



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

**SAÚDE DO HOMEM E O CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM USUÁRIOS
HIPERTENSOS NO NÍVEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

**João Pessoa/PB
2013**

ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS

**SAÚDE DO HOMEM E O CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM USUÁRIOS
HIPERTENSOS NO NÍVEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regular para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Modelos de Decisão

Orientadores:

Prof. PhD. Neir Antunes Paes
Profa. Dra. Ana Tereza Medeiros C. da Silva

João Pessoa/PB
2013

D192s Dantas, Rosimery Cruz de Oliveira.
Saúde do homem e o controle da pressão arterial em
usuários hipertensos no nível da atenção primária à saúde /
Rosimery Cruz de Oliveira Dantas.-- João Pessoa, 2013.
151f.
Orientadores: Neir Antunes Paes, Ana Tereza Medeiros
Cavalcanti da Silva
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCEN
1. Hipertensão Arterial - controle. 2. Fatores de risco –
homem. 3. Políticas Públicas. 4. Modelos logísticos.

UFPB/BC

CDU: 616.12-008.331.1(043)

ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS

**SAÚDE DO HOMEM E O CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM USUÁRIOS
HIPERTENSOS NO NÍVEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**

Data da defesa: João Pessoa 15 de fevereiro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof. Phd. Neir Antunes Paes
Orientador - UFPB

Profa. Dra. Ana Tereza M. Cavalcanti da Silva
Orientadora - UFPB

Prof Dr. Hemílio Fernandes Campos Coelho
Membro Interno - UFPB

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Membro Interno - UFPB

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz
Membro Externo - UFPE

A DEUS

Força da minha existência, que me sustentou e impulsionou a continuar quando o caminho parecia muito difícil de trilhar.

Aos meus pais (*in memoriam*)

Motivo pelo qual existo e encontrar-me hoje onde estou. Em especial a minha mãe que esteve presente grande parte desta caminhada: ouvindo-me, acalentando-me, dando-me colo e incentivando-me. Sei que ainda continua velando por mim.

Ao meu marido e filhos

Que souberam entender minhas ausências, mesmo quando eu estava presente, e nunca deixaram de acreditar na minha vitória. Minha dedicação e amor.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Prof. PhD. Neir Antunes Paes, que com sua firmeza, sapiência, competência amizade e sorriso espontâneo me acompanhou ao longo dessa jornada, ensinando-me a acreditar na minha capacidade e a ser paciente.

À Profa Dra. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva, pelas valiosas contribuições na elaboração desse trabalho e pelo crédito que me deu, levando-me a explorar caminhos ainda não explorados, mas acreditando e me incentivando a seguir.

AGRADECIMENTOS

Ao término deste trabalho quero expressar a minha gratidão a todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização do mesmo. Ao mesmo tempo desculpo-me se alguém se sentir esquecido, mas saibam do carinho que tenho por cada um.

A Deus, que mesmo quando eu fraquejava vendo minha fé ser minada, ele aparecia e mostrava seus sinais, deixando claro que não desampara nenhum filho seu.

Aos integrantes e ex-integrantes do grupo de pesquisa, pelos momentos partilhados e troca de experiência.

À minha mãe (in memoriam) minha mais forte incentivadora, minha financiadora, meu porto seguro. Meu mundo hoje está mais vazio, mas minha gratidão será eterna. Meu respeito, admiração eternos. Sou o que sou pois tive o exemplo de uma mulher que nunca desistiu .

Ao meu marido, que soube afastar-se quando eu precisava estar só e chegar junto quando precisava de um ombro. Obrigada por entender as minhas necessidades.

Aos meus filhos, minha mais perfeita obra, que entenderam os estresses, as ausências, as faltas de lazer, por terem se sacrificado por mim, mas por nunca terem duvidado do meu amor e sempre acreditado na vitória. Obrigada pelas vezes que disseram: parabéns mamãe por mais uma aprovação.

Aos meus irmãos Maria José, Rosângela, Sonia, Pedrinho e Luiz que me apoiavam incondicionalmente, que quando me viam cansada, desesperançada me estimulavam a seguir, sempre acreditando no meu potencial. Meu mundo não seria o mesmo sem a presença de vocês.

Ao meu sobrinho Iury pelas inúmeras vezes que atendeu aos meus apelos de socorro.

À minha sogra, D. Diana, minha segunda mãe, que me acolheu na sua casa, respeitava meu silêncio e não reclamava quando eu trocava a sua presença pelo net book. Obrigada por acreditar em mim e me apoiar. Obrigada por cuidar de mim.

À Cida, que durante minhas ausências cuidou dos meus entes mais queridos, e a todo momento ajudava-me nas minhas tarefas da maneira que ela sabia fazer melhor: orando.

Aos meus amigos e amigas que acreditaram no meu potencial e me impulsionaram a prosseguir, principalmente Kleane, Berenice, Ana Lúcia, Alba e Mércia, companheiras de muitas lutas, vitórias e derrotas, mas sempre unidas.

Aos professores Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, Prof. Dr. Hemílio por participarem da banca de qualificação por suas colaborações, que fizeram este estudo mais completo.

Aos professores Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coelho e Prof Dr. Alcides da Silva Diniz por participarem da banca de defesa e enriquecerem ainda mais o estudo com suas recomendações e sugestões.

Ao Prof. Josemar Pereira dos Santos, pela ajuda imprescindível nas análises estatísticas, que mesmo não sendo meu orientador, portou-se como um, atendendo-me com paciência e dedicação, partilhando seus saberes e mostrando os caminhos a seguir.

Aos professores do mestrado que dedicaram seu tempo na construção do nosso aprendizado.

À Renata e D. Fátima sempre com um sorriso gentil a nos acolher e atender.

