medicamentoso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006).

Para que o sujeito se envolva de forma mais colaborativa e construtiva no seu processo saúde-doença, faz-se necessário o empoderamento do mesmo com relação ao referido processo, o que permitirá melhor apropriação do controle, mesmo que parcial, sobre o seu estado de saúde. Segundo a Carta de Ottawa (1986), isso é possível através da divulgação de informação e educação para a saúde, compromisso que deve ser atribuído aos serviços de saúde (BRASIL, 2002a).

Em 2000, o Ministério da Saúde implementou o Plano de Reorganização da Atenção Básica à Hipertensão. Conforme as recomendações do Programa Saúde da Família-PSF, esta atenção deve começar pela busca ativa de casos na comunidade, seja mediante visitas domiciliares ou rotina de aferição da pressão arterial de usuários. A rotina de atenção a esses pacientes prevê tanto o acompanhamento ambulatorial e domiciliar, quanto a assistência farmacêutica e a Educação em Saúde (BRASIL, 2001a).

Alves & Franco (2003) revelaram a reduzida frequência com que as ações educativas têm sido desenvolvidas no âmbito dos Centros de Saúde da Família (CSF), particularmente as atividades coletivas.

Outro estudo realizado por Alves & Nunes (2006) a respeito da educação em saúde na clínica médica do paciente hipertenso, ao entrevistar 10 médicos

atuantes no Programa Saúde da Família de três municípios baianos, constatou que 90% (9) deles adotavam o modelo hegemônico de Educação em Saúde, mantendo-se coerente com a orientação estritamente biomédica da atenção ao paciente hipertenso. Os autores, entretanto, destacaram a importância da abordagem realizada por um único profissional, como prática orientadora ao paciente hipertenso, no sentido da promoção da saúde. “Espera-se que o contato cotidiano com os usuários e a comunidade possa ser reconhecido pelos profissionais como uma situação oportuna para o desenvolvimento desta ação” (ALVES & NUNES, 2006, p.132).

Conforme relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), o cuidado com as condições crônicas tem-se revelado um importante desafio aos sistemas de saúde. Dentre as propostas inovadoras de cuidado, discute-se a reorientação do modelo assistencial.

Segundo Paim (1999), modelo de saúde é a forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) intermediadas por tecnologias¹ (leves, duras e ou leve-duras) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo objetivo é atuar sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. O atual modelo de atenção à saúde, incorporado na figura do Programa de Saúde da Família (PSF), adota elementos de vários modelos (da medicina preventiva, da saúde comunitária, da saúde coletiva e de promoção da saúde) a fim de assistir a saúde.

O PSF traz uma proposta de promoção, proteção e recuperação da saúde, baseado nos princípios e diretrizes da universalidade da assistência, equidade no acesso, integralidade no cuidado, participação popular, regionalização no planejamento e descentralizações das ações (BRASIL, 1998).

Em consonância com os princípios mencionados, o princípio operacional do PSF de adscrição da clientela possibilita o vínculo dos Centros de Saúde da Família (CSF) com a população, o que requer uma relação de compromisso e de co-

¹ Considerando a organização tecnológica do trabalho em saúde, o conceito de tecnologia não se restringe só a equipamentos, mas ao conjunto de saberes, equipamentos e suas formas de articulação. Nesse sentido, tecnologias leves se refere aos recursos humanos, tecnologias duras ao aparato material e tecnologias leves-duras à interação destes. Conceito defendido por Merhy (1998).

responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços (BRASIL, 2002b).

Baseado nos ideais da proposta do PSF, encontra-se terreno fértil para o desenvolvimento de ações que busquem a promoção da saúde. Porém, é válido ressaltar que a proposta em si encontra dificuldades na prática e passa a exigir dos recursos humanos novas habilidades, posturas e conhecimentos para que se possa operacionalizar as transformações necessárias ao sistema (BRASIL, 2002b). Afinal são os trabalhadores de saúde os agentes do processo de trabalho e, em parte, responsáveis pela real implementação do modelo assistencial preconizado (FARAH, 2006).

O conceito de recursos humanos, segundo a Norma Operacional de Recursos Humanos (NOB-RH, BRASIL, 2003, p.27), é “expressão utilizada para designar e especificar os trabalhadores, em relação a outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, uma operação, um projeto, um serviço”. Já a definição de profissionais de saúde é “aqueles que, estando ou não ocupados no setor saúde detém formação profissional específica, capacidade prática e acadêmica para o desempenho de atividades diretamente ligadas ao cuidado ou às ações de saúde” (ALMEIDA, 2003, p.150).

Teixeira (2006) afirma que um dos desafios enfrentados pelo PSF nos grandes centros urbanos é a competição com o modelo médico-assistencial hegemônico, no qual tanto os profissionais de saúde quanto a população está acostumada a usufruir de serviços especializados, mesmo na atenção básica. E que para mudança desse contexto, compete à estratégia saúde da família promover um redirecionamento da atenção, incorporando atitudes voltadas para o acolhimento e estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, de forma que ambos sejam co-responsáveis na produção de saúde, princípios defendidos pela Promoção de Saúde.

A elaboração deste estudo sucedeu-se à execução de pesquisa anterior realizada pela própria autora em um Centro de Saúde da Família, localizado em um município de pequeno porte, na região metropolitana de Fortaleza-CE. Nesta pesquisa, os dados, coletados por meio de entrevista com os usuários participantes

do Programa de Controle de Hipertensão Arterial, revelaram que metade deles não havia recebido informações com relação aos fatores de risco associados à HAS e nem esclarecimentos sobre sua doença (VIANA, 2004).

Os resultados dessa pesquisa levaram à hipótese de que os profissionais de saúde não estão dando a ênfase necessária às ações de promoção da saúde para o atendimento dos usuários do Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica. O interesse por esse tema resultou na elaboração deste estudo.

Apoiada em assertivas de alguns autores, esta pesquisa parte do princípio de que as “ações de promoção da saúde podem ser transversais ao modelo de atenção, podendo (e devendo) ser desenvolvidas em qualquer momento” (TEIXEIRA, 2006, p.101); de que qualquer atividade de saúde quer atue na prevenção primária, secundária ou terciária, pode ser concebida como uma prática de promoção de saúde, desde que se promova concepção positiva de saúde² e autonomia do sujeito (WESTPHAL, 2007) e de que “clínica e promoção precisam andar sempre juntas”, buscando a integralidade das ações (CAMPOS, 2006, p.69). Dessa forma, esta pesquisa busca analisar as ações desenvolvidas no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica de Fortaleza no contexto da Promoção da Saúde.

² O sentido do termo concepção positiva de saúde refere-se à idéia da saúde em sua visão holística, multideterminada, processual e não somente saúde como ausência de doença (WESTPHAL, 2007).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Promoção da Saúde

Em 1974, no Canadá, surgiu “formalmente” o movimento de Promoção da Saúde, através da divulgação do Informe Lalonde. Esse informe tinha como motivação central o enfrentamento dos altos custos gastos na assistência médica e questionava as limitações da abordagem médica como único tratamento destinado às doenças crônicas, configurando-se, assim, como uma tentativa de mudança à crescente medicalização da vida social (BUSS, 2000; CZERESNIA, 2003).

O movimento de Promoção da Saúde veio a se firmar na década de 80, após a crise da Saúde Pública, motivada primeiro pela incapacidade do Estado de prover os altos custos da assistência médica e segundo pelas limitações da abordagem exclusivamente médica, incapaz de suprir as necessidades pessoais e coletivas relativas à saúde, principalmente após modificação do perfil demográfico e epidemiológico das sociedades contemporâneas (SABROZA; CARVALHO *apud* FREITAS, 2003).

Apesar de verídico, o segundo motivo encontrou maior respaldo devido à associação ao primeiro, pois na medida em que divide a responsabilização pela saúde com o indivíduo, o Estado diminui a sua parcela de responsabilidade.

Como resposta a um movimento que estava ocorrendo no mundo todo, clamando por uma nova saúde pública, emergiu a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada na cidade de Ottawa, no Canadá, em 1986. As discussões ocorridas basearam-se nos resultados alcançados com a Declaração de Alma Ata, em 1978, o documento da OMS de Saúde Para Todos e o debate na Assembléia Mundial da Saúde sobre ações intersetoriais necessárias para o Setor Saúde (BRASIL, 2002a).

Essa Conferência resultou na elaboração da Carta de Ottawa, a partir da qual foi construído o conceito moderno de Promoção da Saúde: “processo de

capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002a, p.19). Baseado nesse conceito, ações de promoção da saúde seriam todas aquelas que proporcionassem um empoderamento³ do indivíduo em torno de tudo o que se relaciona a sua saúde. Observa-se, então, que essas ações podem e devem estar presentes em todo e qualquer momento da atenção à saúde destinada ao indivíduo ou comunidade.

A Carta de Ottawa (BRASIL, 2002a) enumera cinco campos centrais de ação para se promover saúde, sendo eles: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Dentre os cinco campos de ação, destacam-se os três últimos que norteiam diretamente a elaboração deste projeto de pesquisa, já que os campos não são excludentes, pelo contrário, articulam-se entre si, estabelecendo uma interdependência.

O reforço comunitário consiste no empoderamento das comunidades, intensificando o apoio social e auto-ajuda, para que estas se apropriem do controle sobre o seu estado de saúde, visando a uma melhoria deste.

Nas várias Declarações que compõem os documentos relacionados à Promoção da Saúde, o assunto do reforço comunitário e do empoderamento vem sendo abordado. Tanto a Carta de Ottawa (1986), quanto a Declaração de Adelaide, resultante da II Conferência Internacional de Promoção da Saúde em 1988, ressaltam que a ação comunitária é o ponto central da promoção de políticas públicas para a saúde, pela qual a comunidade busca o controle de seus próprios esforços e destinos. Nesse sentido, a Declaração de Sundsvall, resultante da III Conferência Internacional de Promoção da Saúde em 1991, propõe “capacitar comunidade e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão”. Posteriormente, a Declaração de Bogotá (1992), resultante de Conferência Internacional de Promoção da Saúde que aborda este tema para a América Latina,

³ Este termo se refere a uma adaptação da palavra *empowerment* que segundo Vasconcelos (*apud* Becker *et al.*, 2004, p.657) significa “o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais...”.

sugere "fortalecer a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis" (BRASIL, 2002a, p.43, 47).

O desenvolvimento de habilidades pessoais também enfatiza a capacitação do sujeito em adquirir conhecimentos que possam ajudá-lo a ter um controle maior sobre o seu estado de saúde. Essa preocupação é realçada pela crescente prevalência de doenças crônicas. Afinal, entende-se que as causas ou fatores de risco mais importantes estão relacionados com comportamentos individuais, modos de vida ou riscos existentes em local de trabalho e no meio-ambiente. "É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento de doenças crônicas..." (BRASIL, 2002a, p. 24).

A Carta de Ottawa afirma que para promover a equidade em saúde (um dos seus ideais) é necessário que a população tenha acesso a ambientes propícios ou favoráveis, obtenção de informação e oportunidades que lhes permitam realizar escolhas por um estilo de vida mais sadio. Salienta ainda que a população pode não alcançar seu estado pleno de saúde, se não for capaz de controlar os fatores determinantes que atuam na sua saúde (BRASIL, 2002a).

Nesse contexto, os Centros de Saúde têm papel fundamental, visto que representam um dos possíveis "ambientes favoráveis", cuja missão é possibilitar à população o "acesso à informação" para que assim tenham, pelo menos em parte (visto saúde não depender só de informação), condições de fazer escolhas por uma vida mais saudável. É nessa perspectiva que se encaixa o terceiro campo de ação que é a reorientação dos serviços de saúde.

Para atuar nesses campos de ação propostos, a Carta de Ottawa (1986) estabelece três grandes estratégias a serem trabalhadas no campo da Promoção de Saúde: a defesa da saúde, a capacitação e a mediação. Entende-se que este trabalho se posiciona, mais diretamente, na estratégia de capacitação, onde:

Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes (BUSS, 2000, p.170).

O ideário da Promoção da Saúde traz, portanto, uma proposta de substituição no conteúdo das práticas de saúde, até então embasadas no modelo flexneriano, indicando a inclusão de ações educativas, comunicação e mobilização social no *roll* das atividades desenvolvidas pelo setor saúde, que se traduzam em atitudes promocionais de saúde a serem desenvolvidas a qualquer momento e em qualquer nível organizacional de atenção à saúde (TEIXEIRA, 2006).

Portanto, qualquer atividade de saúde, quer atue na prevenção primária, secundária ou terciária, pode ser concebida como uma prática de promoção de saúde, bastando para isso que se adote concepção positiva de saúde e autonomia do sujeito, ou seja, deve-se promover não somente o despertar para práticas preventivas na busca de mudança no estilo de vida, principalmente no caso de doenças crônicas, como também procurando atuar também na gênese do problema.

Segundo Santos (2005), não cabe mais relacionar a promoção da saúde somente à medicina preventiva e sim incluí-la em todo processo saúde-doença-cuidado. Para Westphal, “a prevenção das doenças pode caminhar junto, na perspectiva da Promoção da Saúde, com base em uma proposta de reorientação dos serviços de saúde”. O autor vai além, ao afirmar que um critério para averiguar se uma ação, mesmo que na área de prevenção secundária, como por exemplo, “o controle de fatores de risco de diabetes tipo II, também está promovendo saúde, é identificar se contempla também processos de formação e empoderamento individual e coletivo dos indivíduos e grupos envolvidos” (WESTPHAL, 2007, p.658).

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Campos (2006, p.69) ressalta a importância da promoção da saúde aliada à clínica, afirmando que apesar de serem diferentes e apresentarem especificidades e ritmos próprios “clínica e promoção precisam andar sempre juntas”.

A união da promoção da saúde à clínica assemelha-se à proposta da clínica ampliada defendida por Campos (2003) e Cunha (2005), que é a clínica tradicional aliada às singularidades do sujeito.

Ao abordar as singularidades do sujeito, o autor propõe a escuta do usuário, o diálogo entre profissional de saúde-usuário e o estabelecimento de vínculos. São etapas também necessárias para uma efetiva promoção de saúde,

visto que para se promover a saúde de um indivíduo ou comunidade se faz necessário o seu conhecimento prévio.

Trabalhar com promoção da saúde não é um ato fácil, pois requer um engajamento e compromisso maior dos profissionais de saúde. Principalmente porque envolve a busca do outro (paciente) para o seu engajamento no processo saúde-doença. Essa busca é um ato de conquista, uma criação de vínculos, o qual se origina da necessidade do usuário de procurar ajuda para o problema que o aflige e da capacidade do profissional de saúde em dar respostas às suas necessidades.

Acontece que para criar essa co-responsabilização em saúde, necessita-se da presença ativa do sujeito (paciente). Este, por sua vez, é um ser complexo, que carrega consigo uma bagagem cultural. Campos (2003, p.36-37) afirma que “a cultura tem sido tomada como um conjunto de costumes, tradições, valores, regras e leis que interferem em vários aspectos da existência humana” e que “a cultura e as concepções sobre saúde e doença condicionam o modo de vida dos seres humanos”. Observa-se então um entrelaçamento entre o modo de vida de cada um enquanto ser cultural e a questão saúde.

Na visão de Campos (2003, p.40) cultura também é uma mediação entre desejo e interesses, necessária para uma vida em sociedade. O mesmo correlaciona desejo ao viver intenso e interesse à longevidade, ao afirmar que ambos “têm aspectos complementares, mas também produzem forças em sentidos diferentes que impulsionam o ser humano em direções diversas”.

A Medicina e a Saúde Pública privilegiam o interesse em detrimento do desejo. Talvez, por isso, tenha maior dificuldade de aproximação do sujeito (paciente). Na maioria das vezes, as práticas de saúde enfatizam a doença e esquecem que junto a esta existe um indivíduo biopsicossocial. E, quando se está diante, principalmente, de uma doença crônica o fator de ordem psíquica é essencial.

Não que se deixe em segundo plano a doença, senão quais especificidades teriam as unidades de saúde e seus profissionais? Mas que haja uma ampliação do objeto de estudo da clínica, deixando de ser somente a doença

para ser um composto da doença e do sujeito que a detém em contexto socioeconômico que lhe é característico. Assim como dizia Campos (2003, p.55):

nem a antidialética positivista da Medicina que fica com a doença descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos sujeitos concretos, nem a revolta ao outro extremo, a doença entre parênteses, como se não existisse, quando na verdade, ela está lá, no campo, todo o tempo, fazendo barulho, desmanchando o silêncio dos órgãos.

Nesse propósito, insere-se a promoção da saúde, acrescentando ao papel do profissional de saúde, não somente o agir sobre o outro que está sob o seu cuidado, mas também o ajudar os outros a se ajudarem, incentivando a capacidade de as pessoas intervirem em seus problemas de forma positiva.

Para se alcançar tamanho objetivo faz-se necessária forte presença do fator educacional. Observa-se, então, a Educação em Saúde como instrumento fundamental para a prática da promoção da saúde, que objetiva proporcionar uma melhor orientação ao sujeito, possibilitando-lhe capacidades de escolhas mais discernidas. Este é, portanto, um meio para que as pessoas se empoderem, quer dizer, exerçam melhor controle sobre suas vidas.

2.1.1 Educação em Saúde

O conceito de Educação em Saúde definido por Green & Kreuter (apud Candeias, 1997, p. 2) é:

quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, onde se enfatiza a importância de combinar vários determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizado e de intervenções educativas. A palavra delineada distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. Facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. Ação diz respeito a medidas comportamentais adotados por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde. (Green & Kreuter, apud Candeias, 1997, p. 2).

Ao analisar este conceito, observa-se que a educação em saúde procura desencadear mudanças no comportamento do indivíduo, não apenas relativas à adoção de hábitos saudáveis, mas, também, em relação ao pensar saúde, inserindo-se, portanto, na promoção da saúde, na medida em que o desenvolvimento de habilidades pessoais é um campo de ação da promoção da saúde.

A educação em saúde pensada dessa forma configura-se como um dos instrumentos ou ferramentas essenciais para a prática da promoção da saúde. Visto que, não se restringindo somente ao repasse de informações ou sugestões, favorece a descoberta de conhecimentos, troca de saberes e tentativas de enfrentamento e resoluções para a realidade em que se manifesta. “A educação em saúde, mais do que difundir informações, busca ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas tanto sobre o seu próprio contexto, quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade” (CAMPOS, 2003, p. 35).

Essa percepção atual, ou pelo menos que se deseja dominante, da Educação em Saúde encontrou respaldo no pensamento difundido por Paulo Freire⁴ e outros pensadores, mas nem sempre foi pensada dessa forma.

No Brasil, no final do século XIX e início do século XX, desenvolveram-se as primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde. Essas seguiam o mesmo discurso sanitário europeu moralista e baseado na disciplinarização da higiene. A sua aplicabilidade se fez presente em virtude de contenção das epidemias que assolavam principalmente os centros urbanos (ALVES, 2005).

Durante décadas, esse discurso sanitarista no qual o indivíduo é responsabilizado pela quebra da relação harmônica entre homem, agente etiológico e meio-ambiente, necessitando, portanto, ser educado a viver de forma sadia, a fim de que esse equilíbrio não seja dissolvido, perdurou, e, ainda hoje, pode ser encontrado como orientador das práticas educativas em saúde.

Somente em 1960, com a inserção da Medicina Comunitária ocorreu uma mudança do enfoque em torno do indivíduo para a comunidade, verificando-se um

⁴ Referência na área da educação popular e considerado um dos maiores pensadores na pedagogia mundial, tendo influenciado o movimento da pedagogia crítica.

apelo para a participação comunitária na solução de seus problemas de saúde. Porém, Alves (2005) lança uma crítica ao afirmar que há apenas uma transferência da culpabilização do indivíduo para a comunidade, visto que os determinantes sociais dos problemas não eram levados em consideração.

Durante os anos de 1970, época de vigência do regime militar, houve uma supressão no campo da educação em saúde. Em contrapartida observou-se a organização de movimentos sociais envolvendo intelectuais, profissionais de saúde e populares. Esses movimentos adotaram as propostas de Paulo Freire e outras teorias do campo das ciências humanas a fim de criticar as práticas educativas autoritárias até então vigentes (ALVES, 2005).

A Educação em Saúde foi ganhando forças e adesão de pensadores sociais em saúde e sendo vista como uma das estratégias para se promover saúde. Como se pode observar no caminho percorrido pelo movimento de Promoção da Saúde no Brasil.

2.1.2 Promoção da Saúde no Brasil

No Brasil o movimento de Promoção da Saúde encontrou campo no processo de Reforma Sanitária. Este, iniciado na década de 80, contou com a participação de vários grupos como: técnicos do setor Saúde, médicos e outros profissionais da saúde, estudantes, movimentos sociais, secretários de saúde, simpatizantes da discussão e alguns militantes de partidos de esquerda.

O Movimento Sanitário pautava-se na crítica ao modelo médico-assistencial vigente (modelo biomédico), caracterizado por ser privatista (financiado pelo setor privado), excludente (só tinham acesso os trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes), curativista (ênfase maior no tratamento de doenças que na prevenção), hospitalocêntrico (centrado no atendimento hospitalar e com alta tecnologia) e biologicista (entendimento de que a doença é ocasionada só por fatores biológicos, esquecendo-se de seus determinantes psicossociais) (DENEM, 2006).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, presidida pelo sanitarista brasileiro Sérgio Arouca, definiu as diretrizes e os princípios políticos da Reforma Sanitária, que se baseava no conceito ampliado de saúde, reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do estado e organização de um Sistema Único de Saúde. Tal sistema era orientado por princípios de Universalidade, Integralidade, Descentralização e Participação da comunidade. Em 1987, é criado o SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde) influenciado pelos ideais da reforma sanitária e em 1988 a nova Constituição estabelece as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (ANDRADE, 1998; SILVA, 2006).

Com base na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde que o regulamentam (lei 8.080 e 8.142 de 1990), o SUS é implantado de fato e de direito (ANDRADE, 1998). Em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família – PSF, que muda o enfoque de assistência à doença para promoção da saúde. Nesse sentido, busca-se reconhecer o processo de construção social da saúde, procurando fortalecer a autonomia das populações em relação à sua própria saúde (ANDRADE *et al.*, 2007).

Então, a partir da construção do SUS e da implantação do PSF, o movimento de Promoção da Saúde vem-se apresentando na formulação de políticas e programas de saúde governamentais (TEIXEIRA, 2006). Este estudo abordou, especificamente, o Programa de Controle de Hipertensão Arterial, inserido no PSF, que, por sua vez, também adota princípios promocionais de saúde como norteadores de suas práticas.

O Programa Saúde da Família, que atualmente também é referenciado como Estratégia Saúde da Família, atende cerca de 90 milhões de brasileiros, o que representa uma cobertura de 50% da população do país. Vale ressaltar que essa cobertura apresenta maior percentual em municípios com população inferior a 20 mil habitantes, que nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2008).

Grande parte da população atendida pelo PSF é de baixa renda. Um estudo de avaliação do programa em oito centros urbanos revelou que o percentual de moradores adscritos ao PSF que tinha renda miserável (até 1 salário mínimo) variava de 38% a 68% entre os municípios (BRASIL, 2002c). Baseado nessa

realidade abordar-se-á um outro diálogo pertinente: promoção de saúde versus pobreza.

2.1.3 Promoção da Saúde versus pobreza

Pasquim (2002) suscita a questão de que existe uma pré-concepção de que aqueles menos favorecidos financeiramente e que não tiveram acesso à educação formal não possuem educação e, por conseguinte, são incapazes de formular idéias ou ações.

Yunes (apud Yunes *et al.*, 2007) em sua tese de doutorado, em que abordava crenças e posturas de trabalhadores sobre famílias pobres, constatou que alguns profissionais do Rio Grande do Sul mantinham um pré-conceito com relação aos pobres, considerando-os acomodados, negligentes e desestruturados. Em um outro estudo sobre crenças de agentes comunitários de saúde sobre possibilidades de resiliência em famílias de baixa renda, Yunes *et al.* (2007) revelaram uma visão pessimista desses profissionais com relação aos menos favorecidos financeiramente, relacionando também à questão da acomodação e carências.

A esse respeito Yunes *et al.* (2007) afirmaram ainda:

as atitudes pessimistas e o descrédito dos profissionais em relação às famílias, podem agir em prejuízo do atendimento dispensado a essas populações. Assim, ao invés de contribuir para uma conscientização e mudança de situações de risco vivenciadas por essas famílias, as crenças desses profissionais resultam numa atuação pouco eficiente e apática, norteadas por um sistema de idéias que culpabiliza as famílias pela pobreza e as impossibilita de visualizar soluções (YUNES *et al.*, 2007, p.451).