Aos professores Drs Fábio Marques, José Cesário de Almeida e Eduardo Seyfert da UFCG por entender a necessidade que os docentes tem de se qualificar e apoiar-me neste meu projeto profissional.

Às professoras Edineide Nunes, Sheyla Nadjane e Ana Goldfarb da Faculdade Santa Maria que me apoiaram, ajudaram e entenderam todas as vezes que estive ausente ou que dei não.

Aos meus alunos que tiveram que enfrentar horas extras, carga horária dobrada, entre outras para eu poder ausentar-me e alcançar meu objetivo.

À turma do mestrado: Aline, Ana Paula, Anthoniany, Cleyton, Jacqueline, Jailson, Jane, Júlia, Wendel, Larycia, Luana, Luciana, Priscila, Rosilene, Valdênia. A todos vocês que, com sua particularidade de forma maravilhosa fez surgir uma turma de irmãos, onde todos se apoiavam, se ajudavam, partilhavam angústias, tristezas, revoltas, alegrias, sonhos e conquistas. Vocês estarão sempre no meu coração.

Às minhas amigas Larycia, Ana Paula e Valdênia por estarem mais presentes na minha vida, com as caronas, as aulas, os lanches, os problemas... e serem exatamente como vocês são. É uma honra para mim tê-las como amiga.

Aos meninos Wendell e Jailson, pela companhia constante nos ônibus da Guanabara, pelas risadas que me fizeram dar tantas vezes, das nossas próprias desgraças.

Aos pesquisadores James, Dyego, Talina e Mayrla pelo empenho, dedicação, apoio e carinho na realização da pesquisa qualitativa.

Aos profissionais de saúde nos acolheram nas unidades e contribuíram para o andamento da pesquisa.

Aos participantes da pesquisa que gentilmente abriram as portas das suas casas e aceitaram em participar do estudo, partilhando suas vidas para que este trabalho pudesse ser construído.

Obrigada.

Há três métodos para se ganhar sabedoria:

Primeiro, por reflexão, que é o mais nobre;

Segundo, por imitação, que é o mais fácil;

Terceiro, por experiência, que é o mais amargo.

Confúcio.

RESUMO

DANTAS, Rosimery Cruz de Oliveira. **A saúde do homem e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos no nível da atenção primária a saúde.** João Pessoa, 2013. 151fl. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde), Universidade Federal da Paraíba - UFPB, João Pessoa.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença multifatorial, considerada um fator de risco para as doenças cardiovasculares, com maior prevalência no grupo masculino. O Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, buscando através de ações no nível da Atenção Primária reverter este e outros quadros. Teve-se como objetivo central Investigar o acompanhamento de homens hipertensos pelos Serviços de Saúde da Atenção Primária para o controle da Pressão Arterial, a partir da relação dos fatores de risco modificáveis e de fatores sociodemográficos nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, nordeste do Brasil. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, com amostra aleatória e probabilística de 74 e 69 usuários hipertensos para o município de João Pessoa (JP) e Campina Grande (CG) respectivamente analisados através da Regressão logística binária (RLB) e da técnica de análise do discurso proposta por Fiorin. Nos dois municípios destacou-se um perfil de não acompanhados, níveis pressóricos não controlados, de baixa escolaridade, não-brancos, idosos, não tabagistas, não etilista, sedentários e com sobrepeso/obesidade. Na aplicação do modelo de RLB, adotando-se $\alpha = 0,05$, detectou-se para o município de JP duas variáveis que mantinham relação com o controle da pressão: raça ($\alpha = 0,047$) e sobrepeso/obesidade ($\alpha = 0,036$), e em CG sedentarismo ($\alpha = 0,067$). O Odds Ratio (OR) ($\beta = 0,331$ para raça, $0,333$ par sobrepeso/obesidade) no município de JP expressa que os indivíduos brancos e com peso normal têm três vezes mais chance de controlar a pressão quando comparados aos que não tem essa condição. Em CG o OR ($\beta = 0,379$) da variável sedentarismo, indica que sendo ou não sedentário a chance de controle da pressão é igual, em função do Intervalo de confiança (0,134;1,069). No tocante ao controle da pressão, durante a coorte, houve queda nos níveis das pressões, porém não significativos estatisticamente (significância $\alpha > 0,05$). Na abordagem qualitativa detectou-se que os indivíduos não tabagistas e não etilistas tinham iniciado no vício antes dos 18 anos, permanecendo nele por mais de 15 anos. A grande maioria desconhece o real significado da hipertensão, indicado pela dificuldade dos sujeitos da pesquisas em manifestar a concepção sobre a hipertensão, sobre as medidas adotadas para o controle da pressão, e pela valorização sobretudo do uso de medicamentos. Sugere-se para conseguir um adequado controle pressórico uma captação precoce dos homens aos serviços, uma reorganização na forma operacional de atendimento, registro, horário de consulta e o fortalecimento das ações de educação em saúde para promover no homem mais conhecimento do agravo e comprometimento com o autocuidado. O estudo permitiu identificar os fatores de risco que requerem mais foco de atenção por parte de gestores e profissionais de saúde para se chegar ao controle pressórico e, dessa forma, espera-se que possa contribuir com o processo de tomada de decisão, a fim de subsidiar a elaboração e implementação de políticas públicas factíveis e de práticas de saúde mais eficazes para o controle da hipertensão arterial.

Palavras Chave: Hipertensão, Modelos logísticos, Risco, Saúde do homem.

ABSTRACT

DANTAS, Rosimery Cruz de Oliveira. Men's health and the blood pressure control in hypertensive patients at the level of primary healthcare. João Pessoa, 2013. 151fl. Thesis (MA in Decision Models and Health), Federal University of Paraíba - UFPB, João Pessoa.

The Hypertension is a multifactorial disease, considered a risk factor for cardiovascular disease, with higher prevalence in males. The Ministry of Health established the National Policy for Integral Health of Man, searching through actions at the level of Primary Care to reverse this and other situations. We had as our central objective to investigate the monitoring of hypertensive men by the Health Services of Primary Care for the control of blood pressure, from the list of modifiable risk factors and sociodemographic factors in the municipalities of Joao Pessoa and Campina Grande, northeast Brazil. This is a quantitative and qualitative study, randomly sampled of 74 and 69 hypertensive patients from the city of João Pessoa (JP) and Campina Grande (CG) respectively, analyzed by binary logistic regression (BLR) and discourse analysis technique proposed by Fiorin. In municipalities stood out a profile of unaccompanied, uncontrolled blood pressure, low education, non-whites, elderly, non-smokers, non-drinkers, sedentary and overweight / obesity. In the application of model RLB, adopting $\alpha = 0.05$, was detected for the city of JP two variables that maintained relations with pressure control: race ($\alpha = 0.047$) and overweight / obesity ($\alpha = 0.036$), and CG sedentary ($\alpha = 0.067$). The odds ratio (OR) ($\beta = 0.331$ for race, 0.333 to overweight / obesity) in the city of JP expresses that white individuals with normal weight have three times more chance to control the pressure when compared to the ones that doesn't have this condition. In the CG OR ($\beta = 0.379$) of sedentarism variable indicates that being sedentary or not, the chance to control the pressure is the same on the basis of the confidence interval (0.134, 1.069). With regard to blood pressure control during the cohort, there was decrease in the levels of pressure, but not statistically significant (significance $> \alpha = 0.05$). In the qualitative approach it was found that individuals not smokers and non-drinkers had been a day, beginning in the habit before the age of 18 and remained there for more than 15 years. Most do not know the real meaning of hypertension, indicated by the difficulty of the subject of research in the conception manifest on hypertension, on measures taken to control the pressure, and the appreciation of the use of particular drugs. It is suggested, to achieve adequate blood pressure control, early uptake of men to health services, a reorganization in the form of operating assistance, registration, consultation schedule and strengthening actions of health education, to promote to the man more knowledge about the severity and commitment to the selfcare. The study identified risk factors that require more focus of attention on the part of managers and health professionals to reach the blood pressure control, and thus is expected to contribute to the decision-making process in order to subsidize the elaboration and implementation of public policies feasible and more effective health practices for the control of hypertension.

Key Words: Hypertension, logistic models, Risk, Men's Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.1	Tipo de acompanhamento dos hipertensos cadastrados no HIPERDIA dos municípios de João Pessoa e Campina Grande nos anos 2008, 2009, 2010 e 2011.....	51
Figura 4.1	Histograma da PAS no Município de João Pessoa, 2011.....	71
Figura 4.2	Histograma da PAD no Município de João Pessoa, 2011.....	71
Figura 4.3	Histograma da PAS no Município de Campina Grande, 2011.....	72
Figura 4.4	Histograma da PAD no Município de Campina Grande, 2011.....	72
Figura 4.5	Média das PAS de 2009 a 2011 no Município de João Pessoa	79
Figura 4.6	Média das PAD de 2009 a 2011 no Município de João Pessoa	79
Figura 4.7	Média das PAS de 2009 a 2011 no Município de Campina Grande	79
Figura 4.8	Média das PAD de 2009 a 2011 no Município de Campina Grande.....	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 3.1	Demonstrativo das perdas na coorte dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande.....	53
Quadro 3.2	Demonstrativo dos tipos de perdas da amostra masculina na coorte de hipertensos, 2009-2010	54
Quadro 3.3	Classificação da Pressão Arterial segundo o controle.....	58
Quadro 4.1	Distribuição dos valores perdidos na coorte nos municípios João Pessoa e Campina Grande.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1	Perfil sociodemográfico dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, ano 2011.....	66
Tabela 4.2	Fatores de risco modificáveis dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, ano 2011.....	67
Tabela 4.3	Caracterização dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande conforme mudança de status na Coorte de 2009 a 2011.....	68
Tabela 4.4	Caracterização dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande segundo a condição de mudança de status com os dados qualitativos.....	70
Tabela 4.5	Distribuição da média e desvio padrão por tipo de pressão arterial dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, ano 2011.....	73
Tabela 4.6	Estatísticas do teste de U-Wilcoxon Mann-Whitney segundo os tipos de pressão arterial dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, conforme o tipo de usuário no ano 2011.....	73
Tabela 4.7	Seleção das variáveis segundo p-valor e X^2 dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, ano 2011	74
Tabela 4.8	Seleção das variáveis dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande para aplicação do modelo de Regressão Logística Binária a partir do teste de Pearson X^2 para os municípios de, ano 2011.....	75
Tabela 4.9	Estatísticas das variáveis do modelo RLB para os homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde no município de João Pessoa-PB, ano 2011.....	76
Tabela 4.10	Estatísticas variáveis do modelo RLB para os hipertensos homens atendidos na atenção primária a saúde no município de Campina Grande - PB, ano 2011.....	76
Tabela 4.11	Média e Desvio padrão das pressões sistólicas e diastólicas dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande na coorte 2009 – 2011.....	77
Tabela 4.12	Teste multifatorial das médias das pressões dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande na coorte 2009 – 2011 segundo o tipo de usuário.....	78
Tabela 4.13	Estatística descritiva de características dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande entrevistados na pesquisa qualitativa, ano 2012.....	80