Essas considerações são importantes quando se pensa no caráter educativo presente na proposta de promoção da saúde, e, especificamente, neste estudo, na relação de trocas de saberes que se deseja na elaboração de um processo terapêutico mais eficiente. Considera-se prejudicial a aproximação junto aos usuários impregnada de pré-conceitos e sugere-se uma abordagem mais horizontalizada no cuidado ao paciente.

Assim como a elaboração desse tópico foi necessária ao esclarecimento do tema e às considerações literárias surgidas no decorrer do processo de construção do estudo, abordar-se-ão algumas reflexões baseadas em leituras que representaram contrapontos no decorrer da elaboração da dissertação e mostraram-se úteis na construção do pensamento científico desta.

2.1.4 Reflexões em torno da Promoção da Saúde

A construção desse tópico deve-se ao fato de que muitos poderiam argumentar estar esta dissertação assumindo uma vertente behaviorista⁵ da Promoção da Saúde, na qual se enfatiza unilateralmente os estilos de vida, associando-se predominantemente à epidemiologia do risco.

Buss (1999) destaca que os conceitos, assim como as práticas da Promoção da Saúde dividem-se em dois grandes grupos. O primeiro relaciona-se a atitudes educativas que proporcionem ao indivíduo controle, pelo menos parcialmente, da sua própria saúde, abordando ações comportamentais individuais, podendo localizar este indivíduo em nível familiar e ou comunitário. Já o segundo é mais abrangente, ao passo que enfoca determinantes gerais sobre as condições de saúde (trabalho, renda, educação, moradia, alimentação).

Carvalho (2004) associa esses dois grandes grupos ao que se chama respectivamente de *empowerment* psicológico (EP) e *empowerment* comunitário (EC), e faz uma crítica sobre o primeiro (EP), alegando que este ignora o contexto político e histórico em que as pessoas atuam. De fato, considera-se o segundo grupo (EC) detentor de maior significação, respaldado por um discurso mais legitimador de busca ao conceito positivo de saúde. Porém, cabe ressaltar que a abrangência desse último (EC), não exclui, e sim engloba e complementa o primeiro

⁵ “**Behaviorismo** - Em psicologia, o behaviorismo é a doutrina que pretende explicar toda a vida psicológica por leis de interação entre o homem e o meio. Uma psicologia científica e objetiva só pode ser o estudo do comportamento objetivamente observável dos seres humanos, e nada mais, além disso. O seu domínio próprio é o campo total das adaptações humanas” (Pierre Naville apud Lenhard). (www.malhatlantica.pt/aquilespinto/Supervis.doc)

grupo, desde que esse *empowerment* psicológico (como citado por Carvalho) seja dotado de um caráter potencializador e não meramente prescritivo.

Ayres (2002, p.41), em seu artigo sobre Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco, faz uma reflexão sobre essa associação. Após elaborar uma reconstrução histórico-epistemológica da epidemiologia do risco e suscitar hipóteses de que definições negativas da saúde, as quais partem da doença ou da vulnerabilidade a essa podem podar a proposta de promoção da saúde, chega à conclusão de que “a fusão dos horizontes discursivos das diversas disciplinas científicas requer não o abandono de um discurso em prol de outro”. O autor defende ainda que “não faz sentido reclamar uma epidemiologia sem números ou sem risco, mas há que se buscar categorias que permitam fazer dialogar os seus achados com outras construções conceituais” a fim de que se possa potencializar a sua contribuição ao desafio de promover a saúde.

Sabe-se que a HAS consiste no principal fator de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, contudo essa pode ser um fator modificável. Para tanto, o envolvimento ativo do indivíduo é essencial, o que requer mobilizações em torno de ações promocionais de saúde. A leitura seguinte abordará considerações a respeito da HAS.

2.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

2.2.1 Conceito e epidemiologia

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) caracteriza-se por entidade clínica multifatorial, em que há presença de níveis tensionais elevados e, muitas vezes, associa-se a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos. Se não detectada e tratada precocemente, adequada e continuamente, pode repercutir lenta e progressivamente em lesões nos chamados órgãos-alvo (SANTOS *et al.*, 2004).

A HAS consiste em uma das principais doenças crônicas, sendo, portanto, um relevante problema de saúde pública, com prevalência ascendente.

Segundo Boing & Boing (2007), aproximadamente 972 milhões de pessoas (26,4% da população mundial adulta), apresentavam, em 2000, hipertensão arterial, e projeta-se para 2025 um agravamento nesse quadro, estimando-se que 1,56 bilhões de pessoas no mundo desenvolvam HAS. A OMS (2005) afirma que 7,1 milhões das mortes anuais em nível mundial são decorrentes de HAS.

Como já referido, segundo as Sociedades Brasileiras de Hipertensão, de Cardiologia e de Nefrologia (2006), através das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, no Brasil, estima-se que a prevalência da hipertensão nas cidades brasileiras varie de 22,3% a 43,9%, adotando como parâmetro a pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg. Para exemplificar, em Goiânia, capital de Goiás, a prevalência de HAS foi de 36,4%, sendo maior entre homens (41,8%) que entre mulheres (31,8%) (JARDIM *et al.*, 2007). Em Salvador, capital da Bahia, a prevalência total de HAS foi 29,9%: 27,4%, (IC 23,9-31,2) em homens e 31,7%, (IC 28,5-34,9) em mulheres (LESSA *et al.*, 2006).

A hipertensão arterial consiste em um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV). Estas somaram, em 2003, no Brasil, 27,4% dos óbitos totais, atingindo 37% quando são excluídas as mortes por causas mal definidas e a violência. Segundo as Sociedades Brasileiras de Hipertensão-SBH, de Cardiologia - SBC e de Nefrologia-SBN (2006), baseadas em dados do *Joint National Committee* (JNC) do *National Institute of Health* (NIH), a HAS explica 25% das mortes por doença coronariana e 40% por acidente vascular cerebral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006).

Já segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b), a HAS tem prevalência nacional de cerca de 20% na população adulta (maior ou igual a 20 anos) e forte relação com 80% dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 60% dos casos de doença isquêmica do coração. Vários estudos mostram que ao se reduzir a pressão arterial diastólica média de uma população em cerca de 4 mmHg, em um ano haverá uma redução de 35 a 42% de AVE nessa população (BRASIL, 2001b).

No Ceará, as doenças do aparelho circulatório apresentaram-se como a primeira causa de óbitos, atingindo, em 2004, um percentual de 22% do total de

mortes registradas. De 1998 a 2004, as taxas de internação por doenças hipertensivas variaram de 494,1 a 575,6/100.000 habitantes na faixa etária de 60 anos e mais, representando acréscimo de 16,5% (SECRETÁRIA DE SAÚDE DO CEARÁ, 2006).

Rolim *et al.* (2007), em estudo sobre custos do tratamento ambulatorial com hipertensos, revelaram um gasto anual com serviços médicos e medicamentos de aproximadamente R\$ 804,97 por cada paciente em Bauru-SP, comparados a R\$ 1.078,80 no Brasil e US\$ 981,00 nos EUA.

2.2.2 Aspectos fisiopatológicos da Hipertensão Arterial

A disfunção endotelial é considerada um evento aterosclerótico inicial, que pode levar a complicações cardiovasculares. Na HAS não está definido se a disfunção endotelial é a causa ou conseqüência da alta pressórica.

Modelos genéticos levam a acreditar que a HAS ocorre devido a uma lesão direta na parede vascular, ocasionada por pressão constante. Esse estresse mecânico pode ocorrer devido a um aumento na velocidade da onda gerada pela curva de pressão, a uma complacência vascular reduzida ou a uma diminuição na elasticidade relativa à reflexão da onda de pressão. Essas alterações, por sua vez, ocasionam estresse mecânico que leva à lesão da célula endotelial, resultando em acúmulo de plaquetas e fibrinogênio, que ao se depositarem, podem ocasionar necrose das pequenas artérias e arteríolas (PEREIRA *et al.*, 2006).

Um estudo realizado para verificar o impacto dos fatores de risco cardiovasculares sobre a função e a estrutura vascular cardíaca comprovou que a HAS é realmente o maior fator de risco independente para doenças cardiovasculares, visto que os indivíduos que eram hipertensos essenciais (sem outros fatores de risco associados) apresentaram uma diminuição de 40% da resposta de dilatação mediada pelo fluxo (DMF), quando comparados com indivíduos normotensos (PEREIRA *et al.*, 2006).

2.2.3 Fatores de risco para Hipertensão Arterial

Alguns fatores de risco são atribuídos à gênese da HAS, sendo eles: idade, etnia, consumo excessivo de sal, obesidade, excesso de bebidas alcoólicas, sedentarismo, tabagismo e baixa renda (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006). Esses fatores de risco podem ser classificados com controláveis e não-controláveis.

2.2.3.1 Fatores de risco não-controláveis

Sabe-se que alguns desses fatores não são controláveis, como é o caso da idade e da etnia.

2.2.3.1.1 Idade

Sabe-se que a pressão arterial aumenta com a idade, devido a diminuição da complacência vascular (arteriosclerose) e/ou ateromatose. Na cidade de Bambuí-MG, indivíduos idosos apresentaram uma prevalência de 61,5% de HAS (FIRMO *et al.*, 2003).

2.2.3.1.2 Etnia

A HAS é significativamente mais prevalente em mulheres afrodescendentes que em mulheres brancas, podendo esse excesso de risco chegar a 130% (LESSA, 2001).

Um estudo realizado em Bauru-SP, comparando as respostas pressóricas ao exercício aeróbico entre indivíduos hipertensos brancos e negros, revelou melhores resultados na redução da pressão arterial em brancos que em negros, apesar de ambos terem tido reduções pressóricas. O estudo revelou também que diferenças estatísticas significantes na redução de peso, índice de massa corpórea-IMC, e frequência cardíaca-FC e glicose, só foram observadas nos brancos (CAMPOS *et al.*, 2007).

2.2.3.2 Fatores de risco controláveis

Outros fatores de risco podem ser controlados, sendo portanto, sobre esses o direcionamento do tratamento não-medicamentoso.

2.2.3.2.1 Consumo excessivo de Sal

O consumo elevado de sódio pode ajudar a desencadear HAS. Estudos revelam menor prevalência de HAS em populações com baixa ingestão de sal, o contrário também ocorrendo, ou seja, em populações com alta ingestão de sal, a prevalência de HAS é maior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006).

Um estudo realizado entre a população de hipertensos atendidos num Centro de Saúde da cidade de São Luís-MA revelou que para 34,6% dos pacientes a dieta pobre em sal é uma das recomendações mais difíceis de cumprir (SANTOS *et al.*, 2007). Esse é um exemplo claro de confronto entre desejo e interesse, como mencionado anteriormente por Campos (2003). Mesmo cientes do fator de risco sal em excesso, para muitos o desejo do consumo de sal prevalece, mostrando que há de se tentar trabalhar essa orientação de forma a equilibrar desejos e interesses.

2.2.3.2.2 Obesidade

Estatísticas demonstram que 75% dos homens e 65% das mulheres desenvolvem hipertensão arterial em decorrência do sobrepeso e obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006). Dados epidemiológicos apontam a existência de um bilhão de adultos, no mundo, com sobrepeso (índice de massa corpórea - IMC de 25 a 29,9 Kg/m²) e dentre esses indivíduos no mínimo 300 milhões são obesos (IMS $\geq$ 30 Kg/m²) (GOULART & BENSENOR, 2006).

O excesso de peso atingia, em 2003, 41,17% dos homens brasileiros e 40% das mulheres brasileiras, sendo o percentual de obesidade de 8,9% e 13,1%, respectivamente. À mesma época, no Nordeste, o excesso de peso e obesidade, respectivamente, entre os homens estava em torno de 32,9% e 6,7% (índice menor que nas outras regiões), sendo que, 37,8% e 8,1% estavam na área urbana e 21,0% e 3,2% na área rural. Já entre as mulheres nordestinas, o excesso de peso e obesidade, respectivamente, aparecia com 38,8% e 11,7%, sendo 39,4% e 12,0% na zona urbana e 36,8% e 10,8% na zona rural (IBGE, 2004).

A HAS é seis vezes mais prevalente em indivíduos obesos que em não obesos (MARIATH *et al.*, 2007). Cabe ressaltar também que o aumento da circunferência abdominal, indicativo de obesidade central são indicadores de risco aumentado para doenças cardiovasculares (CARNEIRO *et al.*, 2003).

Boing & Boing (2007), em estudo sobre a descrição da distribuição dos indicadores referentes à hipertensão entre os pacientes cadastrados no ano de 2004 em todo território nacional no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), apontaram que o percentual de hipertensos com excesso de peso é de 42,6%.

Em Fortaleza, estudo realizado nos anos de 2002-2003 revelou prevalência de 39% de excesso de peso para população de quinze anos ou mais (BRASIL, 2005a).

Segundo dados do *National Heart, Lung and Blood Institute* apud Goulart e Bensenor (2006), apesar de não totalmente esclarecido, o processo fisiopatológico

que associa a obesidade à HAS é provavelmente explicado pela retenção de sódio, aumento da resistência vascular, volume sanguíneo e sobrecarga cardíaca. Essas alterações cardiovasculares associadas à gordura corporal excessiva podem ocasionar hiperatividade do sistema nervoso simpático, e elevar os valores de renina-angiotensina-aldosterona e resistência insulínica.

Portanto, além da HAS, pode-se associar a obesidade à resistência a insulina, hiperinsulinemia, intolerância à glicose e hipertrigliceridemia (LOPES, 2007)

2.2.3.2.3 Álcool

O elevado consumo de álcool⁶ eleva a pressão arterial. A magnitude está relacionada à quantidade e à frequência da ingestão de etanol.

Em estudo realizado num Centro de Saúde na cidade de São Luís-MA, com 156 clientes, os quais representavam 86,6% dos hipertensos cadastrados no Programa de Controle de Hipertensão atendidos nesse Centro de Saúde, 90,4% afirmaram não fazer uso de bebida alcoólica (SANTOS *et al.*, 2007).

Segundo Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis-DANT, ocorrido em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, a prevalência de consumo de álcool, em Fortaleza-CE, no período de 2002-2003, foi de 11%, sendo uma das três mais elevadas prevalências entre as capitais pesquisadas (SECRETÁRIA DE SAÚDE DO CEARÁ, 2006).

⁶ Considera-se um elevado consumo de bebidas alcoólicas valores superiores a 30ml/dia de etanol para o sexo masculino e 15ml/dia para o feminino (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.* 2006; BRASIL, 2006).

2.2.3.2.4 Sedentarismo

Pessoas sedentárias têm risco aumentado em 30% de desenvolver HAS em relação àqueles que praticam atividade física. Mariath *et al.* (2007) citam dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia os quais revelam que 80% da população adulta brasileira é sedentária. A prevalência de hipertensos sedentários cadastrados no HIPERDIA em todo território nacional é de 45,2% (BOING & BOING, 2007).

Na cidade de Fortaleza, a prevalência de indivíduos sedentários, no período de 2002-2003, era de 42%, com 36,2% para os homens e 46,8% para as mulheres. Essa prevalência de atividade física insuficiente foi maior na faixa etária de 50 a 69 anos que nas outras faixas etárias (SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ, 2006).

Segundo Cunha *et al.* (2007), em um estudo sobre fatores associados à prática de atividade física na cidade de Goiânia, observou-se relação inversa entre sedentarismo e escolaridade e a prevalência da doença hipertensiva auto-referida foi menor naqueles que praticavam atividade física.

2.2.3.2.5 Tabagismo

O risco relacionado ao tabagismo é proporcional à quantidade de cigarros fumados e à profundidade da inalação (BRASIL, 2006). Existem mais de 4.000 substâncias conhecidas na combustão incompleta do cigarro, porém duas delas são comprovadamente importantes na disfunção endotelial, a nicotina e o monóxido de carbono (PEREIRA *et al.*, 2006).

O estudo supracitado revelou a HAS como o mais ofensivo fator de risco para DCV e foi detectado que o uso isolado do tabaco também produziu significativa redução (36%) na dilatação mediada pelo fluxo (DMF) (PEREIRA *et al.*, 2006).

Estudo realizado em Fortaleza, em 2002-2003, revelou prevalência de tabagismo por sexo, na população de quinze anos ou mais, de 23,9% para os homens e 14,2% para as mulheres. No mesmo estudo, uma análise entre as variáveis fumantes e escolaridade demonstrou a existência de maior prevalência de fumantes entre os indivíduos de baixa renda (25,0%), quando comparados a pessoas com maior escolaridade (13,7%) (BRASIL, 2005).

2.2.3.2.6 Fatores socioeconômicos

Nível socioeconômico menos favorecido encontra-se associado à maior prevalência de HAS, talvez devido à associação a outros fatores de riscos para HAS como: “hábitos dietéticos, incluindo consumo de sal e ingestão de álcool, índice de massa corpórea aumentado, estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e baixo nível educacional” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006, p.31).

É importante estabelecer relação de cada um desses fatores de risco para HAS isolados e a pobreza, pois, além desta ser considerada um fator de risco, representa a faixa econômica da maioria dos sujeitos que se utilizam do Programa Saúde da Família. Como o estresse psicossocial, o menor acesso aos cuidados de saúde e menor escolaridade são fatos bem reconhecidos como presentes na vida dos menos favorecidos economicamente, faz-se necessário abordar a relação entre pobreza e hábitos dietéticos e obesidade.

2.2.3.2.6.1 Hábitos alimentares versus pobreza

Com relação aos hábitos alimentares, observa-se que uma dieta adequada para prevenção e controle da HAS, consiste, entre outros aspectos, envolver um consumo de frutas e hortaliças (na quantidade de quatro a cinco porções/dia), leite desnatado e derivados (estabelecendo duas a três porções/dia de

laticínios, com menos de 25% de gordura), diminuição de açúcar, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol, associada ao menor consumo de sal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006).

A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2002-2003) revelou que o consumo de hortaliças, frutas e leites e derivados é bem menor nas classes menos favorecidas, com rendimentos até 1 salário mínimo *per capita*⁷. O consumo de açúcar é bem maior que nas classes com os melhores rendimentos econômicos, a ingestão de sal é a segunda maior entre as classes sociais e consumo de gorduras, apesar de ser menor que nas outras classes sociais, em alguns produtos, tipo o toucinho fresco, que é um tipo de gordura saturada altamente calórica, é maior (IBGE, 2004).

Uma pesquisa realizada sobre obesidade e pobreza, na qual foram pesquisados os hábitos alimentares de mulheres residentes em favelas, revelou também baixo consumo de frutas, verduras e legumes e alta ingestão de açúcares e frituras. Esse mesmo artigo aponta que estudos socioantropológicos sobre desigualdades no acesso aos alimentos mostram que os indivíduos de baixa renda assumem estratégias de consumo alimentar, que se caracterizam pela escolha de gêneros mais baratos e de alta densidade calórica, tais como as gorduras e os açúcares, através dos quais são extraídas as calorias que necessitam para sobreviver (FERREIRA & MAGALHÃES, 2005).

A pesquisa citada acima revela ainda que a escolha dos gêneros alimentares não se restringe só à questão financeira, levando em conta também fatores culturais (FERREIRA & MAGALHÃES, 2005).

As recomendações alimentares adequadas na prevenção e controle da HAS tornam-se um assunto delicado ao se lidar com classes sociais menos favorecidas economicamente, porém, não impossível. Frutas e hortaliças podem ser cultivadas. Os pescados, que são considerados alimentos saudáveis e adequados ao consumo dos hipertensos, são mais consumidos pela classe de baixa renda que em outros estratos sociais, segundo a POF 2002-2003.

⁷ Ressalta-se que na época dessa pesquisa em 2002-2003, o valor do salário mínimo era de R\$ 200,00 reais, atualmente está em R\$ 415,00. Acredita-se que o custo de vida possa ter aumentado, porém considera-se que o valor de compra esteja melhor.

Os profissionais de saúde precisam ser mais enfáticos ao abordar questões sobre o tratamento não-medicamentoso, apontando alternativas, como o plantio de hortas individuais ou comunitárias, a troca de gêneros alimentícios entre as famílias da comunidade, enfatizar a diminuição dos açúcares e do sal, abordar assuntos sobre a construção da educação alimentar desde as crianças, apontando, por exemplo, a troca do “xilitos” por uma fruta.

2.2.3.2.6.2 Obesidade e pobreza

Dos 6,8 milhões de obesos identificados pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), 70% eram mulheres. Estes dados não são tão recentes, tendo, sido já exibidos dados mais atualizados no tópico referente ao fator de risco obesidade. O que se quer destacar com as informações da PNSN é que das 70% mulheres citadas, mais de 30% pertenciam à população de baixa renda (BRASIL, 1989).

Boltanski (apud FERREIRA E MAGALHÃES, 2005) comenta que a preocupação que os indivíduos têm sobre o corpo aumenta com a ascensão na hierarquia social. O autor afirma que esta atitude pode ser explicada pela relação mais reflexiva com o corpo por parte desse segmento social, em razão de um maior nível educacional e intelectual. Já Sobal (apud FERREIRA E MAGALHÃES, 2005) afirma que as condições socioeconômicas desse grupo favorecem a adoção de um estilo de vida mais saudável.

Ferreira e Magalhães (2005, p.1797) revelaram em seu estudo que as mulheres obesas e faveladas pesquisadas apresentavam uma concepção de que o corpo forte é utilitário para o trabalho, e que o corpo magro representava “a privação dos alimentos, a fraqueza e a doença”. A exigência do emagrecimento vinha mais do profissional de saúde do que da própria percepção da pessoa.

Ao falar da relação entre obesidade e pobreza, os autores relatam que parece não ser “resultado tão somente de estratégias de consumo alimentar impostas pela desigualdade no acesso à nutrição suficiente, mas também é

modelada por concepções simbólicas próprias deste grupo social” (FERREIRA & MAGALHÃES, 2005, p.1799), o que torna mais complexo o papel do profissional de saúde em tentar, não desconstruir, mas interagir junto à população em prol de um melhor nível de saúde.

2.2.4 Diagnóstico e Classificação

A medida da pressão arterial é o principal elemento para o diagnóstico da hipertensão arterial e avaliação da eficácia do tratamento. Os valores para classificação da pressão arterial, adotados no Brasil, encontram-se definidos na tabela 1.

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

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

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006) (na íntegra).

Para o diagnóstico de hipertensão arterial, uma só aferição não é suficiente, sendo necessárias três ou mais aferições em diferentes períodos para se estabelecer diagnóstico.

É necessário considerar no diagnóstico da hipertensão, além dos níveis tensionais, os fatores de risco, lesão de órgãos alvo e as co-morbidades associadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006). Isto poderá ser investigado na avaliação clínica.

2.2.5 Avaliação Clínica

A avaliação clínica consta de três etapas: história clínica, exame físico e avaliação laboratorial inicial. Os quadros 1 e 2 resumem a proposta das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e o quadro 3 a do Caderno de Atenção Básica Nº15 de Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde, que, por sua vez, baseia-se no primeiro documento. Tais quadros facultam a adoção de uma conduta mais apropriada junto ao paciente hipertenso.

Quadro 1: Dados relevantes da história clínica do paciente hipertenso

Avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada, cafeína e ingestão de fibras, frutas e vegetais;

- Consumo pregresso ou atual de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento;
- Grau de atividade física;
- História atual ou pregressa de gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, doença renal, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, disfunção sexual e apnéia do sono;
- Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade;
- História familiar de diabetes melito, dislipidemias, doença renal, acidente vascular cerebral, doença arterial coronariana prematura ou morte prematura e súbita de familiares próximos (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos). Identificação: sexo, idade, cor da pele, profissão e condição socioeconômica;
- História atual: duração conhecida de hipertensão arterial e níveis de pressão de consultório e domiciliar, adesão e reações adversas aos tratamentos prévios;
- Sintomas de doença arterial coronária, sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca, doença vascular encefálica, insuficiência vascular de extremidades, doença renal, diabetes melito, indícios de hipertensão secundária;
- Fatores de risco modificáveis: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, etilismo e hábitos alimentares não saudáveis.

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006) (na íntegra).

Quadro 2: Dados relevantes do exame físico do paciente hipertenso

Sinais vitais: medida da pressão arterial e frequência cardíaca;

- Obtenção das medidas antropométricas:
 - a) circunferências da cintura (C = no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca lateral) e do quadril (Q = ao nível do trocanter maior) e cálculo da relação cintura/quadril (C/Q). Limite de normalidade: mulheres: C = 88 cm e C/Q = 0,85; homens: C = 102 cm e C/Q = 0,95.
 - b) obtenção de peso e altura e cálculo do índice de massa corporal [IMC = peso (kg)/altura² (m)]. Sobrepeso $25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$ e obesidade $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$
- Inspeção: fácies e aspectos sugestivos de hipertensão secundária;
- Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação da presença de estase venosa e palpação de tireóide;

Continua in...