LISTA DE SIGLAS

- AB** – Atenção Básica
- AP** – Atenção Primária
- APS** – Atenção Primária a Saúde
- CG** – Campina Grande
- CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- DC** – Doença Crônica
- DCNT** – Doença Crônica Não Transmissível
- DCV** – Doença Cardiovascular
- DM** – Diabetes Mellitus
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- HA** – Hipertensão Arterial
- HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- JP** – João Pessoa
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde
- OR** – Odds Ratio
- PA** – Pressão Arterial
- PAC** – Pressão Arterial Controlada
- PAD** – Pressão Arterial Diastólica
- PANC** – Pressão Arterial Não Controlada
- PAS** – Pressão Arterial Sistólica
- PNAISH** – Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
- PPS** – Políticas Públicas de Saúde
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- RSB** – Reforma Sanitária Brasileira
- SBC** – Sociedade Brasileira de Cardiologia
- SBH** – Sociedade Brasileira de Hipertensão
- SBN** – Sociedade Brasileira de Nefrologia
- SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica

HIPERDIA – Sistema Informatizado de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

SS – Serviço de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1 INTRODUÇÃO	22
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA	24
1.2 JUSTIFICATIVA.....	26
1.3 OBJETIVOS	28
1.3.1 Geral	28
1.3.2 Específicos	28
2 MARCO TEÓRICO	29
2.1 CONDIÇÕES CRÔNICAS.....	29
2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA EPIDEMIA EM ASCENSÃO	30
2.2.1 Fatores de Risco modificáveis	31
2.2.2 Hipertensão Arterial e gênero	33
2.3 CONTEXTUALIZANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	35
2.3.1 Política de Atenção Primária á Saúde	36
2.3.2 Estratégia de Saúde da Família e Programa HIPERDIA	37
2.3.3 Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem - PNAISH	39
2.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	40
3 PERCURSO METODOLÓGICO	45
3.1 ANTECEDENTES DA PESQUISA	45
3.2 ABORDAGEM DE ENFOQUE QUANTITATIVO.....	47
3.2.1 Base dos Dados	48
3.2.1.1 Dados sociodemográficos	48
3.2.1.2 Fatores de risco modificáveis	49
3.2.1.3 Tipo de acompanhamento.....	50
3.2.2 Qualidade dos Dados	52
3.2.3 Estratégia de Análise dos Dados	53
3.2.3.1 Análise das perdas da amostra	53
3.2.3.2 Análise exploratória.....	55
3.2.3.3 Teste de Normalidade (Kolmogorov – Smirnov)	55
3.2.3.4 Associação Qui-quadrado.....	56
3.2.3.5 Modelo Linear	56
3.2.3.5 Regressão Logística	57
3.3 ABORDAGEM DE ENFOQUE QUALITATIVO.....	58
3.3.1 Aplicação do teste piloto	59
3.3.2 Seleção da amostra	60
3.3.3 Coleta de dados	61

3.3.4 Material para coleta de dados	61
3.3.5 Análise do material empírico de enfoque qualitativo	62
3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	63
4 RESULTADOS.....	64
4.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA.....	64
4.1.1 Análise descritiva dos dados a partir das Pressões Arteriais.....	64
4.2 ABORDAGEM QUALITATIVA.....	79
4.2.1 Tema 1 – Conhecimento acerca da Hipertensão Arterial	82
4.2.2 Tema 2 – Controle da pressão	83
4.2.2.1 Categoria 1 – Fatores de risco	83
4.2.2.2 Categoria 2 – Mudança de hábitos	86
4.2.2.3 Categoria 3 – Serviços de Saúde	88
4.2.2.4 Categoria 4 – Satisfação do usuário	91
5 DISCUSSÃO.....	94
5.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA.....	94
5.2 ABORDAGEM QUALITATIVA.....	106
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	119
Apêndice A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	128
Apêndice B - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	129
Apêndice C - MAPA CONCEITUAL.....	130
Apêndice D - DISTRIBUIÇÃO DO QUANTITATIVO DA AMOSTRA PARA PESQUISA QUALITATIVA PARA O MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA	131
Apêndice E - DISTRIBUIÇÃO DO QUANTITATIVO DA AMOSTRA PARA PESQUISA QUALITATIVA PARA O MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE.....	133
Apêndice F - AGRUPAMENTO DAS PALAVRAS CHAVE POR TEMA.....	135
Apêndice G - AGRUPAMENTO DAS PALAVRAS CHAVE DAS ENTREVISTAS POR CATEGORIA.....	142
Anexo A - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA DE PAES (2009A)	147
Anexo B - FICHA DE CADASTRO DO HIPERDIA	149
Anexo C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	151
Anexo D - ENCAMINHAMENTO DO PESQUISADOR	152

APRESENTAÇÃO

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública e requer de gestores, profissionais e portadores ações que visem o seu controle. O grupo masculino se apresenta mais vulnerável a este agravo, despontando com índices mais elevados que no grupo feminino, e tem como agravante a sua pouca frequência aos serviços de saúde.

O presente estudo foi desenvolvido utilizando-se as abordagens quantitativa e qualitativa, e desta forma ele se constituiu parte de pesquisas maiores realizadas nos municípios de João Pessoa e Campina Grande por Paes (2008, 2009a, 2009b), aprovadas através de editais pelo CNPp (MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS No. 37/2008 e MCT/CNPq/CT- saúde No. 67/2009) e pela (FAPESC N.º 02/2009) nos anos de 2009 a 2012.

Como o homem mantém-se afastado dos serviços de saúde, deixando de usufruir os benefícios que estes oferecem, este estudo tem como tema central a busca de associação entre os fatores de risco e dados sociodemográficos no controle da pressão. Para atender a esse propósito lançou-se mão do modelo de Regressão logística binária e de outros testes estatísticos que validam o estudo.

Espera-se que os resultados alcançados possam ser utilizados como referencial de avaliação e tomada de decisão na reorganização dos serviços e reorientação das práticas de saúde, para a devida captação e acolhida dos homens nos serviços e o efetivo controle da pressão.

Para uma melhor apropriação dos temas abordados, esse estudo foi estruturado sob a forma de capítulos. No primeiro se encontra a introdução com a descrição da problematização, justificativa e os objetivos. No segundo se apresenta a revisão de literatura que subsidia o entendimento da proposta. O terceiro capítulo descreve os passos metodológicos do estudo. O quarto capítulo apresenta os resultados das duas abordagens. O quinto capítulo contempla as discussões e o sexto as considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas no perfil epidemiológico da população ao longo do tempo estão diretamente relacionadas aos padrões de vida, hábitos e costumes que os indivíduos vêm adotando em prol de uma satisfação, cada vez mais freqüente, às exigências do mundo contemporâneo. Nessa busca, os sujeitos muitas vezes se expõem a situações de riscos, vulnerabilidade e sofrimentos que contribuem para a reincidência de patologias já erradicadas. Favorece ainda, o surgimento de novas patologias e o aumento da freqüência de outras que estão sempre presentes, a exemplo das crônicas não transmissíveis.

Essa realidade tem levado líderes governamentais, sociedades organizadas e movimentos sociais, a buscarem estratégias voltadas para a atenção à saúde. Essas devem ser desenvolvidas pelos sistemas de serviços de saúde e apresentar potencial para promover mudança no perfil epidemiológico das populações. Para tanto se utiliza duas metas estabelecidas, conforme aponta Starfield (2002): otimização da saúde, através do emprego do conhecimento sobre a causa das enfermidades e do manejo das doenças; maximização da saúde e a minimização das disparidades entre os grupos subpopulacionais.

Reconhecendo que a disparidade entre esses grupos causa iniquidades sociais e problemas de saúde no mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem traçado metas a serem desenvolvidas e alcançadas por diversos países. O Brasil, através de sua sociedade organizada, tem encampado lutas para melhorar os níveis de saúde do povo brasileiro. O início dessas lutas deu-se com a Reforma Sanitária que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde se defendeu a organização dos Serviços de Saúde (SS) para que estes fossem capazes de produzir mudanças no perfil epidemiológico da população, de forma individual e coletiva (PAIM, 2009).

A partir desta conquista a saúde passa a ser um direito garantido constitucionalmente e ter um capítulo na constituição de 1988, transformando-se num direito de cidadania e um dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS), através dos seus princípios doutrinários, equidade, integralidade e universalidade, constitui-se uma porta aberta para este fim.

Castro e Machado (2010) destacam que, no Brasil, a década de 1990 foi marcada por importantes mudanças na Política Nacional de Atenção Primária à Saúde e pelo número de investimentos na ampliação dos SS. Pode-se dizer que estas transformações se relacionam tanto às mudanças no arranjo federativo instaurado após a Constituição de 1988 e ao processo

de descentralização, como ao destaque assumido pela Atenção Primária à Saúde (APS) na agenda setorial.

Neste cenário as Políticas Públicas de Saúde (PPS) têm como objetivo a reorganização dos SS para promover ao cidadão saúde de qualidade, apesar de entender-se que a sua implementação não tenha sido efetivada de forma equitativa e satisfatória. Para se chegar a um processo de otimização das PPS tem-se buscado a implantação de um novo modelo de saúde, cujo desenvolvimento requer a reorganização da APS e tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) um elemento chave. Funcionando na lógica da Vigilância em Saúde (Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador), a ESF contempla a atenção aos vários grupos do ciclo vital, e dentre eles a saúde do homem.

A partir dos dados gerados por essas vigilâncias e pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), evidencia-se que o homem pouco utiliza os SS, e que esses têm morte mais precoce que as mulheres, sendo mais freqüente os quadros mórbidos de doenças crônicas (DC), dentre elas a hipertensão arterial (HA). Esse agravo é definido como condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), associando-se freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC; SBH; SBN, 2010).

Mesmo com um quadro definido de hipertensão, a procura dos homens aos SS é inferior a das mulheres. Diante dessa realidade surgiram vários debates sociais para promover sua inclusão nos serviços, o que resultou no surgimento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) com o intuito de, como relata Dias (2010), promover, entre outros aspectos, ações de saúde que colaborem significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos contextos socioculturais e político-econômicos, visando estimular o autocuidado e o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

Porém não basta implantar nem ofertar serviço. É necessária a avaliação dos programas e SS, a fim de visualizar o impacto que suas respostas causaram sobre os indicadores. E, para se mensurar esses resultados, a epidemiologia é um instrumento que tem papel fundamental, pois ela produz conhecimentos que são úteis ao processo de tomada de decisão, principalmente no que se refere à formulação de PPS.

Considerando esse aspecto, a avaliação em saúde do impacto dos serviços, de tecnologias e de outras ações, passa a ser alvo de vários pesquisadores, como forma de ampliar o leque de informações quantitativas e qualitativas para a tomada de decisão. Nesse

cenário merecem destaque as pesquisas desenvolvidas no período de 2008 a 2011 por Paes (2008, 2009a) sob a forma de dois projetos: o primeiro, um estudo transversal, intitulado: “Avaliação da Efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do Nordeste do Brasil” e o segundo, um estudo de coorte: “Desempenho do programa saúde da família comparada com os das unidades básicas de saúde no controle da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em municípios do estado da Paraíba: um estudo de coorte longitudinal”.