Conclusão.

- Exame do precórdio: íctus sugestivo de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo; arritmias; 3a bulha, que sinaliza disfunção sistólica do ventrículo esquerdo; ou 4a bulha, que sinaliza presença de disfunção diastólica do ventrículo esquerdo, hiperfonese de 2a bulha em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico;
 - Exame do pulmão: ausculta de estertores, roncos e sibilos;
 - Exame do abdome: massas abdominais indicativas de rins policísticos, hidronefrose, tumores e aneurismas. Identificação de sopros abdominais na aorta e nas artérias renais. Se houver forte suspeita de doença arterial obstrutiva periférica, determinar o Índice Tornozelo-Braquial (ITB). Avaliação de eventual edema.
 - Exame neurológico sumário;
 - Exame de fundo do olho: identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema.
- * Para o cálculo do ITB, utilizam-se os valores de pressão arterial do braço e tornozelo. ITB direito = pressão tornozelo direito/pressão braço direito. ITB esquerdo = pressão tornozelo esquerdo/pressão braço esquerdo. Interpretação: normal = acima de 0,9; obstrução leve = 0,71-0,90; obstrução moderada = 0,41-0,70; obstrução grave = 0,00-0,40.

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006) (na íntegra).

Quadro 3: Avaliação Laboratorial inicial do paciente hipertenso

- Exame de rotina de urina
- Dosagem de potássio
- Dosagem de creatinina
- Glicemia de jejum
- Hematócrito
- Colesterol total, LDL, HDL e triglicérides
- Eletrocardiograma convencional.

Fonte: (BRASIL, 2006a), (adaptado).

2.2.6 Estratificação do Risco Cardiovascular

Como a HAS é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), para estabelecer o seu tratamento é necessária a realização da estratificação de risco para DCV.

O estabelecimento da estratificação de risco para DCV baseia-se na avaliação clínica, citada anteriormente, e os seus achados podem indicar o nível de risco (ver quadro 4).

Quadro 4. Achados no exame clínico indicativos de alto risco ou da necessidade de exames laboratoriais.

Indicadores de alto risco

- Infarto do miocárdio prévio;
- Acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório prévio;
- Doença aneurismática de aorta;
- Doença vascular periférica;

Continua in...

Conclusão.

Insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica;
 Angina de peito;
 Doença renal crônica;
 Nefropatia (proteinúria >300mg/ dia ou 200mg proteína/g Cr urinária ou Cr>1,5 mg/dl para homens e 1,3 mg/dl para mulheres ou albuminúria> 30mg/24 horas ou 30mg/gr Cr urinária);
 Hipertrofia de ventrículo esquerdo ao eletrocardiograma ou ecocardiograma.

Indicadores de risco intermediário

Idade > 45 anos homens, > 55 anos mulheres

Manifestações de aterosclerose:

Sopros arteriais carotídeos

Diminuição ou ausência de pulsos periféricos

História familiar de infarto agudo do miocárdio, morte súbita ou acidente vascular cerebral em familiares de 1o. grau ocorrido antes dos 50 anos.

Diagnóstico prévio de diabetes melito, tolerância à glicose diminuída, glicemia de jejum alterada, diabetes gestacional;

Diagnóstico prévio de dislipidemia;

Diagnóstico prévio de síndrome do ovário policístico;

Tabagismo;

Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) ou obesidade central (cintura medida na crista ilíaca: > 88 cm em mulheres; > 102 cm em homens);

Hipertensão ($\geq 140/90$ mmHg) ou história de pré-eclampsia;

História de doença renal na família (para o risco de insuficiência renal)

Fonte: Caderno de Atenção Básica Nº14. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica (BRASIL, 2006) (na íntegra).

Homens abaixo de 45 anos e mulheres abaixo de 55 anos sem manifestações de doenças ou sintomas, citados no quadro 4, são classificados como sendo de baixo risco; para estes não se fazem necessários exames complementares, porém aconselha-se a adoção de hábitos saudáveis, como uma medida adequada para todos os níveis de risco de DCV. O modelo utilizado para estimar o risco global, adotado pelo Ministério da Saúde, é o de Framingham (VIDE ANEXO A e B, respectivamente para homens e mulheres). A partir desse instrumento, os indivíduos são classificados em risco baixo, médio ou alto (ver quadro 5).

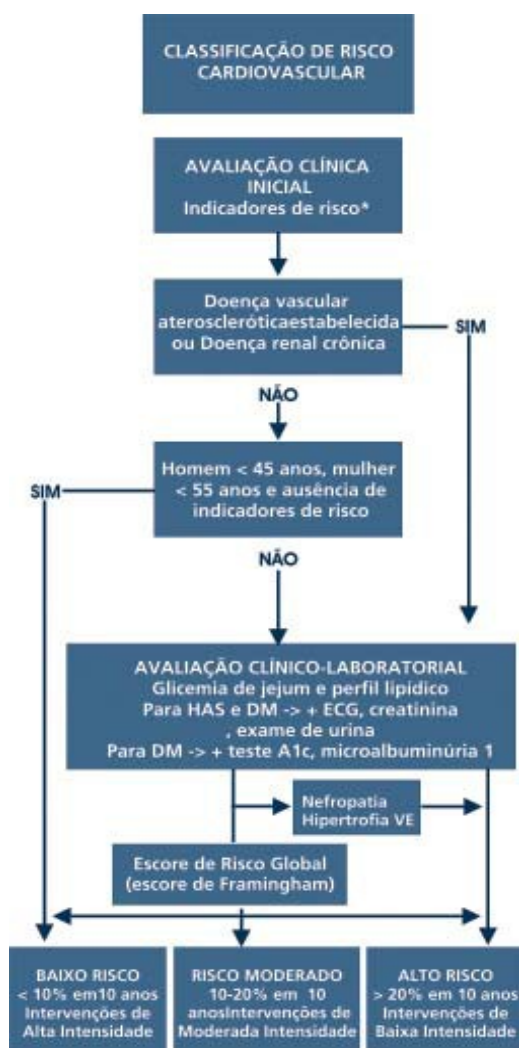
Quadro 5. Classificação de risco global de desenvolver DCV nos próximos 10 anos, segundo Escore de Framingham.

Categoria Evento cardiovascular maior (ECV)	
Baixo	<10%
Moderado	10 a 20%
Alto	>20%

Fonte: Caderno de Atenção Básica Nº14. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica (BRASIL, 2006) (adaptado).

A figura 1, extraída do Caderno de Atenção Básica Nº14. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica ilustra os passos para a estratificação do risco para Doenças Cardiovasculares:

Figura 1. Fluxograma de classificação de risco cardiovascular.



Fonte: Caderno de Atenção Básica Nº14. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica (BRASIL, 2006) (na íntegra).

2.2.7 Decisão terapêutica segundo classificação da Hipertensão Arterial

O tratamento será definido de acordo com a confirmação diagnóstica de HAS e estratificação de risco para DCV. Para todos os pacientes, independente do

risco cardiovascular, aconselham-se mudanças dos hábitos alimentares e do estilo de vida, o que corresponde à terapêutica não-medicamentosa.

A tabela 2, adotada pelo Ministério da Saúde, indica a estratégia de tratamento de HAS de acordo com a estratificação de risco para DCV.

Tabela 2: Decisão terapêutica na hipertensão arterial

	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
	Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (<10%/ 10 anos) e ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/ 10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (>20%/ano)
PA normal (<120/80)	Reavaliar em 2 anos. Medidas de prevenção	Reavaliar em 2 anos. Medidas de prevenção	Reavaliar em 2 anos. Medidas de prevenção
Pré-hipertensão (120- 139/80-89)	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida
Estágio 1 (140-159/90-99)	Mudança de estilo de vida (reavaliar em até 12 meses)	Mudança de estilo de vida ** (reavaliar em até 6 meses)	Tratamento Medicamentoso
Estágios 2 (>160 />100)	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso

Fonte: Caderno de Atenção Básica Nº15. Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2006) (na íntegra).

* Tratamento Medicamentoso se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabetes.

** Tratamento Medicamentoso se múltiplos fatores de risco.

2.2.8 Tratamento não-medicamentoso

O objetivo do tratamento para HAS é reduzir os riscos cardiovasculares. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a), o tratamento da hipertensão inclui estratégias como: educação, modificação dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos.

Segundo o Caderno de Atenção Básica Nº15 sobre Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) e as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006), as principais estratégias para o tratamento não-medicamentoso da HAS são: controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e prática de atividade física regular.

2.2.8.1 Controle de peso

Segundo Lopes (2007), como a obesidade pode estar associada além da HAS a outros fatores de risco para DCV, como citado anteriormente, a redução de peso deveria ser considerada um dos itens importantes no tratamento da HAS e suas complicações.

Recomenda-se alcançar um Índice de Massa Corpórea (IMC) menor que 25 kg/m² e circunferência da cintura abaixo de 102 cm para indivíduos do sexo masculinos e 88 cm para o sexo feminino. Afirma-se que uma redução de 5% a 10% do peso corporal já produza decréscimo nos níveis pressóricos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006).

2.2.8.2 Adoção de hábitos alimentares saudáveis

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia *et al.* (2006), alguns nutrientes podem ocasionar respostas inadequadas à pressão arterial (PA) e sistema cardiovascular. São colocados como alimentos de risco, aqueles ricos em sódio e gorduras saturadas, assim como de proteção, os ricos em fibras e potássio.

Ao estabelecer as diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, a Sociedade Brasileira de Cardiologia *et al.* (2006) enfatizam a dieta DASH⁸ (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) como apropriada tanto para o controle quanto para a prevenção da HAS. Baseado nessa dieta, o consenso recomenda o consumo elevado de frutas, hortaliças, cereais integrais, leite desnatado e derivados e quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol, tal orientação visando garantir ingestão adequada de magnésio, cálcio, potássio e fibras, bem como menor consumo de sal.

Porém as pesquisas mostram um quadro do padrão alimentar diferente do preconizado. Levy-Costa *et al.* (2005), em estudo sobre disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil, ao analisarem a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2002-2003, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 48.470 domicílios, revelaram que no Brasil o consumo de frutas, verduras e legumes correspondem a apenas 2,3% das calorias totais, representando 1/3 das recomendações para consumo desses alimentos, que seria de pelo menos 400 gramas diárias ou 6-7% das calorias totais numa dieta de 2.300Kcal diárias, estimado pela *Food and Agriculture Organization* (FAO) para os brasileiros.

O mesmo estudo ressalta que o consumo de açúcar, em todo território nacional supera o limite máximo de 10%, principalmente nas classes menos favorecidas economicamente. Já o consumo de gorduras saturadas aumenta com a renda, ultrapassando o limite de 10% das calorias totais na dieta, a partir de cinco salários mínimos (LEVY-COSTA *et al.*, 2005).

Ao fazer um comparativo entre regiões brasileiras e alimentação, o estudo citado, fazendo referência aos resultados divulgados pela POF (2002-2003), destacou que o consumo de leite e derivados e verduras e legumes nas regiões Norte e Nordeste estão bem aquém da média nacional, enquanto a quantidade de lipídeos na dieta no meio urbano, nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste aproxima-se e ou chega a superar o limite superior das recomendações, que é de

⁸ A dieta DASH é um guia alimentar baseado em estudos sobre planos e dietas, elaborado pelo governo dos Estados Unidos, para diminuir a pressão arterial. Caracteriza-se pelo consumo de grãos e cereais integrais, frutas, legumes, verduras, leites e derivados desnatados, carnes magras, leguminosas (feijão, ervilha, lentilha, grão-de-bico), nozes, castanhas, óleos vegetais (canola, milho, girassol, soja, azeite de oliva), margarinas vegetais cremosas ou light. Os doces deverão ser usados com moderação e, de preferência, os de baixo valor calórico. (<http://www.portaldocoracao.com.br/nutricao.php?id=661>).

30% do valor calórico total. A quantidade de gordura saturada no Sul e Sudeste encontra-se muito próxima do limite máximo de 10%. O consumo de toucinho, refrigerante, álcool, comidas condimentadas e industrializadas se encontra mais elevado na região Sul (LEVY-COSTA *et al.*, 2005). Esses resultados sustentam a afirmação de Boing & Boing (2007) ao destacar que as maiores taxas de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) se encontram na região Sul do país.

Lopes *et al.* (2005), em estudo realizado em Bambuí, interior de São Paulo, concluíram que, mesmo em municípios de pequeno porte, o perfil alimentar populacional é similar às áreas metropolitanas, no qual se evidencia baixo consumo de fibras, minerais, vitaminas e gordura insaturada, além de elevado consumo de ácido graxo saturado.

Levy-Costa *et al.* (2005), ao realizarem um comparativo entre o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF-1974/1975) e a POF (2002/2003), observaram aumento de consumo de biscoitos e refrigerantes de até 400% e de embutidos de 300%.

Estas pesquisas mostram que o padrão alimentar da população brasileira tanto pode favorecer o aparecimento de HAS, como pode dificultar o seu controle.

2.2.8.3 Redução do consumo de bebidas alcoólicas

Recomenda-se restringir o consumo de bebidas alcoólicas a menos de 30ml/dia de etanol para o sexo masculino e 15ml/dia para o feminino, ingerido de preferência com as refeições (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.* 2006; BRASIL, 2006). Segundo o Ministério da Saúde esses valores correspondem, “para o homem, a ingestão diária de no máximo 720 ml de cerveja (uma garrafa); ou 240 ml de vinho (uma taça) ou 60 ml de bebida destilada (uma dose)” (BRASIL, 2006a, p. 26). Já para as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial esses valores modificam-se um pouco (tabela 3). Contudo, ambos são categóricos ao afirmar que para aqueles pacientes que não conseguem se adequar a estas restrições recomenda-se o abandono do álcool.

É importante ressaltar que esse valor diário não é cumulativo, ou seja, consumir os 210ml de etanol em um, dois dias, como geralmente ocorre aos finais de semana, é prejudicial e não corresponde à recomendação fracionada.

Tabela 3 - Características das bebidas alcoólicas mais comuns

Bebida	% de etanol (° GL Gay Lussac)	Quantidade de etanol (g) em 100 ml	Volume para 30 g de etanol	Consumo máximo tolerado
Cerveja	~ 6% (3-8)	6 g/100 ml x 0,8* = 4,8 g	625 ml	~ 2 latas (350 x 2 = 700 ml) ou 1 garrafa (650 ml)
Vinho	~ 12% (5-13)	12 g/100 ml x 0,8* = 9,6	312,5 ml	~ 2 taças de 150 ml ou 1 taça de 300 ml
Uísque, vodka, aguardente	~ 40% (30-50)	40 g/100 ml x 0,8* = 32 g	93,7 ml	~ 2 doses de 50 ml ou 3 doses de 30 ml

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (BRASIL, 2006) (na íntegra).

* Densidade do etanol.

2.2.8.4 Abandono do Tabagismo

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) afirma que em avaliação realizada por Medida Ambulatorial de Pressão Arterial-MAPA, a pressão sistólica de pessoas hipertensas que fumam mostrou-se mais elevada do que naqueles que não fumam. Recomenda-se, portanto, o abandono do cigarro.

2.2.8.5 Prática de Atividade Física Regular

O exercício físico é indicado para hipertensos, pois pode trazer benefícios como: a redução da pressão arterial, diminuição dos riscos de doença coronariana e acidente vascular cerebral e favorecimento da perda de peso.

Lee *et al.* (apud ROLIM *et al.*, 2007) afirmaram que indivíduos considerados regularmente ativos, mostraram 36% menos risco de mortalidade por todas as causas para o período de vida em que se encontram.

A indicação da prática de exercícios é baseada em parâmetros como frequência, intensidade, duração e modo de realização. Recomenda-se uma atividade física moderada⁹, realizada na maioria dos dias da semana, por no mínimo 30 minutos, podendo ser esse tempo corrido (forma contínua) ou fracionado (de forma acumulada). O paciente deve ser orientado a incorporar nas suas atividades cotidianas exercícios como subir escadas, caminhadas e outros.

Lessa (1998) alerta que o seguimento pelo hipertenso de orientações desta natureza requer um conhecimento adequado da doença e de suas complicações, aceitação da doença e uma disciplina rígida.

Uma pesquisa realizada por Rolim *et al.* (2007) sobre os custos do tratamento ambulatorial, antes e após a adoção da prática regular e orientada de condicionamento físico revelou que para cada 100 pacientes hipertensos a redução de gastos com a adoção de exercício foi R\$ 28.886,68 reais ao ano, o que equivale a 35,8% do total de gastos previsto no tratamento ambulatorial dos hipertensos da unidade estudada. Neste mesmo estudo foi observada uma redução média de 8mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 3mmHg na pressão arterial diastólica (PAD) nos indivíduos que aderiram aos exercícios.

Na tabela 4, ilustra-se um resumo das recomendações do tratamento não-medicamentoso (já comentado) e a redução que essas modificações no estilo de vida podem acarretar em decréscimo na pressão arterial sistólica, segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

⁹ “Atividade física moderada é aquela que pode ser realizada mantendo-se conversação. Para prática de atividades moderadas, não há necessidade da realização de avaliação cardiorrespiratória de esforço para indivíduos iniciarem um programa de atividade física” (BRASIL, 2006).

Tabela 4 - Modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial (adaptado do JNC VII)*

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS**
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m ²)	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais de 100 mmol/dia = 2,4 g de sódio (6 g de sal/dia = 4 colheres de café rasas de sal = 4 g + 2 g de sal próprio dos alimentos)	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 a 5 vezes/semana	4 a 9 mmHg

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006) (na íntegra).

*Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular.

** Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.

2.2.9 Tratamento medicamentoso

Dependendo do estágio hipertensivo do indivíduo, faz-se necessário, além das medidas não-medicamentosas, um tratamento farmacológico. O principal objetivo do tratamento medicamentoso consiste em reduzir os níveis pressóricos para diminuir a morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares, as quais encontram na HAS um dos seus principais fatores de risco.

Para efetuarem sua ação terapêutica, os agentes anti-hipertensivos utilizam-se de vários mecanismos que atuam na fisiopatologia da HAS. Estes agentes podem ser agrupados em cinco classes (ver quadro 6).

Quadro 6. Classes de anti-hipertensivos

- Diuréticos.
- Inibidores adrenérgicos.
- Vasodilatadores diretos.
- Antagonistas do sistema renina-angiotensina.
- Bloqueadores dos canais de cálcio

Fonte: Caderno de Atenção Básica Nº15. Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2006)

(na íntegra).

Para os pacientes que não responderam bem às medidas não-medicamentosas e se encontram com HAS estágio 1, pode-se optar por iniciar tratamento medicamentoso através da monoterapia. A primeira opção anti-hipertensiva para a maioria dos pacientes são os diuréticos. Estes contam com as vantagens de ter baixo custo e longa experiência em seu emprego. Porém, é válido ressaltar, que a monoterapia inicial é eficiente em apenas 40% a 50% dos casos (BRASIL, 2006a). Já para pacientes com HAS nos estágios 2 e 3 pode-se começar com uma associação de medicamentos anti-hipertensivos, também chamada de terapia combinada, na qual se adotam anti-hipertensivos com diferentes mecanismos de ação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2006).

A aspirina também pode ser indicada para pessoas com HAS e risco cardiovascular alto, como sendo uma terapia anti-plaquetária (BRASIL, 2006a). Salienta-se que a abordagem terapêutica necessita de constante acompanhamento e reavaliação, a fim de verificar a eficácia medicamentosa na manutenção dos níveis pressóricos desejáveis.

A tabela 5 extraída do Caderno 15 da Atenção Básica que trata da HAS, cita os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis no SUS e suas respectivas posologias.

Tabela 5 - Fármacos anti-hipertensivos disponíveis na rede básica do SUS, com respectivas posologia e reações adversas

Grupos e Representantes	Doses diárias	Intervalos de dose (h)	Riscos de emprego mais importantes
<u>Diuréticos</u>	12,5 – 50	24	Hipocalcemia e

Tiazídicos <i>Hidroclorotiazida</i>			hiperuricemia Continua in... Conclusão.
De alça <i>Furosemida</i>	20 – 320	12-24	Hipocalemia, Hiperuricemia
<u>Antagonistas</u> <u>adrenérgicos</u> Bloqueadores beta <i>Propranolol</i>	80 – 320	6-12	Em predispostos: broncoespasmo, doença arterial periférica, bradiarritmias.
<u>Antagonistas do</u> <u>SRA</u> Inibidores da ECA <i>Captopril</i> <i>Enalapril</i>	80 – 320 12,5 - 150 5 – 40	6 – 12 12 – 24	Tosse, hipercalemia

Fonte: Caderno de Atenção Básica Nº15. Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2006) (na íntegra).

2.2.10 Programa destinado à Hipertensão Arterial na Atenção Básica

Em 1980, ocorreu a primeira iniciativa de implementação de uma política voltada para a HAS. Essa assumia a característica de um programa vertical, centralizado no Ministério da Saúde, com predomínio de ações de caráter individuais e medicalizante. Talvez por essas razões, não encontrou êxito na diminuição da morbimortalidade por doenças cardiovasculares. Apesar da pouca efetividade esse programa permaneceu por mais de dez anos orientando as ações de prevenção e controle da HAS, pois somente em 2001, novas diretrizes foram estabelecidas para o direcionamento da atenção a este agravo. Com a promulgação da NOAS/017, estabeleceu-se a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica e definiu-se o controle da HAS, como uma das áreas estratégicas a ser trabalhada nesse nível de atenção (COSTA *et al*, 2007).

Juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em 2001, o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção Básica à HAS e Diabetes que, por sua vez, também envolveu o desenvolvimento de Protocolo de Atenção Básica à HAS e a realização de Oficinas de Capacitação para técnicos de nível superior integrantes das Equipes de Saúde da Família (BRASIL,

2000). Conforme Ministério da Saúde - Brasil (2001), cerca de 60 a 80% dos casos de HAS podem ser tratados na rede básica de saúde.

Junto à implementação do Plano de Reorganização da Atenção Básica à Hipertensão e Diabetes Mellitus vem o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). A partir desse sistema foi possível traçar o perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados.

De acordo com a população residente, os municípios que aderirem ao Plano de Reorganização da Atenção Básica à HAS e Diabetes Mellitus deverão atingir os percentuais de cadastramento conforme a tabela abaixo, após 180 dias da publicação do termo de adesão no Diário Oficial.

Tabela 6: Percentuais alvos de cadastramento ao Plano de Reorganização da Atenção Básica à Hipertensão e Diabetes Mellitus de acordo com a população residente nos municípios.

População Residente	Percentual de pacientes cadastrados
Até 30.000 habitantes	80%
De 30.001 até 100.000 habitantes	60%
De 100.001 até 500.000 habitantes	40%
De 500.001 e mais habitantes	30%

Fonte: www.saude.gov.br (na íntegra).

Conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), cada profissional médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde que compõe a equipe de saúde da família possui ações a desenvolver, muitas delas comum a todos os integrantes, como as ações educativas.

Ao agente comunitário de saúde (ACS) compete: (a) esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção; (b) rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa; (c) encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão; (d) verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde; (e) verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de

hipertensão arterial, e encaminhar para consulta extra; (f) perguntar, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas e (g) registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família (BRASIL, 2006a, p. 39).

Ao auxiliar ou técnico de enfermagem cabe: (a) verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde; (b) orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira; (c) orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes; (d) agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados; (e) proceder às anotações devidas em ficha clínica; (f) cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária; (g) encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência; (h) controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico e (i) fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico (BRASIL, 2006a, p. 40).

Ao enfermeiro compete: (a) capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades; (b) realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; (c) desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos; (d) estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos); (e) solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe; (f) repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências; (g) encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-

aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades; (h) encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades; (i) encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades (BRASIL, 2006a, p. 40).

Ao médico cabe: (a) realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e co-morbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão; (b) solicitar exames complementares, quando necessário; (c) prescrever tratamento não-medicamentoso; (d) tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso; (e) programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente; (f) encaminhar às unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva; (g) Perseguir, obstinadamente, os objetivos e metas do tratamento (níveis pressóricos, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada, controle dos lipídeos e do peso) (BRASIL, 2006a, p. 41).