Essas pesquisas suportam a proposta deste estudo, que consiste em investigar a associação dos fatores de risco modificáveis e dos fatores sociodemográficos no controle da PA em homens hipertensos dos municípios de Campina Grande (CG) e João Pessoa (JP) na Paraíba, utilizando-se para alcançar esse intento os aspectos de duas abordagens metodológicas: a quantitativa e a qualitativa.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

O desenvolvimento socioeconômico de uma sociedade é um fator determinante para a constituição do seu perfil epidemiológico. O Brasil tem sofrido um rápido processo de industrialização e urbanização, levando a aglomeração de pessoas na área urbana e diminuição na rural. Essa realidade tem provocado alteração nos seus hábitos de vida, padrão alimentar e conseqüentemente no quadro de morbimortalidade, reforçado por Paim (2009) com a afirmação de que populações concentradas em regiões urbanizadas estão mais expostas aos fatores de risco.

Tal realidade favorece o aparecimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), principal fator de risco para as doenças cardiovasculares (DCV). Essa apresenta uma prevalência na população adulta acima de 30%, e quando avaliada entre os gêneros, pontuou 35,8% nos homens e de 30% em mulheres. Acomete aproximadamente 25% da população mundial, com uma projeção estimada de 60% de aumento nos casos da doença em 2025 (FERREIRA, 2009; SBH; SBC; SBN, 2010).

O governo brasileiro vê como preocupante o alto índice de morbimortalidade na população masculina quando comparado à feminina durante os ciclos vitais. Esse fato se constitui um sério problema de saúde pública, uma vez que as principais causas desse quadro

são a violência, o alcoolismo, o tabagismo, a hipertensão, a diabete e a obesidade, conforme apontam Fontes et al. (2011).

A HA, segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (SBH; SBC; SBN, 2010), constitui uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Por essa condição está ligada a fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Os primeiros representados pelo tabagismo, etilismo, sedentarismo e obesidade, podem ser modificados durante a vida do indivíduo através de mudança de hábitos e práticas de atividades físicas. Os segundos estão associados a alterações orgânicas patológicas, sobre os quais o indivíduo não tem o poder de intervir, apenas buscar meios de mantê-los sob controle.

O homem hipertenso, por não comparecer regularmente aos SS e não usufruir das ações que eles oferecem, necessita ser alvo de estratégias que favoreçam o acompanhamento, monitoramento e controle deste agravo. Porém, esse intento só é possível quando há uma adequada adesão ao serviço, expressa por Silva, C.S, (2011) como uma atitude global do indivíduo em relação à própria saúde e que exige dos hipertensos uma prática ativa do processo.

Mesmo entendendo que o acompanhamento é uma condição importantíssima para o controle da HAS Andrade (2011), encontrou, a partir da utilização dos dados das pesquisas de Paes (2008, 2009a), que o acompanhamento dos usuários hipertensos cadastrados no Sistema de informação em saúde de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) do município de JP, não afetou significativamente a redução dos seus níveis pressóricos.

É importante destacar que a HA tem, conforme a literatura científica defende (SBH; SBC; SBN, 2010; BRASIL, 2006a), uma forte relação com os fatores de risco sócio demográficos (idade, escolaridade, raça, entre outros) e os modificáveis (sedentarismo, sobrepeso/obesidade, tabagismo, etilismo), e, no grupo masculino, não é raro encontrar associados tabagismo e etilismo, favorecendo a instalação da HA à medida que a idade avança.

Este contexto motiva a elaboração da seguinte questão: será que o acompanhamento e o controle da HA dos homens no âmbito da APS, dentro da ESF, com ênfase nas práticas educativas e tratamento, estão levando a transformação dos hábitos que o hipertenso possui? E, se ocorre, que fatores estão associados a este resultado?

1.2 JUSTIFICATIVA

Como a HA apresenta uma maior prevalência em homens, com um valor superior a 5%, quando comparado aos valores femininos (SBC; SBH; SBN, 2010), esse grupo precisa ser alvo de estratégias que o aproxime mais dos serviços, uma vez que os sujeitos só o procuram quando já apresentam condições clínicas que lhes causam certo incômodo/desconforto.

O problema do controle da HA se configura como um dos grandes desafios da Atenção Básica (AB): a construção de um espaço que privilegie a atenção à saúde do homem pela equipe multiprofissional, que deve ser planejado na gestão e operacionalizado pelo trabalho da ESF, cujo processo pressupõe o vínculo e a responsabilização com a comunidade e a clientela adscrita, respeitando sua diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais que os envolvem. Entretanto, este trabalho terá maior resultado a partir do potencial do serviço que lhe dá suporte, conforme destacado por Starfield (2002) ao propor como princípio norteador os quatro elementos estruturais: acessibilidade, variedade de serviços, definição da população assistida e continuidade da assistência.

O conhecimento dos fatores de riscos modificáveis e dos sóciodemográficos que mantêm associação com o controle da PA propiciará maiores subsídios para serem desenvolvidas ações pelos profissionais de saúde e por gestores. Essas ações devem ser respaldadas nas políticas de proteção e promoção à saúde do homem, que favoreçam uma assistência ao grupo hipertenso usuário da ESF, antigo Programa de Saúde da Família (PSF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos municípios de CG e JP-PB.

A inexistência de estudos na região que focalizem a saúde do homem hipertenso e a efetividade das ações da ESF e das UBS, faz com que ele adquira relevância científica, uma vez que os municípios do estudo, JP e CG, representam os maiores pólos populacionais do Estado da PB e despontam como modelo de assistência para os demais municípios. Por isso espera-se que os resultados encontrados sirvam de ponto norteador para a reflexão das práticas de saúde voltadas para o controle da HA que são desenvolvidas no Estado.

Para se chegar ao conhecimento da associação significativa dos referidos fatores, fez-se uso da modelagem estatística usando a amostra de indivíduos do sexo masculino, que estão contempladas nos dois recortes da pesquisa de Paes (2008, 2009a) desenvolvidas nos municípios de CG e JP, cujo tamanho da amostra foi calculada mantendo os critérios probabilísticos conforme descrito por Andrade (2011): processo de amostragem por conglomerados (em dois estágios sucessivos). No primeiro efetuou-se uma seleção aleatória

de 36 conglomerados de um total de 180 separados por distrito sanitário. A população dos indivíduos se deu de forma sistemática, a partir da listagem fornecida pelo SIAB e organizada em ordem decrescente pelo número de cadastrados. No segundo estágio foi realizada a seleção de hipertensos de forma aleatória e ponderada. O tamanho da amostra total (n) foi obtido com base num processo de amostragem casual simples.

A identificação dos fatores de risco dará uma contribuição no entendimento das potencialidades das informações geradas pelo HIPERDIA. Esse conhecimento servirá como ponto de reflexão para avaliação da efetividade das ações desenvolvidas na ESF. Pois, como afirma ANS (2007), o mesmo fator pode ser de risco para várias doenças, bem como podem estar envolvidos na gênese de uma mesma doença, constituindo-se em agentes causais múltiplos. Por isso o estudo de fatores de risco, isolados ou combinados, tem permitido estabelecer relações de causa-efeito entre eles e determinadas doenças.

Além disso, a ESF, através das suas ações e formas de organizar o processo de trabalho, realiza o acompanhamento dos hipertensos através das consultas mensais, seja por profissional médico ou enfermeiro, com aferição do peso, pressão arterial, orientações e prescrição do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, promovendo assim o monitoramento e avaliação da evolução do tratamento instituído. Mas, oferecer o serviço não é garantia de que o paciente esteja sendo acompanhado, uma vez que para isso ocorrer o usuário tem que ir ao serviço, uma decisão que na maioria das vezes cabe exclusivamente a ele, e ter este acompanhamento registrado no prontuário, decisão que depende do profissional.

Considerando este aspecto justifica-se a realização de um estudo comparativo do controle da PA entre os sujeitos acompanhados e não-acompanhados, cuja importância está na criação de subsídios para se avaliar o impacto do serviço e das estratégias adotadas para este acompanhamento e controle.

Desta forma pretendeu-se reforçar os resultados de trabalhos já existentes sobre a temática hipertensão (ANDRADE, 2011; ARAÚJO, 2011; MELO, 2011; SILVA, 2011) a partir da base de dados das pesquisas de Paes (2008, 2009a) e criar novos conhecimentos com ênfase na Saúde do Homem, haja vista a mesma ocupar um novo cenário na APS. Além disso, com os resultados obtidos, pretende-se levantar propostas como transformação da prática, reorganização das consultas e reavaliação de conceitos como tomada de decisão, a fim de otimizar a utilização de recursos aplicados no controle da HAS e favorecer respostas às ações desenvolvidas, diminuindo a longo prazo o número de internações por complicações advindas do descontrole da PA.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

Investigar o acompanhamento de homens hipertensos pelos Serviços de Saúde da Atenção Primária para o controle da Pressão Arterial, a partir da relação dos fatores de risco modificáveis e de fatores sociodemográficos nos municípios de João Pessoa e Campina Grande.

1.3.2 Específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico e dos fatores de risco modificáveis dos hipertensos;
- Analisar a associação entre fatores de risco modificáveis e fatores sociodemográficos e o controle da pressão arterial
- Verificar como os homens hipertensos cadastrados compreendem a hipertensão arterial, os fatores de risco modificáveis e o seu controle;

2 MARCO TEÓRICO

2.1 CONDIÇÕES CRÔNICAS

O estabelecimento da longevidade da população tem elevado consideravelmente o número de doenças crônicas (DC) no Brasil e no mundo a medida que a idade avança, seja por influências dos hábitos de vida ou pelos processos fisiológicos naturais. Esse aumento nos anos de vida é impactado pela redução de mortes de crianças, que, comparadas às taxas de 1978, tem assumido uma representatividade de 18.329 crianças salvas todos os dias, tanto pela mudança no perfil socioeconômico como pela mudança no paradigma de pensar saúde (OMS, 2008).

No conjunto das DC se encontram tanto as transmissíveis como as não transmissíveis, alvos de ações e estratégias por parte de gestores e organizações de saúde no sentido de combatê-las. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas as degenerativas, tem representado a principal causa de mortalidade e incapacidade naqueles acometidos por elas, respondendo por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais. Os principais representantes desses óbitos são as doenças cardiovasculares (DCV), diabetes, obesidade, câncer e doenças respiratórias (OPAS, 2003).

O autor ainda destaca que essa realidade se apresenta mais frequente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento por apresentarem índices econômicos de baixa e média renda. Nesses países o processo de industrialização, urbanização e desenvolvimento econômico tem levado seus habitantes a operarem mudanças no estilo de vida, sobretudo nos hábitos alimentares, práticas de atividade física e no consumo de fumo, deixando-os predispostos a instalação de DC, entre elas a hipertensão arterial (HA).

Em novembro de 2003, no Rio de Janeiro, foi realizada uma reunião que contou com representantes do Ministério da Saúde (MS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS e da Organização das Nações Unidas, na qual apontaram as DCNT como responsáveis por 60% das mortes e incapacidade em todo o mundo, numa escala progressiva, podendo chegar a 73% de todas as mortes em 2020. Em 2001, no Brasil, as DCNT foram responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% de todas as hospitalizações registradas no Sistema Único de Saúde (SUS) (OPAS/OMS, 2004 apud ARAÚJO, 2011).

Com essa mudança no perfil populacional, novos desafios surgem, dentre eles a organização dos serviços de saúde, que busca atender a proposta levantada na Declaração de

Alma-Ata. Através dela os gestores de diversas nações assumiram o compromisso de cuidar da saúde com base nos valores da justiça social, do direito a saúde de melhor qualidade para todos e da participação e solidariedade, bem como investimentos no serviço. Esse compromisso e a acelerada revolução tecnológica, que multiplicou o potencial para melhorar a saúde, tem gerado uma sociedade de pessoas mais saudáveis, mais ricas e que vivem mais tempo do que há 30 anos (OPAS, 2005).