2.3 Programa Saúde da Família e a necessidade de profissionais com novas habilidades para implementá-lo

Com a promulgação da Constituição de 1988 e a regulamentação do SUS inicia-se a árdua tarefa de implantar um novo paradigma na saúde coletiva que tem como objetivo criar um modelo de assistência à saúde, baseado na universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, regionalização, descentralização e no controle social em suas diversas esferas do planejamento, do gerenciamento e da execução da assistência à saúde.

Para alcançar tamanho propósito o Ministério da Saúde lançou, no início de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Este destaca ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família como medidas primordiais. Propondo às equipes do PSF o conhecimento da população adscrita à sua área de cobertura, assim como a realidade local e os problemas que mais acometem estes indivíduos. Pressupondo a elaboração de um diagnóstico situacional e posterior planejamento em ações locais de saúde.

Scherer *et al.* (2004) ressaltam que nesse sentido a operacionalização do PSF não constitui uma tarefa simples, visto a necessidade de uma equipe capacitada para trabalhar de forma articulada as várias políticas sociais e recursos, de forma a contribuir para a identificação das causalidades e diversidades de fatores que influem na vida da população e, ainda proporcionar o acesso universal e equitativo dos serviços de saúde.

Paim (2001) afirma que para a implantação do PSF houve uma preocupação inicial com o financiamento, gestão, organização e infra-estrutura¹⁰, porém o cuidado¹¹ como orientador no modelo de atenção ficou secundarizado. Ressalta, ainda, que houve uma mudança no foco da assistência e na abertura de postos de trabalho que não foi acompanhada pela formação de recursos humanos (RH) em saúde, visto que as universidades não são máquinas que respondem a um simples comando. Fala que, anterior à implantação do PSF, dever-se-ia ter pensado num planejamento a médio e longo prazo de transformação na formação e capacitação de RH para execução do trabalho em saúde.

Amoretti (2005, p.140) também ressalta que:

para o sucesso do PSF são necessários médicos com características particulares: generalistas, aptos a diagnosticar e tratar a maioria das doenças prevalentes em cada região, e médicos de família e comunidade, capazes de se inserir num bairro, lidar com indicadores epidemiológicos e qualitativos próprios da assistência às pessoas, com cobertura populacional, e promover as práticas de vigilância em saúde.

¹⁰ Com os resultados obtidos neste estudo, considera-se que a infra-estrutura não necessariamente foi pensada em função de uma Unidade de Saúde da Família, mas, em muitos casos, as equipes de PSF instalaram-se em unidades de saúde já existentes, que não condiziam com as necessidades da proposta de trabalho do programa, ou seja, foram adaptadas às circunstâncias reais pré-existentes.

¹¹ O cuidado assume o sentido de “zelo”, preocupar-se em função do usuário.

Porém faltam profissionais desta especialidade aptos para este trabalho específico. Em artigo publicado em 2005 por Amoretti, encontra-se um dado estatístico de apenas 3% dos médicos brasileiros do SUS, como médicos de família e comunidade (AMORETTI, 2005).

Os profissionais, que hoje atuam nos Centros de Saúde da Família, tiveram formação orientada pelo modelo flexneriano. Esta formação faz com que, ao adentrar no PSF, muitos deles desvalorizem as ações educativas, ou mesmo, as ações de saúde coletiva no interior da comunidade (COTTA *et al.*, 2006). Gil (2005) relata que muitos professores da graduação retratam sua realidade e não a necessidade do mercado de trabalho, no qual o PSF apresenta grande impacto atualmente.

O modelo flexneriano, também conhecido como biomédico ou assistencial-curativista, surgiu do Relatório Flexner, em 1910, nos EUA, e influenciou vários países do mundo ocidental (WESTPHAL, 2007). Seus princípios baseavam-se no “biologismo” e na especialização. Esse modelo contribuiu bastante para o avanço das ciências da saúde, porém, de certa forma, distanciou a prática médica de uma conduta mais humanizada.

Não é de hoje que se tenta reverter essa prática predominantemente tecnicista e buscar a adoção de atitudes promocionais de saúde que contemplem a aproximação com o indivíduo e a coletividade (ou a comunidade). No Brasil, desde a Reforma Sanitária, movimento marco da luta por uma saúde mais democrática, procura-se levantar essa bandeira de socialização da saúde, porém, muitos são os fatores dificultadores. A longa vivência com o modelo biomédico de saúde, tanto no ensino, quanto nos serviços, a falta de recursos suficientes, a demanda excessiva de usuários, a precarização do trabalho e a escassa capacitação em serviço são alguns dos inúmeros problemas vivenciados pelos profissionais de saúde atuantes no PSF que dificultam a real implantação do modelo de saúde que se almeja. Porém é válido ressaltar que se está caminhando para essa implantação.

Desde 2004, tem-se vivido um momento de humanização no cuidado em saúde. Várias políticas, como a Política Nacional de Humanização-PNH, a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente

(que foi revogada em 2007, com modificações importantes), têm sido implantadas. O governo federal junto às outras esferas de governo vem tentando expandir e fortalecer a atenção básica em saúde.

Um dos princípios da Política Nacional de Humanização, instituída pelo Ministério da Saúde, em 2004, é o de autonomia e protagonismo dos sujeitos, que visa a co-responsabilização entre usuários e trabalhadores da saúde e o estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva nos processos (BRASIL, 2004b).

Em 2005, o Ministério da Saúde, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que engloba três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida constitui um conjunto de compromissos sanitários para os três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. O Pacto em Defesa do SUS enfoca ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no intuito de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos. E, o Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades de cada esfera de governo, de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, visando a contribuição do fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 2005b).

Dentre as macro-prioridades do Pacto em Defesa da Vida estavam a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde e o fortalecimento da atenção básica, em busca da consolidação e qualificação a estratégia da Saúde da Família. Em Virtude disso, em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Promoção da Saúde, que enfatiza a adoção de hábitos saudáveis pelos brasileiros, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo. Ao mesmo tempo propõe a intervenção dos profissionais do PSF nesse objetivo (BRASIL, 2006c).

Já em 2007, com a publicação da Portaria GM/ MS nº 1.996, que revoga a Portaria nº. 198, de 13 de fevereiro de 2004, e dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em

Saúde, o Ministério da Saúde vem realizando incentivos para o investimento em recursos humanos. Principalmente, quando nessa última Portaria de 2007 determinou que as ações de saúde passassem a integrar o Pacto da Gestão pela Saúde e os gestores pudessem contar com o financiamento federal realizado fundo a fundo para as ações de Educação na Saúde (BRASIL, 2007).

Como se observa existe um incentivo para que a mudança no modelo assistencial de saúde brasileiro mude de fato. Particularmente, no município de Fortaleza, esse período de transição se destaca, visto que, depois de realizado concurso para o PSF local em 2006, 199 novas equipes foram integradas as 101 já existentes. A cobertura populacional que era de apenas 15% antes do concurso passou para 43,44% após a convocação dos aprovados (FORTALEZA, 2006). A fim de assumirem os cargos, muitos profissionais tiveram que realizar um curso de imersão no PSF, o qual estabelecia uma proposta de reorientação dos serviços, estimulando-os a atuarem na perspectiva da concepção positiva de saúde.

Apesar dessa ampliação da atenção básica e da idéia de concepção positiva de saúde que se deseja implementar não se sabe até que ponto os profissionais de saúde incorporaram esse pensamento-atitude, pois a situação em Fortaleza, até pouco tempo, era similar àquela citada por Amoretti (2005), na qual muitos profissionais não foram formados para atuarem na atenção básica.

As considerações realizadas nos levam a algumas reflexões e dúvidas as quais, através de uma abordagem aos profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde atuantes na atenção básica de Fortaleza, este estudo procurou esclarecer.

3. OBJETIVOS

Geral

- Analisar as ações do Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica de Fortaleza no contexto da Promoção da Saúde.

Específicos

- Caracterizar o perfil profissional dos médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e ACS das equipes de Saúde da Família do município de Fortaleza;
- Identificar os fatores facilitadores e os dificultadores das práticas de promoção da saúde determinadas ao Programa de Controle de Hipertensão Arterial;
- Comparar as ações praticadas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família no Programa de Controle de Hipertensão Arterial com as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo, analítico, com abordagem quantitativa no tratamento dos dados. Acredita-se que esta perspectiva propiciou uma abrangência maior de pesquisados, o que possibilitou resultados significativos.

Conforme Minayo; Sanches (1993, p.240):

a pesquisa quantitativa permite uma menor incidência de erros nos resultados, visto que sua abordagem, desde a antiguidade, oferece uma margem de dados estatísticos regulares, seguros e precisos na aplicação de noções básicas para contar e medir através do instrumento matemático, além de possibilitar uma interação entre o pensamento e a linguagem e o seu desenvolvimento mútuo, possuindo ainda a importância de mensurar, observar e representar extensivamente o objeto estudado, como também a interpretação dos fatos em suas diversas formas.

4.2 Local e período de estudo

A pesquisa foi desenvolvida nos Centros de Saúde da Família-CSF distribuídos nas seis Secretárias Executivas Regionais-SER do Município de Fortaleza - Ceará, no período de maio a julho de 2008.

Em 1997, foram criadas as Secretárias Executivas Regionais de Saúde em Fortaleza, com o objetivo de descentralizar as ações administrativas. Cada uma delas com administração local, porém subordinada à Secretária Municipal de Saúde.

Atualmente existem 90 centros distribuídos entre as seis regionais. Neste estudo foram pesquisados 48 CSF de forma a completar a amostra pré-determinada, sendo 9 na SER I, 4 na SER II, 11 na SER III, 6 na SER IV, 11 na SER V e 7 na SER VI. A escolha dos CSF ficou secundarizada, visto foco está centrado na amostra, que foi dividida proporcionalmente por regional de saúde e equitativamente por categoria profissional (ver adiante).

O Município de Fortaleza conta com uma extensão de 313 Km² e tem uma população de 2.416.920 habitantes (IBGE, 2000). Limita-se ao norte com o Oceano Atlântico; ao Sul, com os municípios de Pacatuba, Eusébio, Maracanaú e Itaitinga; a Leste, com Aquiraz e o Oceano Atlântico; e a Oeste, com o município de Caucaia.

4.3 População

A fim de se alcançar os objetivos propostos, foram abordados os profissionais da saúde que compõem a equipe do PSF e que participam do Programa de Controle de Hipertensão, ou seja, médicos, enfermeiros, auxiliar e/ou técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os profissionais citados acima constituíram duas populações distintas. A primeira consistiu em 900 profissionais dentre médicos, enfermeiros e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem que integravam as 300 equipes relatadas no Relatório de Gestão 2006, da Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza. Como a relação entre esses profissionais é de 1: 1: 1 em cada equipe de saúde da família, essa primeira população constou de 300 enfermeiros, 300 médicos e 300 auxiliares ou técnicos de enfermagem.

Essas equipes são divididas por regional de saúde, sendo: 36 equipes na regional I, 38 equipes na regional II, 59 equipes na regional III, 33 equipes na regional IV, 64 equipes na regional V e 70 equipes na regional VI (FORTALEZA, 2006). Multiplicando-se o número de equipes por profissional para cada regional ter-se-á: 108 profissionais na regional I (36 médicos, 36 enfermeiros e 36 auxiliar ou técnico de enfermagem); 114 profissionais na regional II (38 médicos, 38 enfermeiros e 38 auxiliar ou técnico de enfermagem); 177 profissionais na regional III (59 médicos, 59 enfermeiros e 59 auxiliar ou técnico de enfermagem); 99 profissionais na regional IV (33 médicos, 33 enfermeiros e 33 auxiliar ou técnico de enfermagem); 192 profissionais na regional V (64 médicos, 64 enfermeiros e 64 auxiliar ou técnico de enfermagem) e 210 profissionais na regional VI (70 médicos,

70 enfermeiros e 70 auxiliar ou técnico de enfermagem). Esta é a população total de médicos, enfermeiros e auxiliar e/ou técnico de enfermagem estratificada por regional e por categoria profissional. Estes dados estão sintetizados na tabela 7.

Tabela 7: População de médicos, enfermeiros e auxiliar e ou técnico de enfermagem.

POPULAÇÃO 1 (900 profissionais)	SER I (36 ESF)	SER II (38 ESF)	SER III (59 ESF)	SERIV(33 ESF)	SER V (64 ESF)	SERVI (70 ESF)	TOTAL
MÉDICOS	36	38	59	33	64	70	300
ENFERMEIROS	36	38	59	33	64	70	300
AUXILIAR	36	38	59	33	64	70	300
TOTAL	108	114	177	99	192	210	900

A segunda população esteve representada pelos agentes comunitários de saúde. Cabe ressaltar que essa distinção deveu-se ao número de ACS não ser exato para cada equipe e depender da população adscrita à área. Além de que não se dispunha da quantidade total de ACS estabelecida pelo Relatório de Gestão 2006, evidenciando sua convocação parcial a despeito da realização da seleção pública em 2006. No entanto, informe verbal de funcionário da Secretaria Municipal de Saúde-SMS especificou um contingente de 743 ACS, valor que foi adotado para a definição de amostra. Como não se tem especificada a população de ACS definida por regional, estes não constam na tabela 7.

4.4 Amostra

Para o cálculo da amostra de médicos, enfermeiros e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem utilizou-se a fórmula de população finita e estratificada.

$$n = \frac{N \sum N_h P_h Q_h}{N^2 V + \sum N_h P_h Q_h}$$

Adotou-se para o cálculo o $\alpha = 5\%$ ($Z = 1,96$), $\varepsilon = 5\%$ e $P = 50\%$. O número amostral de médicos, enfermeiros e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem resultou em 271 profissionais divididos proporcionalmente por regional e equitativamente por categoria profissional em cada célula regional (Ver tabela 8).

Tabela 8: População de profissionais estratificada segundo regional de saúde e número amostral de médicos, enfermeiros e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem a serem pesquisados.

Estratos/população o (profissionais)	SER	Amostra Erro de 5%
108	I	33
114	II	34
177	III	53
99	IV	30
192	V	58
210	VI	63
900 Soma	Total	271
N	271	

Portanto o número de profissionais a serem entrevistados era: 33 profissionais na regional I (sendo 11 médicos, 11 enfermeiros e 11 auxiliares ou técnicos de enfermagem); 34 profissionais na regional II (sendo 11 médicos, 11 enfermeiros e 12 auxiliares ou técnicos de enfermagem); 53 profissionais na regional III (sendo 17 médicos, 17 enfermeiros e 19 auxiliares ou técnicos de enfermagem); 30 profissionais na regional IV (sendo 10 médicos, 10 enfermeiros e 10 auxiliares ou técnicos de enfermagem); 58 profissionais na regional V (sendo 19 médicos, 19 enfermeiros e 20 auxiliares ou técnicos de enfermagem) e 63 profissionais na regional VI (sendo 21 médicos, 21 enfermeiros e 21 auxiliares ou técnicos de enfermagem). Estes dados encontram-se sintetizados na tabela 9.

Tabela 9: Amostra calculada estatisticamente para compor o número de médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e ACS a serem pesquisados.

AMOSTRA CALCULADA	SER I (36 ESF)	SER II (38 ESF)	SER III (59 ESF)	SERIV (33 ESF)	SER V (64 ESF)	SERVI (70 ESF)	TOTAL
MÉDICOS	11	11	17	10	19	21	89
ENFERMEIROS	11	11	17	10	19	21	89
AUXILIAR	11	12	19	10	20	21	93
ACS	32	32	48	28	54	59	253
TOTAL	65	66	101	58	112	122	524

Já para o cálculo da amostra de ACS utilizou-se a fórmula para estimar a proporção de população finita, adotando-se os mesmos valores para $\alpha = 5\%$ ($Z = 1,96$), $\varepsilon = 5\%$ e $P = 50\%$, sendo esta:

$$n = \frac{Z^2 \hat{P} \hat{Q} N}{\varepsilon^2 (N - 1) + Z^2 \hat{P} \hat{Q}}$$

O número estatístico determinado para a composição da amostra de ACS foi de 253 profissionais, distribuídos proporcionalmente ao número de equipes de saúde por regional (Ver Apêndice G).

Para melhor compreensão dos elementos contidos no cálculo das amostras:

- N = quantidade de elementos do universo (população);
- N_h = quantidade de elementos da população h (estrato h);
- $V = (\varepsilon / t)^2$, indica a variância fixa, para o cálculo do tamanho amostral (n);
- ε =erro amostral (estabelece o número necessário de indivíduos a serem pesquisados a fim de que os resultados sejam significativos e possíveis de serem generalizados);
- P = prevalência da doença ou percentual de uma categoria da variável escolhida (neste caso, é a porcentagem de profissionais que implementam ações de promoção da saúde no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica de Fortaleza);
- $Q = 100\% - P$;

- Q_h = proporção de indivíduos sem determinada característica no estrato;
- P_h = proporção de profissionais que implementam ações de promoção da saúde no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica de Fortaleza no estrato;
- α = nível de significância (define a margem percentual em que os resultados são confiáveis naquela população).

Os critérios de inclusão eram pertencer a uma das classes profissionais estabelecidas, estar atuante em uma Unidade de Saúde da Família, participar do Programa de Controle de Hipertensão Arterial e aceitar contribuir com o estudo.

Considerando o levantamento realizado, a amostragem deveria ser de 524 profissionais (somando a primeira amostra de 271 com a segunda de 253), porém a amostra efetiva constou de 451 entrevistados. Constatou-se que essa variação deveu-se à desistência de médicos após assumirem o cargo (ALVES, 2008), comprometendo a composição das equipes de saúde da família (300 no total, conforme relatório de gestão). Das 300 existentes, somente 171 equipes possuíam médicos de família.

Ressalta-se, também, que devido a esse *déficit* no número de médicos, muitos estavam sobrecarregados, talvez, por isso, justificasse a maior recusa em participar da pesquisa estar entre os médicos. Em algumas equipes, embora em número bem menor em relação aos médicos, faltavam também enfermeiros, porém, neste caso, acredita-se que fosse por motivo de licença, como justificado em alguns centros de saúde visitados. Contudo, preferiu-se manter a população inicial obtida em dados oficiais e, então, justificar o tamanho efetivo da amostra (Ver tabela 10).

Registrou-se uma perda de 30 médicos (33,7%), 10 enfermeiros (11,2%), 9 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem (9,6%) e 24 ACS (9,4%).

Tabela 10: Amostragem efetiva de médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e ACS.

AMOSTRA EFETIVA	SER I (36 ESF)	SER II (38 ESF)	SER III (59 ESF)	SERIV (33 ESF)	SER V (64 ESF)	SERVI (70 ESF)	TOTAL
MÉDICOS	11	4	11	10	8	15	59
ENFERMEIROS	11	7	17	9	19	16	79
AUXILIAR	11	8	19	10	19	17	84
ACS	32	19	48	28	53	49	229
TOTAL	65	38	95	57	99	97	451

4.5 Variáveis de estudo

As variáveis contidas nos formulários aplicados a todos os profissionais pesquisados foram:

- Identificação (sexo, faixa etária, CSF onde trabalha);
- Formação e Capacitação Profissional (tempo de graduado, titulação, cursos de capacitação na área de Saúde da Família);
- Condições de trabalho da equipe no exercício do Programa de Controle de Hipertensão;
- Fatores facilitadores e dificultadores no Programa de Controle de Hipertensão;
- Ações desenvolvidas no Programa de Controle de Hipertensão.

4.6 Etapas preparatórias para a pesquisa de campo

Selecionaram-se três pesquisadores. Esses eram alunos do curso de graduação de Enfermagem da UECE e pertencentes ao grupo de pesquisa “Educação, Saúde e Sociedade”. Realizou-se uma reunião inicial para explicar o projeto de pesquisa, assim como para treiná-los na aplicação do formulário.

As seis regionais de saúde foram divididas entre os quatro pesquisadores, incluindo a autora. A fim de selecionar os CSF a serem visitados, cada pesquisador

recebeu uma lista com os 90 CSF. Nesta lista continham as seguintes informações: nomes, endereços e telefones de todos os CSF, assim como o número de equipes de saúde de família (ESF) por unidade de saúde existente na maioria dos CSF (levantamento feito pela própria pesquisadora). O conhecimento do número de ESF por CSF foi importante, pois como a amostra era grande, era de interesse próprio encontrar um maior número possível de profissionais em uma mesma unidade de saúde, a fim de reduzir custos com transporte e tempo. Como todas as regiões da cidade e um grande número de CSF iam ser investigados esse critério não influenciaria os resultados.

Assim eram contactados, preferencialmente, os CSF com maior número de ESF, o que não excluiu aqueles com poucas equipes, haja vista o grande número amostral a ser contemplado e a negação de alguns profissionais à participação ao estudo, o que fez com que um grande número de CSF fossem visitados.

4.7 Pesquisa de campo

Na primeira visita a cada CSF, os pesquisadores seguiam os seguintes passos:

- Contactar a (o) responsável pelo CSF;
- Apresentar-se e explicar os objetivos e procedimentos da pesquisa;
- Conhecer a estrutura física e instalações do CSF;
- Conhecer os profissionais das equipes de Saúde da Família;
- Solicitar a participação individual destes profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliar e/ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde);
- Agendamento ou aplicação de formulários com os sujeitos da pesquisa.

Com o consentimento do profissional, se possível, nessa mesma visita eram aplicados os formulários, caso contrário, eram agendados novos encontros.

Foram aplicados quatro formulários semi-estruturados para cada categoria profissional, contendo perguntas envolvendo as variáveis mencionadas (Ver Apêndice A, B, C e D).

4.8 Análise de dados

Os dados foram organizados em tabelas e gráficos. Calcularam-se as medidas estatísticas média e desvio padrão referentes às variáveis quantitativas. Foram feitos os testes de χ^2 e Fisher e de razão de máximo verossimilhança para verificar a existência de associação entre variáveis desfechos e as variáveis preditoras. Para todas as análises inferenciais foi fixado o nível de significância de 5%. Os dados foram processados no programa *Statistical Package for Social Science-SPSS*, versão 14.0.

4.9 Organização dos resultados

Para melhor análise e interpretação dos resultados, estes foram separados em blocos. Cada bloco procurou responder um objetivo específico e todos buscavam responder ao objetivo principal.

O primeiro bloco retratava o perfil profissional por categoria, o segundo bloco de análise referia-se aos resultados relativos às indagações sobre as condições de trabalho da equipe para atuar no Programa de Controle de HAS, seus fatores facilitadores e dificultadores e o terceiro bloco evidenciava as ações de cada profissional no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica.

Considerando que a formação profissional pode influenciar na atuação deste profissional em serviço, foram pesquisadas informações que retratavam o perfil profissional dessas quatro categorias profissionais que atuam no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção Básica de Fortaleza.

Como um dos objetivos específicos desta dissertação consistia em comparar as ações praticadas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família no Programa de Controle de Hipertensão Arterial com as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, para elencar as atividades destinadas a cada profissional utilizou-se como parâmetro o Caderno de Atenção Básica nº. 15 de HAS, do

Ministério da Saúde, e, também, como subsídio o manual das V Diretrizes Brasileiras de HAS.

4.10 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Educação Continuada-CEC da Academia Cearense de Odontologia, em que foram observadas as normas reguladoras da pesquisa, conforme Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Aos sujeitos da pesquisa esclareceu-se o sigilo de sua participação na apresentação dos dados e a impossibilidade de danos pessoais referentes à sua contribuição ao estudo. Os mesmos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice E).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil Profissional

Foram entrevistados 59 médicos, 79 enfermeiros, 84 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 229 ACS. Desses, 79,2% eram mulheres, a idade variou de 19 a 68 anos, com média de $36,38 \pm 9,29$.

Dentre os médicos atuantes no PSF a maioria (36,5%) tinha 5 anos ou menos de formados, revelando um maior percentual de médicos com pouco tempo de profissão. Estes dados coincidem com os resultados encontrados em um estudo realizado em unidades básicas de saúde de três municípios baianos, onde se observou que 40,6% dos médicos tinham menos de 5 anos de formado, 34,4% tinham entre 6 a 15 anos e 25% mais que 15 anos (FRANCO *et al*; 2005).

Já entre os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem, a maioria (67% e 50% respectivamente) estava na faixa entre 6 e 15 anos de formação. Nota-se que nestas categorias profissionais existe um predomínio de maior tempo de formação que os médicos atuantes no PSF de Fortaleza-CE.

Relativo ao tempo de trabalho no PSF, os enfermeiros apareceram como a categoria profissional com maior tempo em serviço no programa. Porém os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem eram os mais antigos dentro da equipe atual na qual os profissionais atuavam. Estes dados podem suscitar duas hipóteses: uma maior rotatividade dos enfermeiros em locais de serviço ou os auxiliares de enfermagem não se sentiam parte da equipe de PSF, como muitos ainda não se sentem, segundo relatos durante a pesquisa de campo.

A carga horária semanal cumprida no trabalho do PSF foi predominantemente de 40hs/semana e a maioria dos profissionais pesquisados eram concursados, com exceção dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem (91,4% dos médicos, 94,9% dos enfermeiros, 17,7% dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 82,5% dos ACS).

Para a maioria dos enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e ACS o PSF é o único emprego, porém para médicos esta realidade é outra, 61% deles possuem outros empregos além do PSF. Esses resultados condizem com estudo de Franco *et al.* (2005), no qual 75% dos médicos exerciam outras atividades médicas, além do PSF, e entre os demais profissionais 13,5% desenvolviam mais de uma atividade.

Com relação à educação permanente dos sujeitos da pesquisa, a maioria dos médicos (68,9%) e enfermeiros (79,7%) e um pouco menos da metade dos ACS (42,9) realizaram um curso introdutório ao PSF, que para médicos e enfermeiros é intitulado de curso de imersão ao PSF e para ACS chama-se de curso preparatório para agente comunitário de saúde-CPACS. Mais da metade dos médicos (62%) e enfermeiros (69,6%) e menos da metade dos auxiliares ou técnicos de enfermagem (34,5%) e ACS (48,7%) afirmaram ter realizado outros cursos de capacitação relativos à prática no PSF. A maioria dos médicos (77,6%), enfermeiros (75%) e ACS (56,6%) e a minoria dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem (39,3%) relataram ter recebido treinamento para trabalhar na perspectiva de promoção da saúde. Esses dados quando submetidos ao teste do χ^2 mostraram alta significância estatística (0,001). Grande parte dos médicos (50,8%) e enfermeiros (53,2%) afirmou ter feito ou estarem fazendo o Curso de Especialização em Saúde da Família.

Quanto ao aprendizado nesses cursos ser aplicável à prática dos serviços, a maioria dos médicos, dos enfermeiros e dos ACS respondeu positivamente, enquanto somente 30,1% dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem concordaram. Ressalta-se que mais da metade dos médicos (62%) e enfermeiros (67,1%) realizaram o curso de capacitação para desenvolver o Programa de Controle de Hipertensão Arterial.

Os resultados relativos aos cursos introdutórios estão um pouco aquém dos da pesquisa avaliativa realizada pelo Ministério da Saúde em 2001-2002 sobre a implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família no Brasil, a qual revelou que o percentual nacional de equipes em que os médicos realizaram treinamento introdutório foi de 61,9%, com variações relevantes entre os estados. O estado do Ceará apresentou percentual de 77,1%. Com relação aos enfermeiros, a

média nacional foi de 69,4%, com o Ceará apresentando percentual de 87,6%. Essa mesma pesquisa informou a realização do Curso para o Programa de Controle de Hipertensão realizado para equipes com médicos e enfermeiros, respectivamente, de 42,4% e 44,5% (BRASIL, 2004a). Nesse quesito, os resultados do estudo atual mostraram-se melhores.

Um outro estudo realizado por Costa *et al.* (não publicado) em unidades básicas de Recife revela tanto dados similares, quanto dados diferentes aos encontrados nesta pesquisa. Com relação àqueles compatíveis, observou-se que o percentual de médicos e enfermeiros que realizaram o curso Introdutório ao PSF foi de 69,4% e 77,8%, respectivamente. Já relativo àqueles diferenciais, constatou-se que o percentual de ACS que realizaram o Introdutório ao PSF (69,4%) foi maior e 51,4% dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem também realizaram este curso, enquanto no PSF de Fortaleza-CE esse curso não foi ofertado a estes últimos profissionais. Um outro fato que se destaca é que o percentual de médicos (37,5%) e enfermeiros (25%) que realizaram o Curso de Capacitação em Hipertensão Arterial é bem menor que os encontrados na pesquisa atual.

No geral, com relação à educação permanente no PSF de Fortaleza-CE, observa-se ênfase maior aos profissionais de nível superior, deixando a desejar uma maior atenção aos profissionais de nível médio. Apesar da lógica do sistema basear-se em formação de capacitadores na equipe, observou-se na prática que os profissionais de nível médio reclamam a menor educação permanente dispensada a eles e afirmam nem sempre receber repasse de informações dos profissionais de nível superior.

Sobre a titulação dos profissionais, dos 59 médicos entrevistados, poucos (18,6%) não possuíam pós-graduação, a maioria possuía residência (54,2%) e especialização (50,8%) e uma pequeníssima parte possuía mestrado (5,1%) e doutorado (1,7%). Das 57 respostas obtidas com relação à área de pós-graduação entre os médicos, em primeiro lugar destacou-se a área de saúde coletiva (medicina da família, saúde da família e saúde pública), em segundo apareceu a pediatria e outras 15 especialidades foram apontadas em menor proporção. Na classe de enfermagem, menos ainda que os médicos, não possuía pós-graduação (7,6%), (87,3%) eram especialistas, poucos possuíam residência (7,6%) e, assim como os

médico, somente 5,1% eram mestres. Das 93 respostas obtidas com relação à área de pós-graduação, a maior parte delas foi na área de saúde coletiva (saúde da família e saúde pública), em segundo lugar apareceu a área de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e outras 16 especialidades foram citadas. Todos os dados apresentados sobre o perfil profissional dos sujeitos pesquisados encontram-se sintetizados na tabela abaixo (VER TABELA 11).

Os resultados obtidos se aproximam de um dos melhores resultados encontrados em artigos científicos pesquisados, referente a um estudo realizado no ano de 2003, em Londrina-Paraná, que constatou que mais de 74% dos médicos e 93,2% dos enfermeiros do PSF afirmaram possuir especialização, destes, 45% e 70%, respectivamente, eram na área da Saúde Coletiva (FERRARI *et al.*, 2005).

Tabela 11 - Distribuição do número de profissionais entrevistados segundo perfil profissional, PSF de Fortaleza-CE, Maio/Julho/2008.

Categoria profissional	Médicos		Enfermeiros		Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem		ACS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Perfil Profissional								
Tempo de conclusão (ano)								
0 a 5	19	36,5	19	24,1	18	28,1	-	-
De 6 a 15	18	34,7	53	67,0	32	50,0	-	-
+ de 15	15	28,8	7	8,9	14	21,9	-	-
Tempo PSF (ano)								
0 a 5	39	66,1	38	47,4	54	65,9	169	75,3
De 6 a 10	15	25,4	31	39,8	23	28,0	43	19,3
+ de 10	5	8,5	10	12,8	5	6,1	12	5,4
Tempo equipe atual PSF (ano)								
0 a 5	54	91,5	77	98,7	59	72,0	197	87,9
De 6 a 10	5	8,5	-	-	18	21,9	23	10,3
+ de 10	0	0	1	1,3	5	6,1	4	1,8
Trabalhava na Saúde pública							Continua in...	
							Conclusão.	
Sim	26	44,8	33	42,3	48	58,5	97	42,7

Não	32	54,2	45	57,7	34	41,5	130	57,3
Vínculo								
emprego								
Formal	53	91,4	75	94,9	14	17,7	188	82,5
Informal	5	8,6	4	5,1	65	82,3	40	17,5
Empregos além								
PSF								
Nenhum	23	39,0	50	63,3	71	87,7	213	93,0
um	23	39,0	24	30,4	10	12,3	14	6,1
dois	10	16,9	5	6,3	-	-	1	0,4
três ou +	3	5,1	-	-	-	-	1	0,4
Educação								
Permanente*								
Introdutório	40	68,9	63	79,7	-	-	97	42,9
Capacitações	36	62,0	55	69,6	29	34,5	110	48,7
Promoção	45	77,6	57	75,0	33	39,3	129	56,6
Curso HAS	36	62,0	53	67,1	-	-	-	-
Especialização	30	50,8	42	53,2	-	-	-	-
Aplicável								
Sim	54	91,5	73	93,6	25	30,1	134	60,6
Não	5	6,4	5	6,4	4	4,8	5	2,3
Não sabe	-	-	-	-	55	66,3	82	37,1
Titulação*								
Não	11	18,6	6	7,6				
Residência	32	54,2	6	7,6				
Especialização	30	50,8	69	87,3				
Mestrado	3	5,1	4	5,1				
Doutorado	1	1,7	-	-				
Área especial.*								
Saúde coletiva	26	45,6	52	55,9				
Pediatria (méd.)	11	19,2	10	10,7				
/UTI (enf.)								
Outras	20	33,1	31	33,3				

*Nota: Os percentuais não fecham 100%, pois um mesmo profissional poderia relatar mais de um item relativo à educação permanente, assim como poderia possuir mais de um grau de titulação e mais de uma especialidade.

5.2 Condições de trabalho da equipe para atuar no Programa de Controle de HAS, seus fatores facilitadores e dificultadores.

Considerando que o prazer pelo trabalho é um fator motivacional ao desempenho, os entrevistados foram questionados quanto ao grau de satisfação em atuar no PSF. As respostas revelaram duas vertentes: uma que leva a uma análise positiva e pode ser interpretada como um dos fatores facilitadores para atuar no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica, que é o fato de a maioria dos profissionais entrevistados (51,2%) afirmarem que consideram bom o seu grau de satisfação em atuar no PSF; a outra, que pode ser considerada como um dos fatores dificultadores, é a realidade constatada de que a maior parte dos médicos entrevistados não se enquadrava no perfil acima, e classificaram como regular (53,4%) a sua satisfação no trabalho do PSF. O instrumento utilizava uma parametrização de ótimo, bom, regular e ruim, a interpretação do que vem a ser cada parâmetro ficaria a critério pessoal dos respondentes.

5.2.1 Condições físicas e materiais

Quanto às condições físicas e materiais encontradas nos ambientes de trabalho, 52,9% dos profissionais pesquisados consideraram que as instalações físicas são adequadas para atender a clientela de hipertensos; 63,1% relataram que os equipamentos disponíveis permitem a realização adequada dos procedimentos relativos ao programa; 57,5% afirmaram que os medicamentos básicos para o tratamento de HAS são suficientes para atender a clientela de hipertensos, número considerado baixo¹²; 78% dos médicos e 62% dos enfermeiros afirmaram trabalhar com algum protocolo no atendimento ao hipertenso, porém não especificaram qual, e 83,3% dos profissionais utilizavam a ficha do HIPERDIA. Sobre a viabilidade para a realização de atividades educativas nos centros de saúde, 53,7% dos profissionais pesquisados afirmaram não existir espaço físico e 69,3% relataram ausência de material didático.

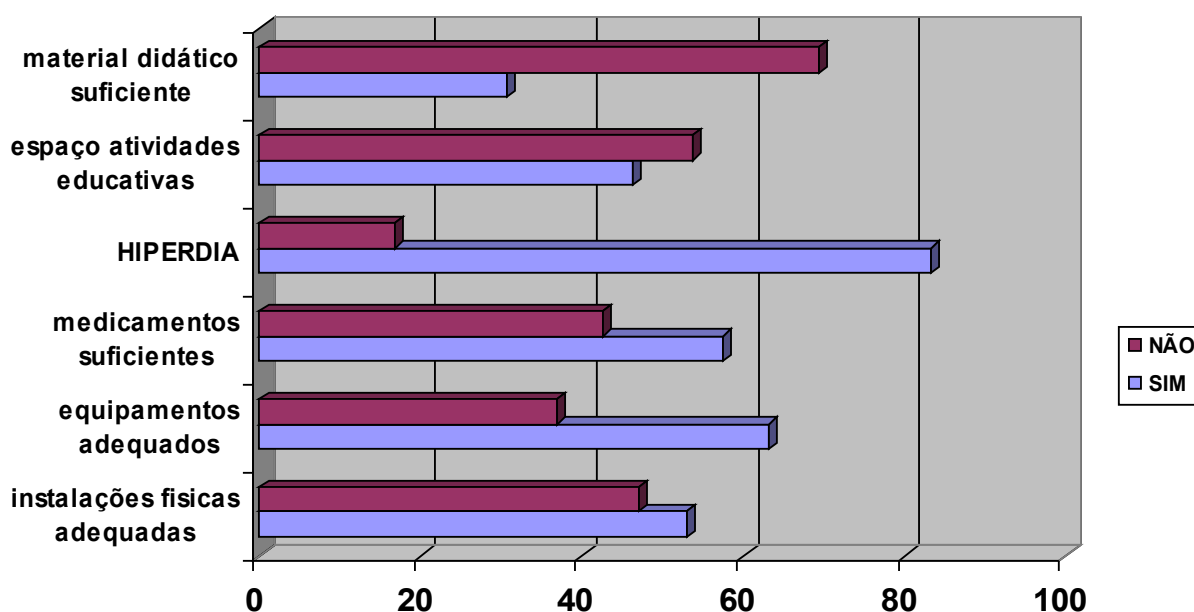
Pesquisa realizada por Costa *et al.* (não publicado) sobre a implantação da atenção à Hipertensão Arterial realizada nas unidades básicas de saúde de Recife revelou dados semelhantes a estes. Nela, as instalações físicas foram

¹² Cabe ressaltar que a classificação como índice baixo, satisfatório ou insatisfatório utilizou como parâmetro resultados encontrados em artigos pesquisados, que retratam a realidade existente. Observou-se que nesses artigos índices que retratavam uma implantação de determinadas variáveis necessárias ao funcionamento dos

consideradas presentes por 55,6% dos respondentes, o que recebeu o grau de insatisfatório pelo autor; os equipamentos estavam disponíveis em 68,6%; a maioria das equipes de saúde da família também utilizava a ficha de HIPERDIA; os espaços físicos para a realização de atividades educativas e o material educativo destinado ao programa de HAS também eram insatisfatórios.

Porém, outros dados contidos nessa mesma pesquisa mostraram-se diferentes, tais como: a distribuição de medicamentos essenciais ao tratamento hipertensivo mostrou-se satisfatória (74,8%), já o percentual de profissionais que utilizavam protocolos na avaliação ao paciente hipertenso (25%) ficou bem aquém comparado ao da atual pesquisa.

Gráfico 1: Situação de variáveis de ordens físicas e materiais que podem interferir no Programa de Controle de HAS, PSF de Fortaleza-Ce, Maio/Julho/2008.

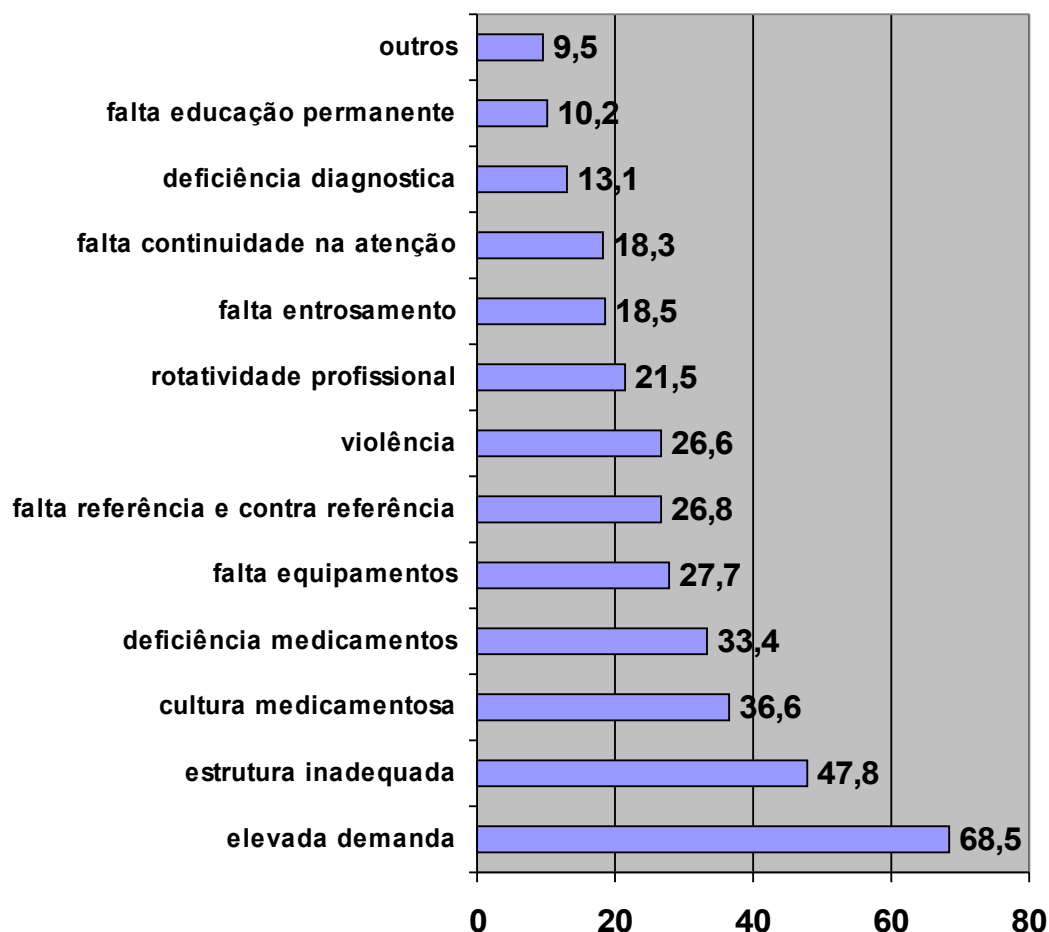


5.2.2 Obstáculos relatados pela equipe do PSF para atuar no Programa de Controle de HAS.

Os maiores obstáculos relatados pelos profissionais pesquisados no manejo com o programa foram: elevada demanda de usuários, estrutura inadequada das unidades, cultura da medicalização entre usuários e profissionais, deficiência de medicamentos básicos para hipertensão, falta de equipamentos, falta de referência e contra-referência, violência urbana, rotatividade dos profissionais, falta de

entrosamento na equipe, falta de continuidade de atenção à saúde, deficiência de apoio diagnóstico, falta de capacitação dos profissionais e outros.

Gráfico 2: Opinião dos profissionais quanto aos obstáculos ao Programa de Controle de HAS, PSF de Fortaleza-Ce, Maio/Julho/2008.



5.3 Processo de trabalho no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica de Fortaleza.

Na tentativa de analisar as ações do Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica de Fortaleza no contexto da Promoção da Saúde, pesquisou-se sobre o processo de trabalho dos profissionais envolvidos, buscando conhecer como estavam acontecendo tanto as ações preventivas quanto as de diagnóstico e tratamento, visto que essas ações de promoção da saúde podem e devem acontecer em qualquer momento da atenção à saúde.

Antes de se questionar sobre o processo de trabalho em si, procurou-se saber se os profissionais tinham acesso a manuais explicativos sobre HAS (os quais serviram de base para a elaboração da dissertação) e constatou-se que somente 29% dos entrevistados disseram conhecer as V Diretrizes Brasileiras de HAS (88,1% dos médicos, 57% dos enfermeiros, 4,8% dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 13,1% dos ACS) e 31,7% o Caderno de Atenção Básica nº. 15 de HAS (78,5% dos médicos, 72,9% dos enfermeiros, 13,1% dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 11,8% dos ACS), desses 32,5% orientam-se por um dos dois ao exercer seus procedimentos (71,8% dos médicos, 89,8% dos enfermeiros, 11,9% dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 11,8% dos ACS). Notou-se grande diferença entre os percentuais revelados entre nível superior e nível médio, apontando relevância estatística ($\chi^2=0,01$).

5.3.1 Ações comuns às quatro categorias profissionais pesquisadas

Como já citado anteriormente no referencial teórico, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) cada profissional médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde que compõe a equipe de saúde da família possui ações a desenvolver, muitas delas comuns a todos os integrantes, como as ações educativas.

Verificou-se que a maioria dos médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e ACS afirmou realizar atividades que enfatizavam uma conduta promotora de saúde, tais como: escutar as queixas da população e/ou pacientes hipertensos; tentar, junto à comunidade e ou pacientes, buscar soluções para essas queixas ou problemas; assim como desenvolver atividades educativas de promoção da saúde com as pessoas da comunidade, orientando-as sobre os fatores de risco para hipertensão e doenças cardiovasculares e importância de adoção de hábitos saudáveis de vida.

Quanto aos fatores de risco abordados na prevenção e controle da hipertensão arterial, obtiveram-se em ordem decrescente de citação os seguintes

resultados: sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, fumo, obesidade, álcool, sal, estresse e dislipidemia. Observou-se um alto percentual de respostas em branco, principalmente entre os profissionais de nível médio, e dentre eles destaque para os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem (VER TABELA 12).

Alguns autores fazem críticas da forma como os fatores de risco para HAS são abordados. Franco *et al.* (2005, p.254) em pesquisa envolvendo a relação médico-paciente com médicos atuantes no PSF, afirmam que “os médicos conhecem os fatores de risco e os exploram, mas não implicam os pacientes nisso, exercitando, deste modo, o modelo paternalista de atenção ou o modelo superficialmente biomédico”. Já Alves e Nunes (2006) afirmam que a busca por fatores de risco para hipertensão é por muitas vezes identificada na anamnese, entretanto, a relação destes fatores de risco com a hipertensão não é explicitada, não conferindo uma ação educativa.

Observou-se que apesar de 92% dos profissionais entrevistados considerarem que todas as atividades destinadas ao Programa de Controle de Hipertensão Arterial são importantes, somente um pouco mais da metade (54,8%) acreditavam que todas as atividades relativas ao programa eram cumpridas. Das relatadas como não realizadas rotineiramente, os profissionais apontaram prioritariamente as atividades educativas, apesar de: a maioria afirmar desenvolvê-las pessoalmente, 76,4% concordarem que os usuários gostavam das atividades educativas, 73,9% afirmarem que a comunidade e ou pacientes participavam ativamente das atividades e 62,2% acharem que os usuários compreendiam tudo o que era exposto.

Esses achados assemelham-se a outro resultado encontrado em estudo realizado em 2002, com 253 profissionais médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família dos municípios de Mato Grosso, que revelou dificuldades para realizações de ações educativas com a população, sendo essas dificuldades maiores nos centros urbanos (CANESQUI; SPINELLI, 2006).

Cabe ressaltar que 37,8% demonstraram uma visão pessimista dos usuários ao afirmarem que devido à baixa escolaridade deles são incapazes de compreender o que é exposto nas atividades educativas. Esta percepção dos

usuários pelos profissionais pode comprometer a prática educativa e promotora de saúde, conforme já comentado por Pasquim (2002) e Yunes *et al.* (2007).

Tabela 12: Distribuição do número de profissionais, segundo processo de trabalho no Programa de Controle de HAS, PSF de Fortaleza-Ce, Maio/Julho/2008.

Categoria profissional	Médicos		Enfermeiros		Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem		ACS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Processo de trabalho no Programa HAS								
Escutar queixas								
Sim	58	98,3	79	100	80	96,4	187	83,1
Não	1	1,7	-	-	3	3,6	38	16,9
Buscar soluções								
Sim	52	88,1	76	96,2	73	88,0	216	94,7
Não	7	11,9	3	3,8	10	12,0	12	5,3
Desenvolvem atividade educativa								
Sim	49	84,5	61	79,2	59	70,2	187	83,1
Não	9	15,5	16	20,8	25	29,8	38	16,9
							Continua in...	
Fatores de risco abordados*							Conclusão.	
Sedentarismo	42	71,4	49	64,7	23	27,6	104	41,6
Alimentação	24	40,8	41	53,4	26	31,2	113	45,2
Fumo	30	51,0	40	53,2	17	20,4	53	21,1
Obesidade	28	47,6	34	44,5	24	28,7	58	23,4
Álcool	13	22,1	17	22,8	7	8,4	23	9,3
Sal	5	8,5	9	11,5	6	7,2	18	7,4
Estresse	4	6,8	7	8,9	2	2,4	14	5,7
Dislipidemia	7	11,9	6	7,7	0	0	2	0,8
Não responder.	9	15,3	10	12,7	37	44,0	76	30,6

* Nota: Os percentuais não fecham 100%, pois como essa pergunta era aberta os profissionais respondiam livremente, e um mesmo profissional pôde relatar mais de um fator de risco abordado.

5.3.2 Ações comuns a médicos e enfermeiros

Algumas ações, principalmente aquelas que dizem respeito às orientações destinadas ao tratamento não-medicamentoso, encontram-se em um ponto de interseção entre médicos e enfermeiros.

5.3.2.1 Tratamento não-medicamentoso

Observou-se que quase a totalidade de médicos e enfermeiros prescrevia tratamento não-medicamentoso. Quanto à forma desse tratamento, constatou-se que a maioria dos médicos (88,1%) e enfermeiros (79,5%) afirmava estabelecer o peso adequado, porém apenas uma minoria (25,5% e 16,5%, respectivamente) soube responder qual a faixa ideal de Índice de Massa Corpórea-IMC para que se estabeleça um peso adequado.

Grande parcela de médicos (83,1%) e enfermeiros (74,7%) afirmou estabelecer o limite da ingestão de sal, no entanto pouquíssimos (15,3% e 7,6%, respectivamente) souberam informar a quantidade ideal recomendada de sal/dia, conforme as Sociedades Brasileiras de Hipertensão, Cardiologia e Nefrologia e ainda enfatizada pelo Ministério da Saúde.

Um pouco menos da metade dos médicos (44,1%) e um pouco mais da metade dos enfermeiros (54,4%) afirmaram recomendar o consumo diário de frutas e verduras, porém ao especificar os valores indicados para consumo, este ficou bem aquém da quantidade ideal especificada pelo consenso.

Muitos dos médicos e enfermeiros restringiam a ingestão de alimentos industrializados; quase a totalidade de médicos e enfermeiros alertava quanto o consumo de álcool, porém poucos sabiam especificar a quantidade diária permitida para homens e mulheres; praticamente todos os médicos e enfermeiros prescreviam atividade física aos seus pacientes hipertensos e afirmavam estabelecer tipo, tempo, intensidade e frequência dos exercícios.

Constatou-se que os cruzamentos que buscavam associação entre a variável referente à realização do curso de aperfeiçoamento para desenvolver o Programa de Hipertensão por enfermeiros e médicos e as variáveis que abordavam

recomendações adequadas ou não relativas ao tratamento não-medicamentoso não apresentaram relevância estatística.

Ressalta-se que 42,65% dos profissionais médicos e enfermeiros entrevistados relataram que o PSF mantém vínculo com programas da prefeitura de atividades físicas em ambiente público. Esse percentual poderia ser melhor se houvesse políticas públicas locais que estimulassem parcerias entre entidades governamentais e não-governamentais em prol de práticas educativas saudáveis, assim como propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Observou-se que apesar de a maioria adotar o tratamento não-medicamentoso em suas condutas, poucos souberam mensurar os valores apontados como adequados para a prevenção e controle da HAS.

Essa realidade condiz com o que Alves e Nunes (2006) apontam em sua pesquisa sobre educação em saúde na atenção médica ao paciente com HAS no PSF, na qual afirmam que as recomendações quanto ao tratamento não-medicamentoso são por, muitas vezes, realizadas, porém de forma não esclarecida, nem com relação ao modo de utilização, nem quanto à sua importância, o que pode levar a não adesão, descrédito e ou esquecimento do paciente.

Celli (2005), em seu relatório de pesquisa sobre a identificação de necessidades de capacitação de profissionais da rede básica de saúde de Belo Horizonte, observou que os profissionais têm conhecimento mínimo necessário para atuarem sobre HAS, mas apresentam restrições ao lidarem com a longitudinalidade da doença, bem como sobre seus determinantes, tais como: obesidade e distúrbios nutricionais. Um dos médicos pesquisados relatou que não é que eles tenham que ter a formação de um nutricionista, mas deveriam ter, pelo menos, uma noção básica.

Estudo de Pasquim (2002) também revela dificuldades entre os profissionais das equipes de saúde da família em lidarem com a questão de alimentação e nutrição, alguns afirmam que seus conhecimentos na área são insuficientes e que tinham interesse em aprofundar saberes ligados à alimentação correlacionadas a hipertensão, obesidade, dislipidemia e alimentação saudável.

Gomes (2007) afirma que baixas taxas de confiança em informações sobre riscos alimentares têm sido identificadas quando as fontes dessas informações são de ordens governamentais. Ao contrário, um alto índice de confiança é identificado quando estas provêm de profissionais de saúde. Ou seja, para este autor, não basta que os meios de comunicação divulguem formas de viver saudável, é necessário que a população tenha um direcionamento mais próximo, proposta viável, através do PSF, e efetiva.

5.3.2.2 Outras ações

Apesar de quase a totalidade de médicos afirmarem realizar consultas para confirmação diagnóstica e a maioria dos enfermeiros consultas de enfermagem para o acompanhamento do hipertenso, constatou-se que menos da metade dos médicos (45,8%) e poucos enfermeiros (13%) realizavam a estratificação de risco cardiovascular de Framingham, recomendada pelo Ministério da Saúde para ser adotada no Programa de Controle de Hipertensão do PSF, como um recurso para classificar a gravidade do paciente portador de hipertensão e orientar as condutas que devem ser adotadas no seu tratamento, evitando possíveis complicações. Esses dados são compatíveis com os de Costa *et al.* (não publicado), nos quais em menos da metade das equipes os profissionais estratificavam o risco cardiovascular dos hipertensos.

Observou-se que mais da metade dos médicos (72,9%) e enfermeiros (67,1%) programavam, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente hipertenso e estabeleciam, também junto à equipe, estratégias que pudessem favorecer a adesão desses pacientes ao tratamento. Apenas 29,95% dos profissionais médicos e enfermeiros afirmaram que, quando necessário, contam com algum suporte do serviço social.

A totalidade dos médicos e enfermeiros afirmou: explicar ao paciente hipertenso sobre a sua doença e importância do seu controle através do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, orientar o paciente quanto à forma de usar o

medicamento e advertir quanto às possíveis complicações de sua doença, se não tratada adequadamente.

No dia da consulta programada para hipertensos, a média de atendimentos é quase a mesma para médicos ($14,29 \pm 6,329$) e enfermeiros ($14,40 \pm 5,533$). O tempo médio da consulta médica ao paciente hipertenso é de $17,50 \pm 6,027$ minutos e de enfermagem de $15,65 \pm 4,605$ minutos.

Tabela 13: Distribuição de médicos e enfermeiros, segundo ações no processo de trabalho do Programa de Controle de HAS, PSF de Fortaleza-Ce, Maio/Julho/2008.

Categoria Profissional	Médicos		Enfermeiros		85
	Nº	%	Nº	%	
Processo de trabalho no Programa HAS					
Tratamento medicamentoso					
Sim	54	93,2	69	87,3	
Não	5	6,8	10	12,7	
Estabelece peso					
Sim	52	88,1	62	79,5	
Não	7	11,9	16	20,5	Continua in...
IMC recomendado					Conclusão.
< 18,5	1	1,7	-	-	
18,5- 24,9	15	25,5	13	16,5	
25,0- 29,9	2	3,4	2	2,5	
Não se enquadra	16	27,0	15	19	
Não respondeu/não estabelece	25	42,4	49	62	
Estabelece limite sal					
Sim	49	83,1	59	74,7	
Não	10	16,9	20	25,3	
Quantidade sal*					
Abstinência	2	3,4	-	-	
Menor que o consenso	13	22,0	22	27,8	
Similar ao consenso	9	15,3	6	7,6	
Maior que o consenso	5	8,5	6	7,6	
Não dá especificar	4	6,8	4	5,1	
Não respondeu/não estabelece	26	44,0	41	51,9	
Recomenda frutas/verduras					
Sim	26	44,1	43	54,4	
Não	33	55,9	36	45,6	
Quantidade frutas**					
Menor que o consenso	16	27,0	26	32,9	
Similar ao consenso	7	12,0	8	10,2	
Não respondeu/não estabelece	36	61,0	45	57,0	
Quantidade verduras**					
Menor que o consenso	14	23,7	29	36,8	
Similar ao consenso	6	10,2	4	5,1	
Não respondeu/não estabelece	39	66,1	46	58,2	
Restringe alimentos industrializados					
Sim	53	89,8	70	88,6	
Não	6	10,2	9	11,4	
Restringe álcool					
Sim	57	96,6	69	88,5	
Não	2	3,4	9	11,5	
Quantidade álcool/mulher*					
Abstinência	10	16,9	10	12,7	Continua in... Conclusão.

****Nota:** Valores especificados no subitem 2.2.8.2

5.3.3 Ações médicas

Observou-se que 100% dos médicos solicitavam exames complementares para esclarecimento diagnóstico e suporte para controle da HAS, quando necessário, porém somente 24,1% afirmaram recebê-los em tempo hábil, fato também identificado por Costa *et al.* (não publicado).

Ressalta-se que, apesar de 96,6% dos médicos encaminharem às unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentavam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontravam em estado de urgência e emergência hipertensiva, somente 11,9% recebiam as contra-referências.

A falha de contra-referência na saúde é uma característica já identificada em outros estudos como os de Celli (2005) e Alves & Nunes (2006).

5.3.4 Ações da enfermagem

Dentre as ações específicas da enfermagem, observou-se que: todos os enfermeiros consultados encaminhavam o indivíduo ao médico, quando necessário; 98,7% repetiam a medicação (transcrição) de indivíduos controlados e sem intercorrências; 100% encaminhavam para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com comorbidades; 94,9% encaminhavam para consultas trimestrais, com o médico da

equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbididades e 93,6% encaminhavam para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbididades.

Dos enfermeiros entrevistados, 67,1% afirmaram capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e menos da metade (40,5%) desses profissionais mantinham grupos de apoio entre os pacientes hipertensos. Esse dado não é muito satisfatório, visto serem os grupos de apoio social uma poderosa estratégia de comunicação horizontal, assim como afirma Buss (1999). O mesmo confirma os resultados encontrados quando relata que essa prática não é muito difundida no nosso sistema de saúde.

Martini *et al.* (2007), em análise comparativa entre hipertensos que participavam de grupos de apoio e hipertensos que não participavam, observaram que a adesão no comparecimento às consultas foi de 100% naqueles que participavam dos grupos. Esses também apresentaram um maior percentual relativo à prática regular de atividade física, 61,54% contra 48,39% dos hipertensos não pertencentes ao grupo.

Os grupos de apoio podem propiciar um conhecimento geral para o grupo e do grupo, tanto para os usuários, quanto para os profissionais. Através deles podem ser evidenciadas quais as maiores dificuldades em aderir ao tratamento, quais as principais dúvidas, assim como podem também ser partilhadas experiências, êxitos, saberes científicos e populares. O que pode ajudar aos técnicos conhecer um pouco mais da cultura e valores da comunidade e assim saber lidar melhor com isso. Podendo se caracterizar como um momento que, na maioria das vezes, possibilita um maior vínculo entre os usuários entre si e destes com os profissionais, consequentemente, facilitando um maior empoderamento e caracterizando-se como uma prática adequada de promoção da saúde.

Buscando confirmar a hipótese levantada de o motivo para o reduzido número de grupos de hipertensos ser devido à falta de espaço apropriado nas unidades, realizou-se o cruzamento dessas variáveis, porém não houve significância estatística para essa confirmação.

Tabela 14 - Relação entre espaço físico apropriado para atividades educativas e a existência de grupos de hipertensos.

Espaço físico p/ atividades educativas Grupos De hipertensos	SIM		NÃO		TESTE p	
	N	%	N	%	χ^2	
SIM	14	40,0	17	40,5	0,002	0,966
NÃO	21	60,0	25	59,5		

5.3.5 Ações dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem

Observou-se que 100% dos auxiliares e ou técnicos de enfermagem verificavam os níveis de pressão arterial, 97,6% verificavam o peso, 95,1% a altura e 54,9% a circunferência abdominal. Esses parâmetros são predominantemente verificados (51,9%) a cada consulta.

A medida da circunferência abdominal é um importante preditor para se estimar o risco cardiovascular, porém, constatou-se que esta medida não vem recebendo a atenção necessária, pois até mesmo no HIPERDIA não é considerada campo obrigatório de preenchimento.

Quanto ao cumprimento de suas funções, verificou-se que 86,6% dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem agendavam consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados; 84,1% procediam as anotações devidas em ficha clínica ou prontuário eletrônico; 94% cuidavam dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitavam sua manutenção, quando necessária; 80,7% encaminhavam as solicitações de exames complementares para serviços de referência; 67,9% controlavam o estoque de medicamentos e solicitavam reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico e 57,5% forneciam medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.

5.3.6 Ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Identificou-se que 65,8% dos ACS rastreavam a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa; 95,2% encaminhavam à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão; 78,4% verificavam o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde; 78,4% verificavam a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de hipertensão arterial e encaminhavam para consulta extra; 98,7% perguntavam, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo estava tomando, com regularidade, os medicamentos e se estava cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar. Somente 26,4% dos ACS utilizavam alguma ficha padrão para calcular o risco cardiovascular.

Durante a aplicação do formulário, por várias vezes, foi necessário explicar o que era risco cardiovascular, pois muitos ACS desconheciam tal termo, o que aponta para uma falha na orientação desses profissionais.

5.4 Conceito de Promoção da Saúde

Quanto ao entendimento do conceito de Promoção da Saúde (PS), os resultados encontrados relacionam-na, prioritariamente, ao seu real significado, ligando PS à orientação e conscientização dos pacientes, à realização de atividades educativas e co-participação na saúde; em segundo lugar, apareceu o conceito de PS associado à prevenção de doenças; em uma terceira opinião, associou PS à melhoria da qualidade de vida; emergiu, ainda, como sinônimo de bem estar físico e

mental; e, em menor número de respostas, o conceito de PS surgiu atrelado a ter hábitos saudáveis de vida.

Observou-se que grande parte das respostas apontou outros conceitos dispersos e sem relação com PS, além de que um percentual elevado de profissionais não respondeu. Esses dados refletem que muitos profissionais ainda desconhecem o real sentido de Promoção da Saúde, pois, apesar de PS ter relação com prevenção, hábitos saudáveis de vida e consequentemente tentativa de melhoria da qualidade de vida, sua amplitude é bem maior.

Tabela 15 - Distribuição do número de profissionais, segundo o entendimento de Promoção da Saúde, PSF de Fortaleza-Ce, Maio/Julho/2008.

Categoria profissional	Médicos		Enfermeiros		Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem		ACS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conceito De OS								
Orientar/conscientizar/ações educativas	20	34,0	27	34,3	11	13,1	56	24,5
Prevenção de doenças	10	17,0	20	25,5	13	15,5	60	25,2
Melhorar qualidade de vida	7	11,9	14	17,9	3	3,6	23	10,0
Bem estar físico-mental	6	10,2	9	11,5	9	10,7	25	10,9
Hábitos saudáveis	7	11,9	6	7,7	4	4,8	17	7,4
Outros	6	10,2	4	5,2	20	23,9	36	15,6
Não responderam	16	27,1	18	22,8	31	36,9	46	20,1

Nota: Os percentuais não fecham 100%, pois como essa pergunta era aberta e os profissionais respondiam livremente, um mesmo profissional pôde relatar mais de um conceito ao significado de promoção da saúde para ele.

Considerando como o conceito adequado de promoção da saúde a orientação e conscientização dos pacientes, a realização de atividades educativas e a co-participação na saúde, observaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao entendimento de promoção da saúde entre as categorias profissionais, principalmente, quando analisadas discriminando o nível de escolaridade. Vale ressaltar que, nesta análise, diferentemente da realizada acima que ressaltou os vários conceitos de PS, enfatizou-se a visão de cada categoria profissional com relação ao conceito adequado de PS.

Os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem aparecem como a categoria profissional que menos detém o conceito adequado de promoção da saúde. Acredita-se que o motivo de o menor entendimento sobre o significado de PS estar entre os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem pode ser justificado pela longa vivência profissional de acordo com o modelo biomédico (visto ser a classe com maior tempo de formação) aliado à baixa capacitação oferecida a esses profissionais, como já mencionado.

Tabela 16: Relação entre o entendimento de promoção da saúde e categorias profissionais e nível de escolaridade.

Conceito de PS Categoria	ADEQUADO		OUTROS		TESTE χ^2	p
	N	%	N	%		
Profissional						
1. Profissionais						
Médicos	20	33,8	39	66,2	10,70	0,013
Enfermeiros	27	34,2	52	65,8		
Auxiliares	11	13,1	73	86,9		
ACS	56	24,5	173	75,5		
2. Escolaridade						
Nível superior	48	34,8	90	65,2	8,088	0,04
Nível médio	69	22,0	244	78,0		

6 CONCLUSÕES

Os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem apareceram com o maior tempo de profissão (média de $10,77 \pm 8$ anos), com mais tempo de atuação na equipe atual em que trabalham (média de $4,2 \pm 3,6$ anos) e com mais tempo de trabalho na saúde pública, porém, os enfermeiros apresentaram mais tempo de inserção no PSF (média de $6,14 \pm 4$ anos). A maioria dos profissionais médicos, enfermeiros e ACS eram concursados, já os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem apresentavam menor vínculo empregatício.

O maior investimento em educação permanente nos últimos anos vem propiciando um aumento no número de especialistas na área de Saúde Coletiva dentre médicos e enfermeiros e revelando um percentual razoável de capacitações dentre estes. Ressalta-se, porém, uma menor capacitação voltada para os profissionais de nível médio pesquisados, principalmente para os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem.

A maioria dos médicos, enfermeiros e ACS e a minoria dos auxiliares e/ou técnicos de enfermagem relataram ter recebido treinamento para trabalhar na perspectiva de promoção da saúde. E pouco mais da metade dos médicos e enfermeiros realizaram o curso de capacitação para desenvolver o Programa de Controle de Hipertensão Arterial.

Dentre os fatores dificultadores ao programa, foi relatado que grande parte da estrutura física das unidades de saúde da família apresentava-se inadequada ao desenvolvimento de algumas atividades destinadas ao Programa de Controle de HAS, muitas com ausência de espaço para a realização de atividades educativas; os materiais didáticos para a realização destas eram em sua maioria inexistentes; os medicamentos básicos para o tratamento da HAS não eram suficientes para atender a todos os hipertensos cadastrados no programa.

O programa ainda revelou vários obstáculos em seu desenvolvimento, que segundo os profissionais entrevistados dificultam a implementação de ações voltadas para a promoção da saúde no programa pesquisado. Os mais apontados foram: grande demanda de usuários, cultura da medicalização entre usuários e profissionais, violência urbana e falta de integralidade às ações em saúde.

A maioria dos profissionais afirmou a prática de promoção da saúde em suas condutas, tais como: escuta aos usuários; tentativa de resolver as queixas trazidas por eles; explicação ao paciente hipertenso sobre a sua doença e importância do seu controle através do tratamento medicamentoso e não-medicamentoso; orientação ao paciente quanto à forma de usar o medicamento; advertência quanto às possíveis complicações de sua doença, se não tratada adequadamente e a prática de atividades educativas entre os hipertensos e a população em geral. Porém apesar de relatarem a prática de atividades educativas dentre os hipertensos e a população em geral, muitos afirmaram que estes momentos não são rotineiros.

Observaram-se falhas na clínica ao paciente hipertenso tais como: baixa explicação sobre o tratamento não-medicamentoso, pouca aplicabilidade da estratificação de risco cardiovascular e pequena utilização da medida da circunferência da cintura como um fator preditivo de doença cardiovascular. Verificou-se um pequeno número de grupos de hipertenso entre as equipes de saúde da família. O que diminui o teor promocional de saúde, que poderia ser melhor aproveitado nesse momento de maior proximidade com o paciente hipertenso.

Constatou-se também um baixo percentual de contra-referências às unidades básicas de saúde e um pequeno retorno dos exames complementares em tempo hábil.

Levando em conta as respostas referidas pelos profissionais sobre o significado de PS, observou-se que o conceito adequado de PS, equivalente ao estabelecido pela Carta de Ottawa é predominante entre a maioria dos profissionais médicos, enfermeiros e ACS, porém entre os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem não ocorreu essa predominância. Ressalta-se, ainda, que esses não

manifestaram boa noção sobre o real sentido de PS. Também, em todas as classes profissionais pesquisadas foi alto o índice de respostas em branco.

Considerando-se que as atividades educativas não são praticadas com rotina e que os grupos de hipertensos existem em menos da metade das equipes de saúde da família pesquisadas, o espaço principal para a prática da promoção da saúde acontece durante a consulta. Essa, porém, apesar de constar de atitudes promocionais relatadas pelos profissionais, apresentava falhas na forma de condução do tratamento não-medicamentoso, não conferindo uma ação educativa enfática.

Adotando como referência o conceito de promoção da saúde de “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002a, p.19), verificou-se que existem falhas no Programa de Controle de Hipertensão na Atenção Básica de Fortaleza, quanto à abordagem promocional. Observaram-se poucas ações que abordavam a comunidade como um todo, priorizando-se as ações individuais e não enfatizando ação comunitária, a auto-ajuda e o apoio social.

Com base no exposto, conclui-se que: os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem necessitam de maior atenção pela gestão; os profissionais precisam de um melhor aparato físico e material para exercer suas atividades no programa; no geral, todas as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para serem desenvolvidas no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica são realizadas, porém, nem todas a contento, observou-se alta implantação de consultas, contudo as atividades educativas coletivas que deveriam estar presentes no delineamento do programa eram escassas, caracterizando o modelo biomédico.

Enfim, as ações de promoção da saúde no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica de Fortaleza necessitam de maior ênfase quanto às ações educativas na comunidade e de um olhar mais atencioso voltado ao “cuidado” dos hipertensos, no intuito de promover um maior empoderamento desses com relação ao seu processo saúde-doença. Procurando dessa forma minimizar

tanto a morbimortalidade relacionada à hipertensão, naqueles que já detêm a doença, quanto tentar prevenir o aparecimento dessa afecção na população.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. **Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)** Relatório Final. Rio de Janeiro, agosto. 2003.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, pp. 39-52, 2005.

ALVES, Reginaldo. 129 equipes estão sem médicos. Jornal Opovo, Fortaleza, 7 ago. 2008. Disponível em: <http://www.opovo.com.br/opovo/ceara/809841.html> . Acesso em: 12 dez. 2008.

ALVES, V. S.; FRANCO, A. L. S. Estratégias comunicacionais do médico de Saúde da Família para Educação em Saúde no contexto clínico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, Brasília. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, supl.1, p.144, 2003.

ALVES, Vânia Sampaio; NUNES, Mônica de Oliveira. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface - Comunicação Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.131-47, jan/jun 2006.

AMORETTI, Rogério. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.29, n. 2, maio/ago. 2005.

ANDRADE, F. M. **O Programa de Saúde da Família no Ceará**. Fortaleza, 1998.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2007, p.783-836.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. bras. Epidemiologia**, v. 5, supl. 1, pp. 28-42, 2002.

BECKER, D.; EDMUNDO, K.; NUNES, N.R.; BONATTO, D.;SOUZA, R. *Empowerment* e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n. 3, p. 655-667, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; 1989.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: a implementação da unidade de saúde da família**. Brasília: Coordenadoria de Desenvolvimento de Práticas de Atenção Básica, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Cadernos de Atenção Básica, número 7. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: protocolo**. Brasília: MS, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde-Seminário Internacional**. Ministério da Saúde, Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB-RH SUS**. 2. ed. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família - 2001/2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único Brasileiro - situação e desafios atuais**. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Pactos pela Saúde**. Brasília, 2005b.

_____. Cadernos de Atenção Básica, número 15. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2006a.

_____. Cadernos de Atenção Básica, número 14. **Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica**. Brasília, 2006b.

_____. Cadernos de Atenção Básica, número 14. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Termo de Referência da Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde, Brasil. Duas décadas de transformação social**. Brasília, 2008.

BOING, Alexandra Crispim, BOING, Antonio Fernando. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol.14, nº 2, p. 84-88, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, 1999.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. S. (Org.) **Saúde Paidéia**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, L.C. et al. Resposta pressórica ao exercício físico aeróbio comparando indivíduos hipertensos negros e brancos. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**; vol.10, 2007.

CAMPOS, R. A promoção à saúde e a clínica: o dilema promocionista. IN: CASTRO, Adriana & MALO, Miguel. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec-OPAS, 2006.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n.2, 1997.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 9, p.1881-1892, set. 2006.

CARNEIRO, G.; FARIA, A. N.; RIBEIRO FILHO, F. F.; GUIMARAES, A.; LERARIO, D. ; FERREIRA, S. R. ; ZANELLA, M. T. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3, p. 306-311, 2003.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria "*empowerment*" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenadoria de Políticas em Saúde. Núcleo de Epidemiologia. Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT no Ceará: situação epidemiológica, 1998 a 2004. Fortaleza, 2006.

CELLI, Fondazione Angelo. Projeto Saúde Para Todos Na América Latina: **identificação de necessidades de capacitação de profissionais da rede básica de saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, setembro de 2005.

COSTA, J. S. D. *et al.* Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 88, n. 1, p. 59-65, 2007.

COSTA, J.M.B.S.; CARVALHO, E.M.F.; SILVA, M.R.F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município do Recife-PE. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, no prelo, 2009.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre, SCHOTT, Márcia, AZEREDO, Catarina Machado *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia Serviço Saúde**, vol.15, n.3, p.7-18, set. 2006.

CUNHA, G. T. **A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 2ª ed. São Paulo. Hucitec, 2005.

CUNHA, L.C. *et al.* Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v.10, 2007.

CZERESNIA, D.; FREIATS, C. M. **Promoção da saúde : conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

DIPPE JR., Tufi. **Dieta DASH para Hipertensão Arterial**. in <http://www.portaldocoracao.com.br/nutricao.php?id=661>. Acessado em: 16/10/2008 às 16: 20 h.

Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina-DENEM. O estudante de medicina e o SUS. Rio de Janeiro, 2006.

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde**: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família - experiência do município de Juiz de Fora/MG. 2006, Tese (Doutorado)-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.

FEIJÃO AMM. Epidemiologia da hipertensão arterial em uma população urbana de baixa renda [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2000.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 26, n. 2, p.101-108, jul./dez. 2005.

FERREIRA, Vanessa Alves and MAGALHAES, Rosana. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1792-1800, 2005.

FIRMO, J.O.A., BARRETO, S.M., LIMA-COSTA, M. F. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Caderno Saúde Pública** , v. 19, p. 817-27, 2003.

FORTALEZA. Secretária Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2006. Fortaleza, 2006.

FRANCO, Anamélia Lins e Silva; BASTOS, Ana Cecília de Sousa and ALVES, Vânia Sampaio. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, **Brasil. Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 246-255, 2005.

FREIATS, C. M. A Vigilância da Saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia, D.; FREIATS, C. M. Promoção da saúde : conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

GOMES, Fabio da Silva. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas *versus* constructos sociais. **Rev. Nutrição**, v. 20, n. 6, pp. 669-680, 2007.

GOULART, A.C. & BENSON, I.J.M. Obesidade e Hipertensão. **Hipertensão**, v. 9, n. 1, p. 27-30, 2006.

GUS, I. Prevalência, Reconhecimento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n. 5, Novembro 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de orçamentos familiares: POF 2002- 2003, 2004. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 05 nov.2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo populacional. Brasil, 2000. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 30 set. 2008.

JARDIM, P. C. B. V.*et al.* Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007 .

LENHARD, Rudolf. **Fundamentos da Supervisão Escolar**. 3ªed. Ed. Pioneira. S.Paulo, 1977. Disponível em: www.malhatlantica.pt/aquiles Pinto/Supervis.doc. Acesso em 20 de julho de 2008.

LESSA I. Doenças crônicas não transmissíveis. In: Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. p. 29-42.

LESSA, I. Epidemiologia Insuficiência Cardíaca e da Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 8, p. 383-392, 2001.

Lessa I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. **Revista Caderno Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004.

LESSA, I et al. Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (BA) – Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**; v. 87, n. 6, p. 747-756, 2006 .

LEVY-COSTA, Renata Bertazzi, SICHIERIB, Rosely, PONTESE, Nézio dos Santos, MONTEIROD, Carlos Augusto. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública**, v.39, n. 4, p. 530-540, 2005.

LIMA, J. W. O. et al. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1087, jul-ago, 2004.

LOPES, Heno Ferreira. Importância das dietas na prevenção de doenças cardiovasculares. **Hipertensão**; v. 10, n. 3, p. 105–106, 2007.

LOPES, Aline Cristine Souza, CAIAFFA, Waleska Teixeira, SICHIERI, Rosely, MINGOTI, Sueli Aparecida, LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Consumo de nutrientes em adultos e idosos em estudo de base populacional: Projeto Bambuí. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1201-1209, jul-ago, 2005.

MARIATH, A. B. et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 897-905, abr, 2007.

MARTINI, M.M.G. et al. Influencia de Grupos de Apoio na Qualidade de vida em pacientes hipertensos em Uberaba. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**; v.10, 2007.

Merhy, E.E. “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência” in **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte** - reescrevendo o público; XAMÃ VM ED.; Belo Horizonte, 1998.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridades. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.240, jul./set.1993.

OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. ; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.489-503.

Paim JS. Saúde da família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. **Interface**, v. 5, p. 143-146, 2001 .

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia, D.; FREIATS, C. M. Promoção da saúde : conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

PASQUIM, Elaine Martins. Nutrição no programa saúde família. Monografia apresentada a Universidade de Brasília. Departamento de Saúde Coletiva para obtenção do grau de Especialista. Brasília; s.n; 2002. 68 p. tab.

PEREIRA, R.B.R. et al. Impacto dos fatores de risco cardiovascular sobre a função e a estrutura vascular cardíaca. **Hipertensão**; v. 9, n. 1, p. 21-26, 2006.

ROLIM, L.M.C. et al. Hipertensão e exercício: custos do tratamento ambulatorial, antes e após a adoção da prática regular e orientada de condicionamento físico. **Hipertensão**; v. 10, n. 2, p. 54–61, 2007.

SAMPAIO, H. A. C. et al. Consumo alimentar de indivíduos hipertensos: uma comparação com o Plano DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**; v. 22, n. 2, p.121-6, 2007.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, set./out., 2005.

SANTOS et al. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: Filgueira et al. **Condutas em Clínica Médica**. 3ª ed. Rio de Janeiro. Medsi, 2004.

SANTOS, R.F.M. et al. Hipertensão Arterial dificuldades e facilidades na adesão ao regime terapêutico. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**; v.10, 2007.

SARAIVA, K. R. O. et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 263-70, Abr. - Jun. 2007.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface**, Botucatu, v.9, n. 16, p.53-66, Set./Fev. 2005.

SILVA, Aluísio Gomes. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo, Hucitec, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/documentos/v_diretrizes_brasil_eira_hipertensao_arterial_2006.pdf. Acesso em: 30 de outubro de 2007.

STURMER, G. et al. | O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1727-1737, ago, 2006.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador. EDUFBA, 2006.

VIANA, Érica Maria Noronha. A percepção e aplicação de hábitos saudáveis em grupo de hipertensos do Programa Saúde da Família-PSF. 2005. 69 f. Monografia (Especialização em Fisiologia e Biomecânica dos Movimentos)-Faculdade Integrada do Ceará-FIC, Fortaleza, 2005.

YUNES, Maria Angela Mattar; GARCIA, Narjara Mendes e ALBUQUERQUE, Beatriz de Mello. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 20, n. 3, p. 444-453, 2007.

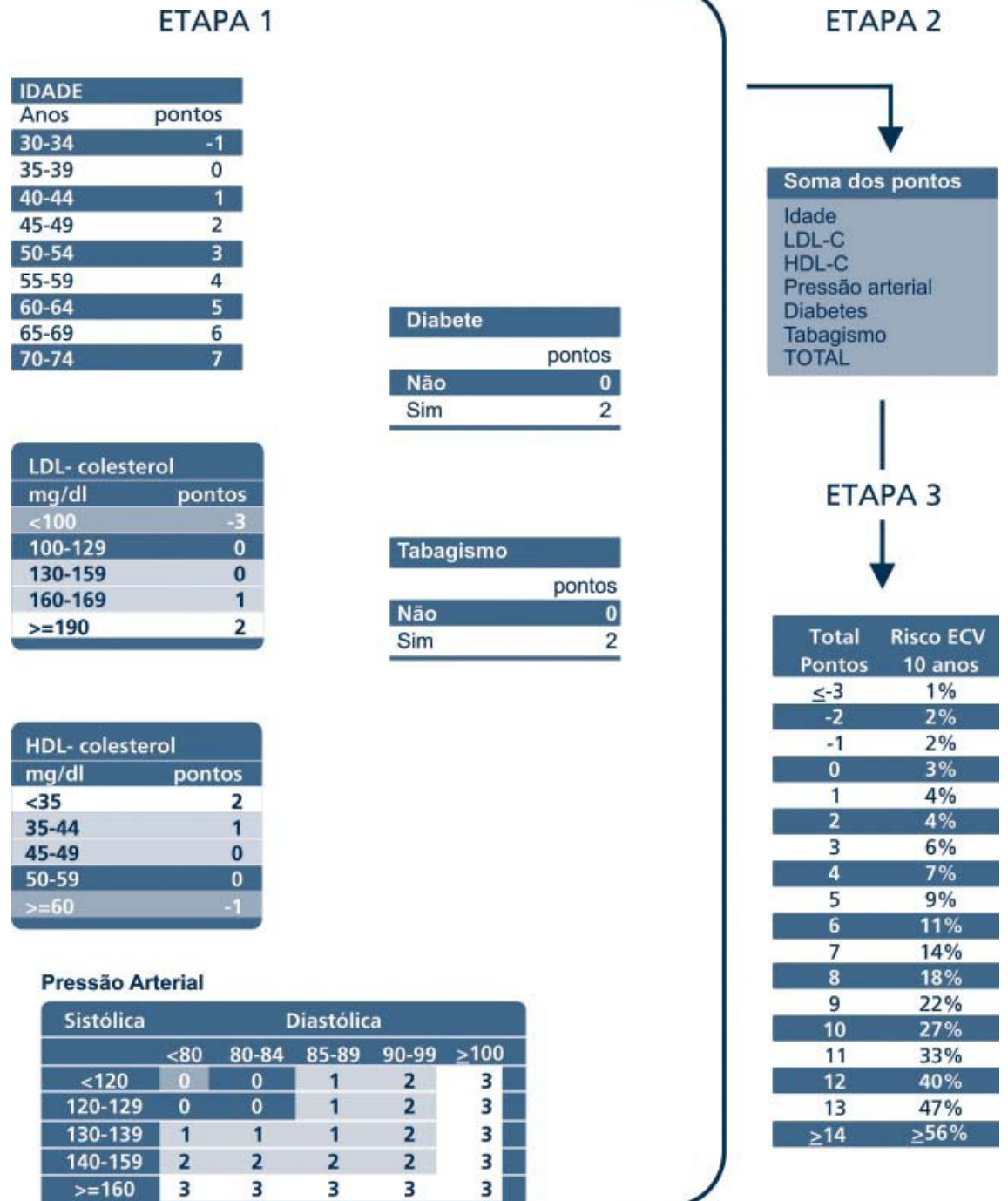
WESTPHAL, Maria Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2007, p.635-667.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneve: WHO, 2005. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593598_eng.pdf. Acesso em: 01 de novembro de 2007.

ANEXOS

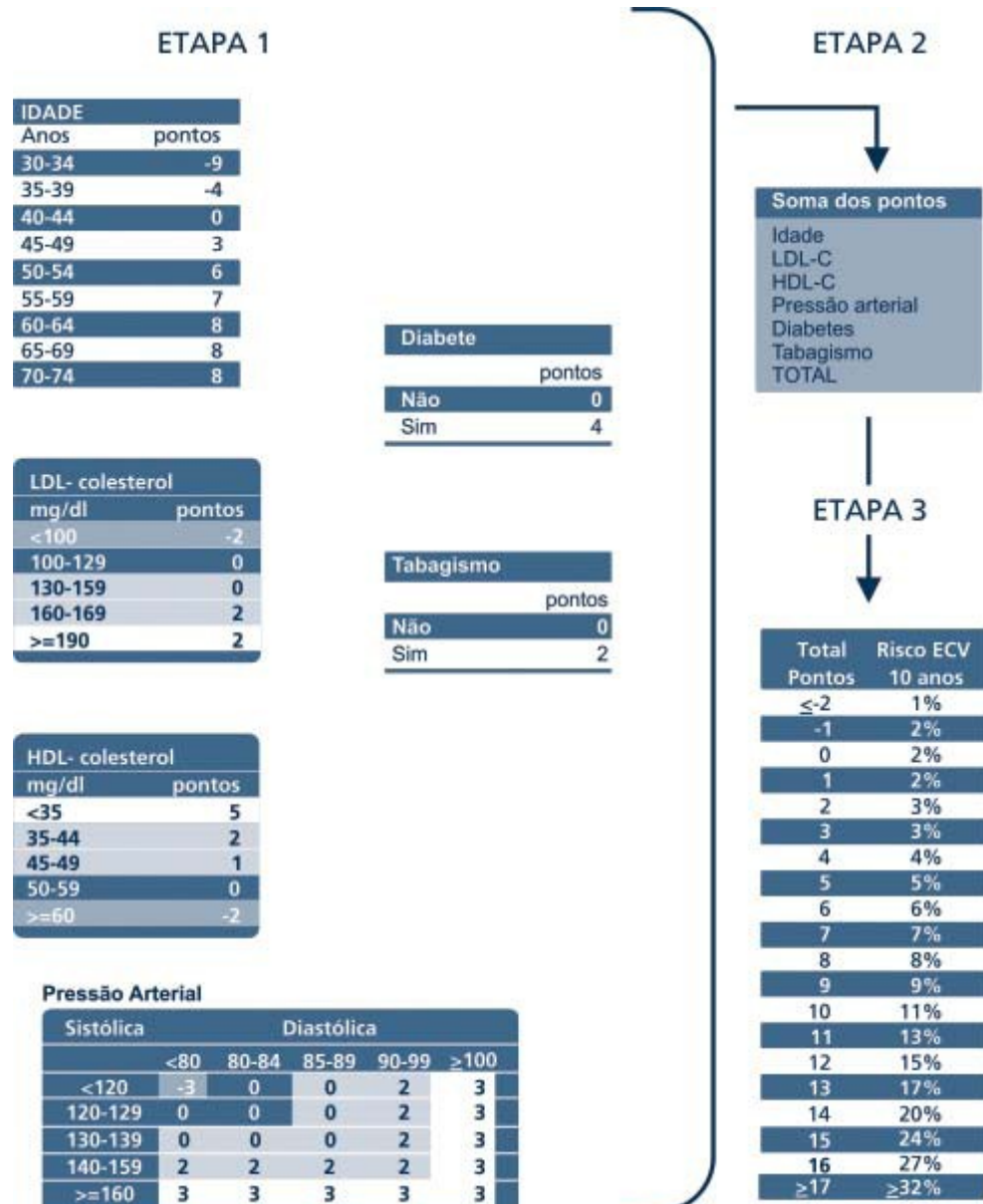
ANEXO A

Escore de Framingham Revisado para Homens



ANEXO B

Escore de Framingham Revisado para Mulheres



APÊNDICE

APÊNDICE A

Identificação: _____

UECE-MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA
PESQUISA: AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROGRAMA DE
CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE
FORTALEZA

FORMULÁRIO (MÉDICO)

I-INFORMAÇÕES BÁSICAS

1) Profissão? Médico=1 () Enfermeiro=2 () Auxiliar ou Técnico de enfermagem=3 () ACS=4 ()	1 _____
2) Nome (iniciais) e nº. de identificação do profissional: _____ - _____	2 _____
3) Nome da Unidade: _____ N°: _____	3 _____
4) Regional: _____	4 _____
5) Sexo: Masculino=1 () Feminino=2 ()	5 _____
6) Idade: _____	6 _____

II-FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL - OE1

7) Quantos anos de formado completa em 2008? _____ ANOS	7 _____
8) Possui curso de pós-graduação? NÃO ()=1 Residência ()=2 Especialização=3 () Mestrado=4 () Doutorado=5 () Pós-Doutorado=6 ()	8 _____
9) Em que área é a sua Pós-Graduação? _____	9 _____
10) Possui alguma outra formação (ou graduação)? Sim=1 () Não=2 () Qual? _____	10 _____
11) Mora na comunidade? Sim=1 () Não=2 ()	11 _____
12) Tempo de trabalho na equipe de PSF atual? _____ meses	12 _____
13) Há quanto tempo trabalha no PSF? _____ meses	13 _____
14) Já trabalhava na saúde pública antes do PSF? Sim=1 () Não=2 ()	14 _____
15) Recebeu algum treinamento para trabalhar no PSF? (pode marcar mais de uma opção) Introdutório ao PSF=1 () Outros cursos de capacitação relativos ao trabalho no PSF =2 () Especialização ou Residência em Saúde da Família=3 () Nenhum treinamento=4 ()	15 _____
16) Há quanto tempo fez o último treinamento relativo às ações desenvolvidas no PSF? _____ meses () nunca fez treinamento	16 _____
17) Fez curso de capacitação para atuar no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na Atenção Básica? Sim=1 () Não=2 ()	17 _____
18) Recebeu algum treinamento para trabalhar na perspectiva de promoção da saúde no PSF? Sim=1 () Não=2 ()	18 _____
19) Relativo aos cursos de capacitação, o aprendizado destes é aplicável na prática dos serviços? Sim=1 () Não=2 ()	19 _____
20) Qual a carga horária/semanal cumprida no trabalho do PSF? _____	20 _____

21) Quantos empregos têm além desse no PSF? _____	21 _____
22) Qual a forma de ingresso no PSF atual?(vínculo de trabalho) Contrato informal=1 () Cooperado=3 () Contrato temporário=2 () Concurso público=5 () Cargo comissionado=4 ()	22 _____
III-OPNIÕES GERAIS DOS PARTICIPANTES SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO DA EQUIPE, FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES OE3	
23) As instalações físicas do ambiente de trabalho são adequadas para atender a clientela de hipertensos? Sim=1 () Não=2 ()	23 _____
24) Os equipamentos disponíveis permitem a realização adequada dos procedimentos relativos ao Programa de Controle de Hipertensão Arterial? Sim=1 () Não=2 ()	24 _____
25) Os medicamentos básicos disponíveis no tratamento da Hipertensão Arterial no Centro de Saúde são suficientes para atender os hipertensos da área adscrita? Sim=1 () Não=2 ()	25 _____
26) As atividades programadas relativas ao Programa de Controle de Hipertensão Arterial são cumpridas? Sim=1 () Não=2 () Quais não são cumpridas? _____	26 _____
27) Se as atividades programadas não são cumpridas são por falta de? (pode marcar mais de uma opção) Transporte=1 () Medicamentos=2 () ; Equipamentos=3 () Formulários=4 () ; Material didático=5 () ACS insuficientes=6 () Tempo= 7 () Outra=8 ()	27 _____
28) Tem espaço físico na Unidade suficiente para realização de atividades educativas? Sim=1 () Não=2 ()	28 _____
29) Tem material didático na Unidade suficiente para a realização de atividades educativas? Sim=1 () Não=2 ()	29 _____
30) Em sua opinião os usuários gostam das atividades educativas? SIM=1 () NÃO=2 ()	30 _____
31) A comunidade ou os pacientes participam das palestras, dando a sua opinião ou depoimento? SIM=1 () NÃO=2 ()	31 _____
32) Você acha que o usuário compreende tudo que você fala? Sim=1 () Não=2 () Se não, por quê? _____	32 _____
33) Segue algum protocolo (ficha igual para todos os pacientes) no atendimento ao hipertenso? Sim=1 () Não=2 ()	33 _____
34) A equipe trabalha com o HIPERDIA? Sim=1 () Não=2 ()	34 _____
35) Já teve a oportunidade de conhecer as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial? Sim=1 () Não=2 ()	35 _____
36) Já teve a oportunidade de conhecer o Caderno de Atenção Básica Nº15 de Hipertensão Arterial Sistêmica? Sim=1 Não=2 ()	36 _____
37) Orienta-se por um dos dois? Sim=1 () Não=2 ()	37 _____
38) Qual atividade considera de pouca importância no Programa de hipertensos? (pode marcar mais de uma opção) Diagnóstico=1 () Tratamento=2 () Prevenção=3 () Educação em saúde=4 () Urgência/emergência=5 () nenhuma=6 ()	38 _____
39) Em sua opinião qual o maior obstáculo do PSF hoje no manejo	

com o Programa de Controle de Hipertensão Arterial? (pode marcar mais de uma) Rotatividade dos profissionais=1() Falta de capacidade dos profissionais=2() Deficiência de medicamentos básicos=4() Estrutura inadequada das unidades=5() Cultura de medicalização=6() Falta de entrosamento na equipe=8() Deficiência de apoio diagnóstico=9() Falta de continuidade de atenção à saúde=10() Grande demanda=12() Falta de referência e contra referência=13() Falta de equipamentos=14() Violência urbana =15 () Outro=16()	39_____
40) O seu grau de satisfação trabalhando no PSF é? Ótimo=1 () Bom=2 () Regular=3 () Ruim=4 ()	40_____

IV-PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL- OE2

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS RELATIVO AO CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL	SIM=1	NÃO=2	
41) Desenvolve atividades educativas de promoção da saúde com as pessoas da comunidade, orientando sobre os fatores de risco para hipertensão e doenças cardiovasculares e importância de adoção de hábitos saudáveis de vida?			41_____
42) Quais os fatores de risco são abordados na prevenção e controle da hipertensão? _____ _____			42_____
43) Escuta as queixas da população e ou pacientes hipertensos?			43_____
44) Tenta, junto à comunidade e ou pacientes, buscar soluções para essas queixas ou problemas?			44_____
45) Realiza consulta para confirmação diagnóstica, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão?			45_____
46) Realiza estratificação de risco cardiovascular de acordo com escore de Framingham?			46_____
47) Prescreve tratamento não-medicamentoso?			47_____
48) Estabelece o peso adequado?			48_____
49) Qual parâmetro do IMC adequado estabelece?			49_____
50) Estabelece limite de ingestão de sal?			50_____
51) Qual quantidade limítrofe de sal indicada?			51_____

52) Estabelece quantidades de frutas e verduras diárias indicadas?			52_____
53) Quantas porções de verdura indica?			53_____
54) Quantas porções de frutas indica?			54_____
55) Restringe a ingestão de alimentos industrializados?			55_____
56) Estabelece a restrição ao álcool?			56_____
57) Qual quantidade limite de bebida alcoólica diária é indicada para homens?			57_____
58) Qual quantidade limite de bebida alcoólica diária é indicada para mulheres?			58_____
59) Prescreve atividade física?			59_____
60) Orienta quanto ao tipo adequado, tempo, intensidade e frequência do exercício?			60_____
61) O PSF tem alguma ligação com os programas de atividade física desenvolvidos em ambiente público pela prefeitura?			61_____
62) Explica ao hipertenso sobre a sua doença e importância do seu controle através do tratamento medicamentoso e não medicamentoso?			62_____
63) Orienta o paciente hipertenso quanto à forma de usar o medicamento (terapêutica medicamentosa)?			63_____
64) Adverte quanto às possíveis complicações de sua doença se não tratada adequadamente?			64_____
65) Participa de atividades educativas para grupo de hipertensos relativas ao Controle da HAS?			65_____
66) Programa, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente hipertenso?			66_____
67) Estabelece, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão?			67_____
68) Quando na necessidade contam com algum suporte do serviço social (assistente social)?			68_____
69) Solicita exames complementares, quando necessário?			69_____
70) Em média quantos minutos gasta em uma consulta relacionada ao Programa de Controle de Hipertensão Arterial?			70_____
71) No dia da consulta programada para o atendimento de hipertensos, realiza, em média, quantos atendimentos?			71_____
72) Toma decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso?			72_____
73) Encaminha às unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado			73_____

de urgência e emergência hipertensiva?			
74) Recebe as contra-referências?			74_____
Persegue os objetivos e metas do tratamento?	75_____	75_____	75_____
75 níveis pressóricos	76_____	76_____	76_____
76 glicemia pós-prandial	77_____	77_____	77_____
77 hemoglobina glicada	78_____	78_____	78_____
78 controle dos lipídeos			
79) Os exames solicitados para esclarecimento diagnóstico e controle da Hipertensão Arterial são realizados em tempo hábil? Sim=1 () Não=2 () Às vezes=3() Não são feitos=4() Não sabe=5()	79_____		
80) O que entende por promoção da saúde? _____ _____ _____			

APÊNDICE B

Identificação: _____

UECE-MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

PESQUISA: AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROGRAMA DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE FORTALEZA

FORMULÁRIO (ENFERMEIRO)

I-INFORMAÇÕES BÁSICAS

1) Profissão? Médico=1 () Enfermeiro=2 () Auxiliar ou Técnico de enfermagem=3 () ACS=4 ()	1 _____
2) Nome (iniciais) e nº. de identificação do profissional: _____ - _____	2 _____
3) Nome da Unidade: _____ N°: _____	3 _____
4) Regional: _____	4 _____
5) Sexo: Masculino=1 () Feminino=2 ()	5 _____
6) Idade: _____	6 _____

II-FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL - OE1

7) Quantos anos de formado completa em 2008? _____ ANOS	7 _____
8) Possui curso de pós-graduação? NÃO ()=1 Residência ()=2 Especialização=3 () Mestrado=4 () Doutorado=5 () Pós-Doutorado=6 ()	8 _____
9) Em que área é a sua Pós-Graduação? _____	9 _____
10) Possui alguma outra formação (ou graduação)? Sim=1 () Não=2 () Qual? _____	10 _____
11) Mora na comunidade? Sim=1 () Não=2 ()	11 _____
12) Tempo de trabalho na equipe de PSF atual? _____ meses	12 _____
13) Há quanto tempo trabalha no PSF? _____ meses	13 _____
14) Já trabalhava na saúde pública antes do PSF? Sim=1 () Não=2 ()	14 _____
15) Recebeu algum treinamento para trabalhar no PSF? (pode marcar mais de uma opção) Introdutório ao PSF=1 () Outros cursos de capacitação relativos ao trabalho no PSF =2 () Especialização ou Residência em Saúde da Família=3 () Nenhum treinamento=4 ()	15 _____
16) Há quanto tempo fez o último treinamento relativo às ações desenvolvidas no PSF? _____ meses () nunca fez treinamento	16 _____
17) Fez curso de capacitação para atuar no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na Atenção Básica? Sim=1 () Não=2 ()	17 _____
18) Recebeu algum treinamento para trabalhar na perspectiva de promoção da saúde no PSF? Sim=1 () Não=2 ()	18 _____
19) Relativo aos cursos de capacitação, o aprendizado destes é aplicável na prática dos serviços? Sim=1 () Não=2 ()	19 _____
20) Qual a carga horária/semanal cumprida no trabalho do PSF? _____	20 _____

21) Quantos empregos têm além desse no PSF? _____	21 _____
22) Qual a forma de ingresso no PSF atual?(vínculo de trabalho) Contrato informal=1 () Cooperado=3 () Contrato temporário=2 () Concurso público=5 () Cargo comissionado=4 ()	22 _____
III-OPNIÕES GERAIS DOS PARTICIPANTES SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO DA EQUIPE, FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES OE3	
23) As instalações físicas do ambiente de trabalho são adequadas para atender a clientela de hipertensos? Sim=1 () Não=2 ()	23 _____
24) Os equipamentos disponíveis permitem a realização adequada dos procedimentos relativos ao Programa de Controle de Hipertensão Arterial? Sim=1 () Não=2 ()	24 _____
25) Os medicamentos básicos disponíveis no tratamento da Hipertensão Arterial no Centro de Saúde são suficientes para atender os hipertensos da área adscrita? Sim=1 () Não=2 ()	25 _____
26) As atividades programadas relativas ao Programa de Controle de Hipertensão Arterial são cumpridas? Sim=1 () Não=2 () Quais não são cumpridas? _____	26 _____
27) Se as atividades programadas não são cumpridas são por falta de? (pode marcar mais de uma opção) Transporte=1 () Medicamentos=2 () Equipamentos=3 () Formulários=4 () Material didático=5 () ACS insuficientes=6 () Tempo= 7 () Outra=8 ()	27 _____
28) Tem espaço físico na Unidade suficiente para realização de atividades educativas? Sim=1 () Não=2 ()	28 _____
29) Tem material didático na Unidade suficiente para a realização de atividades educativas? Sim=1 () Não=2 ()	29 _____
30) Em sua opinião os usuários gostam das atividades educativas? SIM=1 () NÃO=2 ()	30 _____
31) A comunidade ou os pacientes participam das palestras, dando a sua opinião ou depoimento? SIM=1 () NÃO=2 ()	31 _____
32) Você acha que o usuário compreende tudo que você fala? Sim=1 () Não=2 () Se não, por quê? _____	32 _____
33) Segue algum protocolo (ficha igual para todos os pacientes) no atendimento ao hipertenso? Sim=1 () Não=2 ()	33 _____
34) A equipe trabalha com o HIPERDIA? Sim=1 () Não=2 ()	34 _____
35) Já teve a oportunidade de conhecer as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial? Sim=1 () Não=2 ()	35 _____
36) Já teve a oportunidade de conhecer o Caderno de Atenção Básica Nº15 de Hipertensão Arterial Sistêmica? Sim=1 () Não=2 ()	36 _____
37) Orienta-se por um dos dois? Sim=1 () Não=2 ()	37 _____
38) Qual atividade considera de pouca importância no Programa de hipertensos? (pode marcar mais de uma opção) Diagnóstico=1 () Tratamento=2 () Prevenção=3 () Educação em saúde=4 () Urgência/emergência=5 () nenhuma=6 ()	38 _____
39) Em sua opinião qual o maior obstáculo do PSF hoje no manejo com o Programa de Controle de Hipertensão Arterial? (pode marcar	39 _____

mais de uma) Rotatividade dos profissionais=1() Falta de capacidade dos profissionais=2() Deficiência de medicamentos básicos=4() Estrutura inadequada das unidades=5() Cultura de medicalização=6() Falta de entrosamento na equipe=8() Deficiência de apoio diagnóstico=9() Falta de continuidade de atenção à saúde=10() Grande demanda=12() Falta de referência e contra referência=13() Falta de equipamentos=14() Violência urbana =15() Outro=16()	
40) O seu grau de satisfação trabalhando no PSF é? Ótimo=1 () Bom=2 () Regular=3 () Ruim=4 ()	40_____

IV-PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL- OE2

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS RELATIVO AO CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL	SIM=1	NÃO=2	
41) Desenvolve atividades educativas de promoção da saúde com as pessoas da comunidade, orientando sobre os fatores de risco para hipertensão e doenças cardiovasculares e importância de adoção de hábitos saudáveis de vida?			41_____
42) Quais os fatores de risco são abordados na prevenção e controle da hipertensão?			42_____
43) Escuta as queixas da população e ou pacientes hipertensos?			43_____
44) Tenta, junto à comunidade e ou pacientes, buscar soluções para essas queixas ou problemas?			44_____
45) Realiza consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento?			45_____
46) Realiza estratificação de risco cardiovascular de acordo com escore de Framingham?			46_____
47) Prescreve tratamento não-medicamentoso?			47_____
48) Estabelece o peso adequado?			48_____
49)Quais parâmetros do IMC adequado estabelece?			49_____
50) Estabelece limite de ingestão de sal?			50_____
51)Qual quantidade limítrofe de sal indicada?			51_____
52) Estabelece quantidades de frutas e verduras diárias indicadas?			52_____
53)Quantas porções de verdura indica?			53_____
54)Quantas porções de frutas indica?			54_____
55) Restringe a ingestão de alimentos industrializados?			55_____
56) Estabelece a restrição ao álcool?			5_____

			6	
57) Qual quantidade limite de bebida alcoólica diária é indicada para homens?			7	5
58) Qual quantidade limite de bebida alcoólica diária é indicada para mulheres?			8	5
59) Prescreve atividade física?			9	5
60) Orienta quanto ao tipo adequado, tempo, intensidade e frequência do exercício?			0	6
61) O PSF tem alguma ligação com os programas de atividade física desenvolvidos em ambiente público pela prefeitura?			1	6
62) Explica ao hipertenso sobre a sua doença e importância do seu controle através do tratamento medicamentoso e não medicamentoso?			2	6
63) Orienta o paciente hipertenso quanto à forma de usar o medicamento (terapêutica medicamentosa)?			3	6
64) Adverte quanto às possíveis complicações de sua doença se não tratada adequadamente?			4	6
65) Possui grupos de apoio de hipertensos, no qual desenvolve atividades entre eles?			5	6
66) Programa, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente hipertenso?			6	6
67) Estabelece, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão?			7	6
68) Quando na necessidade contam com algum suporte do serviço social (assistente social)?			8	6
69) Solicita, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe?			9	6
70) Em média, quantos minutos gasta em uma consulta relacionada ao Programa de Controle de Hipertensão Arterial?			0	7
71) No dia da consulta programada para o atendimento de hipertensos, realiza, em média, quantos atendimentos?			1	7
72) Capacita os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisiona, de forma permanente, suas atividades?			2	7
73) Encaminha o indivíduo ao médico, quando				7

necessário?			3_____
74) Repete a medicação (transcrição) de indivíduos controlados e sem intercorrências?			74_____
75) Encaminha para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades?			75_____
			—
76) Encaminha para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades?			76_____
			—
77) Encaminha para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades?			77_____
			—
78) Quantos hipertensos estão cadastrados no Programa na sua equipe?_____	78_____		
79) Quantos estão em atendimento?_____	79_____		
80) O que entende por promoção da saúde? _____ _____ _____			

APÊNDICE C

Identificação: _____

UECE-MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA
PESQUISA: AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROGRAMA DE
CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE
FORTALEZA

FORMULÁRIO (AUXILIAR OU TÉCNICO DE ENFERMAGEM)

I-INFORMAÇÕES BÁSICAS

1) Profissão? Médico=1 () Enfermeiro=2 () Auxiliar ou Técnico de enfermagem=3 () ACS=4 ()	1 _____
2) Nome (iniciais) e nº. de identificação do profissional: _____ - _____	2 _____
3) Nome da Unidade: _____ N°: _____	3 _____
4) Regional: _____	4 _____
5) Sexo: Masculino=1 () Feminino=2 ()	5 _____
6) Idade: _____	6 _____

II-FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL - OE1

7) Quantos anos de formado completa em 2008? _____ ANOS	7 _____
8) Possui curso de pós-graduação? NÃO ()=1 Residência ()=2 Especialização=3 () Mestrado=4 () Doutorado=5 () Pós-Doutorado=6 ()	8 _____
9) Em que área é a sua Pós-Graduação? _____	9 _____
10) Possui alguma outra formação (ou graduação)? Sim=1 () Não=2 () Qual? _____	10 _____
11) Mora na comunidade? Sim=1 () Não=2 ()	11 _____
12) Tempo de trabalho na equipe de PSF atual? _____ meses	12 _____
13) Há quanto tempo trabalha no PSF? _____ meses	13 _____
14) Já trabalhava na saúde pública antes do PSF? Sim=1 () Não=2 ()	14 _____
15) Recebeu algum treinamento para trabalhar no PSF? (pode marcar mais de uma opção) Introdutório ao PSF=1 () Outros cursos de capacitação relativos ao trabalho no PSF =2 () Especialização ou Residência em Saúde da Família=3 () Nenhum treinamento=4 ()	15 _____
16) Há quanto tempo fez o último treinamento relativo às ações desenvolvidas no PSF? _____ meses () nunca fez treinamento	16 _____
17) Fez curso de capacitação para atuar no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na Atenção Básica? Sim=1 () Não=2 ()	17 _____
18) Recebeu algum treinamento para trabalhar na perspectiva de promoção da saúde no PSF? Sim=1 () Não=2 ()	18 _____
19) Relativo aos cursos de capacitação, o aprendizado destes é aplicável na prática dos serviços? Sim=1 () Não=2 ()	19 _____
20) Qual a carga horária/semanal cumprida no trabalho do PSF? _____	20 _____

21) Quantos empregos têm além desse no PSF? _____	21 _____
22) Qual a forma de ingresso no PSF atual?(vínculo de trabalho) Contrato informal=1 () Cooperado=3 () Contrato temporário=2 () Concurso público=5 () Cargo comissionado=4 ()	22 _____
III-OPNIÕES GERAIS DOS PARTICIPANTES SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO DA EQUIPE, FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES OE3	
23) As instalações físicas do ambiente de trabalho são adequadas para atender a clientela de hipertensos? Sim=1 () Não=2 ()	23 _____
24) Os equipamentos disponíveis permitem a realização adequada dos procedimentos relativos ao Programa de Controle de Hipertensão Arterial? Sim=1 () Não=2 ()	24 _____
25) Os medicamentos básicos disponíveis no tratamento da Hipertensão Arterial no Centro de Saúde são suficientes para atender os hipertensos da área adscrita? Sim=1 () Não=2 ()	25 _____
26) As atividades programadas relativas ao Programa de Controle de Hipertensão Arterial são cumpridas? Sim=1 () Não=2 () Quais não são cumpridas? _____	26 _____
27) Se as atividades programadas não são cumpridas são por falta de? (pode marcar mais de uma opção) Transporte=1 () Medicamentos=2 () ; Equipamentos=3 () Formulários=4 () ; Material didático=5 () ACS insuficientes=6 () Tempo= 7 () Outra=8 ()	27 _____
28) Tem espaço físico na Unidade suficiente para realização de atividades educativas? Sim=1 () Não=2 ()	28 _____
29) Tem material didático na Unidade suficiente para a realização de atividades educativas? Sim=1 () Não=2 ()	29 _____
30) Em sua opinião os usuários gostam das atividades educativas? SIM=1 () NÃO=2 ()	30 _____
31) A comunidade ou os pacientes participam das palestras, dando a sua opinião ou depoimento? SIM=1 () NÃO=2 ()	31 _____
32) Você acha que o usuário compreende tudo que você fala? Sim=1 () Não=2 () Se não, por quê? _____	32 _____
33) Segue algum protocolo (ficha igual para todos os pacientes) no atendimento ao hipertenso? Sim=1 () Não=2 ()	33 _____
34) A equipe trabalha com o HIPERDIA? Sim=1 () Não=2 ()	34 _____
35) Já teve a oportunidade de conhecer as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial? Sim=1 () Não=2 ()	35 _____
36) Já teve a oportunidade de conhecer o Caderno de Atenção Básica Nº15 de Hipertensão Arterial Sistêmica? Sim=1 () Não=2 ()	36 _____
37) Orienta-se por um dos dois? Sim=1 () Não=2 ()	37 _____
38) Qual atividade considera de pouca importância no Programa de hipertensos? (pode marcar mais de uma opção) Diagnóstico=1 () Tratamento=2 () Prevenção=3 () Educação em saúde=4 () Urgência/emergência=5 () nenhuma=6 ()	38 _____

39) Em sua opinião qual o maior obstáculo do PSF hoje no manejo com o Programa de Controle de Hipertensão Arterial? (pode marcar mais de uma) Rotatividade dos profissionais=1() Falta de capacidade dos profissionais=2() Deficiência de medicamentos básicos=4() Estrutura inadequada das unidades=5() Cultura de medicalização=6() Falta de entrosamento na equipe=8() Deficiência de apoio diagnóstico=9() Falta de continuidade de atenção à saúde=10() Grande demanda=12() Falta de referência e contra referência=13() Falta de equipamentos=14() Violência urbana =15() Outro=16()	39_____
40) O seu grau de satisfação trabalhando no PSF é? Ótimo=1 () Bom=2 () Regular=3 () Ruim=4 ()	40_____

IV-PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL- OE2

ATIVIDADES DESNVOLVIDAS RELATIVO AO CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL	SIM=1	NÃO=2	
41)Desenvolve atividades educativas de promoção da saúde com as pessoas da comunidade, orientando sobre os fatores de risco para HAS e doenças cardiovasculares e importância de adoção de hábitos saudáveis de vida?			41_____
42) Quais os fatores de risco são abordados na prevenção e controle da hipertensão?			42_____
43) Escuta as queixas da população e ou pacientes hipertensos?			43_____
44) Tenta, junto à população e ou paciente, buscar soluções para essas queixas ou problemas?			44_____
Verifica os níveis? (em hipertensos)	45___	45___	45_____
45. Pressão arterial	46___	46___	46_____
46. Peso	47___	47___	47_____
47. Altura	48___	48___	48_____
48. Circunferência abdominal			
49) Com que frequência esses parâmetros são verificados? () todos a cada consulta=1 () alguns a cada consulta=2 () de vez em quando= 3 () só na primeira consulta=4 () não são verificados=5			49_____
50) Agenda consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados?			50_____
51) Procede as anotações devidas em ficha clínica ou prontuário eletrônico?			51_____
52) Cuida dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária?			52_____
53) Encaminha as solicitações de exames			

complementares para serviços de referência?			53 _____
54) Controla o estoque de medicamentos e solicita reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico?			54 _____
55) Fornece medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico?			55 _____
56) O que entende por promoção da saúde?			

APÊNDICE D

Identificação: _____

UECE-MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA
PESQUISA: AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROGRAMA DE
CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE
FORTALEZA

FORMULÁRIO (ACS)

I-INFORMAÇÕES BÁSICAS

1) Profissão? Médico=1 () Enfermeiro=2 () Auxiliar ou Técnico de enfermagem=3 () ACS=4 ()	1 _____
2) Nome (iniciais) e nº. de identificação do profissional: _____ - _____	2 _____
3) Nome da Unidade: _____ N°: _____	3 _____
4) Regional: _____	4 _____
5) Sexo: Masculino=1 () Feminino=2 ()	5 _____
6) Idade: _____	6 _____

II-FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL - OE1

7) Quantos anos de formado completa em 2008? _____ ANOS	7 _____
8) Possui curso de pós-graduação? NÃO ()=1 Residência ()=2 Especialização=3 () Mestrado=4 () Doutorado=5 () Pós-Doutorado=6 ()	8 _____
9) Em que área é a sua Pós-Graduação? _____	9 _____
10) Possui alguma outra formação (ou graduação)? Sim=1 () Não=2 () Qual? _____	10 _____
11) Mora na comunidade? Sim=1 () Não=2 ()	11 _____
12) Tempo de trabalho na equipe de PSF atual? _____ meses	12 _____
13) Há quanto tempo trabalha no PSF? _____ meses	13 _____
14) Já trabalhava na saúde pública antes do PSF? Sim=1 () Não=2 ()	14 _____
15) Recebeu algum treinamento para trabalhar no PSF? (pode marcar mais de uma opção) Introdutório ao PSF=1 () Outros cursos de capacitação relativos ao trabalho no PSF =2 () Especialização ou Residência em Saúde da Família=3 () Nenhum treinamento=4 ()	15 _____
16) Há quanto tempo fez o último treinamento relativo às ações desenvolvidas no PSF? _____ meses () nunca fez treinamento	16 _____
17) Fez curso de capacitação para atuar no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na Atenção Básica? Sim=1 () Não=2 ()	17 _____
18) Recebeu algum treinamento para trabalhar na perspectiva de promoção da saúde no PSF? Sim=1 () Não=2 ()	18 _____
19) Relativo aos cursos de capacitação, o aprendizado destes é aplicável na prática dos serviços? Sim=1 () Não=2 ()	19 _____
20) Qual a carga horária/semanal cumprida no trabalho do PSF? _____	20 _____

21) Quantos empregos têm além desse no PSF? _____	21 _____
22) Qual a forma de ingresso no PSF atual?(vínculo de trabalho) Contrato informal=1 () Cooperado=3 () Contrato temporário=2 () Concurso público=5 () Cargo comissionado=4 ()	22 _____
III-OPINIÕES GERAIS DOS PARTICIPANTES SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO DA EQUIPE, FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES OE3	
23) As instalações físicas do ambiente de trabalho são adequadas para atender a clientela de hipertensos? Sim=1 () Não=2 ()	23 _____
24) Os equipamentos disponíveis permitem a realização adequada dos procedimentos relativos ao Programa de Controle de Hipertensão Arterial? Sim=1 () Não=2 ()	24 _____
25) Os medicamentos básicos disponíveis no tratamento da Hipertensão Arterial no Centro de Saúde são suficientes para atender os hipertensos da área adscrita? Sim=1 () Não=2 ()	25 _____
26) As atividades programadas relativas ao Programa de Controle de Hipertensão Arterial são cumpridas? Sim=1 () Não=2 () Quais não são cumpridas? _____	26 _____
27) Se as atividades programadas não são cumpridas são por falta de? (pode marcar mais de uma opção) Transporte=1 () Medicamentos=2 () ; Equipamentos=3 () Formulários=4 () ; Material didático=5 () ACS insuficientes=6 () Tempo= 7 () Outra=8 ()	27 _____
28) Tem espaço físico na Unidade suficiente para realização de atividades educativas? Sim=1 () Não=2 ()	28 _____
29) Tem material didático na Unidade suficiente para a realização de atividades educativas? Sim=1 () Não=2 ()	29 _____
30) Em sua opinião os usuários gostam das atividades educativas? SIM=1 () NÃO=2 ()	30 _____
31) A comunidade ou os pacientes participam das palestras, dando a sua opinião ou depoimento? SIM=1 () NÃO=2 ()	31 _____
32) Você acha que o usuário compreende tudo que você fala? Sim=1 () Não=2 () Se não, por quê? _____	32 _____
33) Segue algum protocolo (ficha igual para todos os pacientes) no atendimento ao hipertenso? Sim=1 () Não=2 ()	33 _____
34) A equipe trabalha com o HIPERDIA? Sim=1 () Não=2 ()	34 _____
35) Já teve a oportunidade de conhecer as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial? Sim=1 () Não=2 ()	35 _____
36) Já teve a oportunidade de conhecer o Caderno de Atenção Básica Nº15 de Hipertensão Arterial Sistêmica? Sim=1 () Não=2 ()	36 _____
37) Orienta-se por um dos dois? Sim=1 () Não=2 ()	37 _____
38) Qual atividade considera de pouca importância no Programa de hipertensos? (pode marcar mais de uma opção) Diagnóstico=1 () Tratamento=2 () Prevenção=3 () Educação em saúde=4 () Urgência/emergência=5 () nenhuma=6 ()	38 _____
39) Em sua opinião qual o maior obstáculo do PSF hoje no manejo	

com o Programa de Controle de Hipertensão Arterial? (pode marcar mais de uma) Rotatividade dos profissionais=1() Falta de capacidade dos profissionais=2() Deficiência de medicamentos básicos=4() Estrutura inadequada das unidades=5() Cultura de medicalização=6() Falta de entrosamento na equipe=8() Deficiência de apoio diagnóstico=9() Falta de continuidade de atenção à saúde=10() Grande demanda=12() Falta de referência e contra referência=13() Falta de equipamentos=14() Violência urbana =15 () Outro=16()	39_____
40) O seu grau de satisfação trabalhando no PSF é? Ótimo=1 () Bom=2 () Regular=3 () Ruim=4 ()	40_____

IV-PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL- OE2

ATIVIDADES DESNVOLVIDAS RELATIVO AO CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL	SIM=1	NÃO=2	
41) Desenvolve atividades educativas de promoção da saúde com as pessoas da comunidade, orientando sobre os fatores de risco para hipertensão e doenças cardiovasculares e importância de adoção de hábitos saudáveis de vida?			41_____
42) Quais os fatores de risco são abordados na prevenção e controle da hipertensão?			42_____
43) Escuta as queixas da população e ou pacientes hipertensos?			43_____
44) Tenta, junto à população e ou paciente, buscar soluções para essas queixas ou problemas?			44_____
45) Rastrea a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa?			45_____
46) Encaminha à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão?			46_____
47) Verifica o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde?			47_____
48) Verifica a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de hipertensão arterial, e encaminha para consulta extra?			48_____
49) Pergunta, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as			49_____

orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar?			
50) O PSF tem alguma ligação com os programas de atividade física desenvolvidos em ambiente público pela prefeitura?			50_____
51) Registra, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas?			51_____
52) Utiliza alguma ficha padrão para calcular o risco cardiovascular?			52_____
53) Recebe orientações do médico ou enfermeiro sobre as atividades educativas a serem adotadas?			53_____
54) O que entende por promoção da saúde?			

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor,

Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: Ações de promoção da saúde no Programa de Controle de Hipertensão arterial na atenção básica de Fortaleza. Esta pesquisa visa conhecer quais as ações desenvolvidas no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica de Fortaleza no contexto da Promoção da Saúde.

Assim, gostaria de convidá-lo a participar respondendo a algumas perguntas sobre seu trabalho. Sua colaboração será muito importante, pois a partir dela se conseguirá atingir os objetivos desta pesquisa. Garantimos que sua participação não causará nenhum prejuízo ou risco à sua saúde, pois são apenas perguntas. Garantimos também que seu nome será mantido em segredo e não será divulgado por ocasião de publicação da pesquisa.

Ainda e qualquer momento da pesquisa, caso não seja do seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar esse consentimento, sem que haja nenhum prejuízo a você e ao seu trabalho.

Como a participação é voluntária, não haverá pagamento por sua contribuição ao estudo e também você não terá nenhum gasto em dinheiro com ele.

Agradecendo sua colaboração me coloco à disposição para qualquer informação que você julgar necessário.

Atenciosamente,

Érica Maria de Noronha Viana
Aluna do Mestrado de Saúde Pública/UECE

Dr. Paulo César de Almeida
Orientador

Eu, _____, concordo em participar do questionário sobre o Projeto de Pesquisa: Ações de promoção da saúde no Programa de Controle de Hipertensão Arterial na atenção básica de Fortaleza., e estou ciente de que seus resultados serão tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho a liberdade de retirar esse consentimento.

_____, ____ de _____ de 2007.