Esta realidade foi possível de ser alcançada pela organização que os países deram a Atenção primária à saúde (APS). Segundo a OPAS ela deve constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população (BRASIL, 2010a). Esta atenção tem levado a construção e o estabelecimento de programas por parte das esferas governamentais, que ofertam ferramentas para que os mesmos sejam operacionalizados na Atenção Básica (AB).

2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA EPIDEMIA EM ASCENSÃO

Ao longo dos anos, o homem tem vivenciado diversas mudanças no seu estilo de vida, como resultado da sua inserção em uma sociedade cada vez mais consumista e dinâmica. Esta exigência social faz com que o homem inclua em sua rotina: estresse, fumo, sedentarismo e alimentação excessivamente calórica, proporcionando condições para que as DCNT se façam mais presentes, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes.

A HAS é uma doença multifatorial, caracterizada por níveis tensionais elevados, associados às alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos como a hipertrofia cardíaca e vascular. Para seu diagnóstico, deve-se considerar, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, de lesões nos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as comorbidades associadas (LUCENA, 2010).

Como doença multifatorial tem associados vários fatores de risco à sua instalação, a destacar: idade, gênero, etnia, excesso de peso, obesidade, ingestão de sal, de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética e outros cardiovasculares, que podem se apresentar concomitantes ou não no mesmo indivíduo. Importante ressaltar que quanto maior o número de fatores de risco maior a chance de o evento ocorrer.

Caracterizada como uma condição clínica que não tem cura, a HAS precisa ser controlada mediante a instituição de um tratamento medicamentoso ou não. Esse último tem

como base a mudança nos hábitos de vida com ênfase nos fatores de risco modificáveis, que pode ser alcançada através de ações educativas, incluindo a restrição da ingestão de sal, combate a obesidade, aumento da atividade física, diminuição do estresse, implementação de dieta adequada, restrição da ingestão de gorduras saturadas, restrição da ingestão de álcool, e eliminação do tabagismo, esta última a mais poderosa mudança do estilo de vida isolada para a prevenção de DCV (BRASIL, 2006a; SBH; SBC; SBN, 2010).

Essas medidas, quando realizadas rotineiramente, promovem mudanças no estilo de vida do hipertenso, que assumem uma ação hipotensora estimada em 5 a 10 mmHg da pressão arterial sistólica (PAS), o equivalente à redução média do tratamento farmacológico em monoterapia (AMODEO et al., 2008).

Por se tratar de um agravo crônico e por todas as implicações na saúde do homem, a HAS constitui-se um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. No Brasil estima-se que cerca de 17 milhões de indivíduos sejam hipertensos, correspondendo a 35% da população de 40 anos e mais, com uma tendência ascendente, respaldada pela estimativa de que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras da hipertensão (BRASIL, 2006a).

Em função desse quadro se faz necessário o diagnóstico precoce da HA, condição difícil de ser alcançada porque na maioria das vezes ela é assintomática, fazendo com que os indivíduos não procurem os serviços de saúde (SS), e que cerca de 50% dos portadores deste agravo desconheçam sua condição. Além disso, outro quadro é relevante, haja vista que dos que se identificam como hipertensos 50% não se tratam, e dos que se tratam 50% não têm sua pressão sob controle (MARANHÃO et al., 1988 apud SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

Frente a essa realidade cabe aos profissionais de saúde da rede básica a realização de estratégias para o controle da hipertensão. Brasil (2011a) reforça esse intento destacando que com a cobertura da ESF nos municípios brasileiros promoveu-se o fortalecimento da AB, cujas atividades são desenvolvidas por meio do exercício de práticas de cuidado, gestão democrática e participativa sob a forma de trabalho em equipe.

2.2.1 Fatores de Risco Modificáveis

A população brasileira modificou seu perfil em relação aos hábitos alimentares e de vida, ficando cada vez mais exposta a riscos cardiovasculares, conseqüentemente ao

desenvolvimento da HAS, quando associados às alterações fisiológicas normais do envelhecimento. A causa exata para a hipertensão primária ainda é desconhecida, entretanto vários fatores vêm sendo estudados, como: história familiar, raça, idade, obesidade e dieta hipersódica ou gordura saturada, tabagismo, etilismo, sedentarismo, entre outros. Neste contexto Brasil (2006a) recomenda modificações no estilo de vida para a prevenção da hipertensão e mais eficácia no processo terapêutico.

O tabagismo, considerado um dos principais fatores para o desencadeamento da HAS, apresenta uma prevalência duas vezes maior em homens de baixa escolaridade, quando comparada ao grupo de escolaridade mais elevada (BRASIL, 2006b). Porém, independente desta condição, o grupo de fumantes é mais vulnerável às DCV, pulmonares, cânceres, entre outras que os não fumantes (CONASS, 2009b). OPAS (2003) em avaliação por Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial detectou que a PAS de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não-fumante, revelando o importante efeito hipertensivo transitório ocasionado pelo fumo.

O etilismo está freqüente em cerca de dois bilhões de pessoas no mundo. Responde por 3,2% de todas as mortes e a sua ingestão por período prolongado de tempo pode elevar a PA. Daí a recomendação de se limitar a ingestão de álcool para menos de 30 mL/dia para os homens e ao abandono do consumo de bebidas alcoólicas para aqueles que não enquadram nesses limites de consumo (CONASS, 2009b; SBH, SBC, SBN, 2010; OPAS, 2003).

O Sobrepeso/obesidade teve sua prevalência aumentada nas últimas décadas em praticamente todos os países do mundo ocasionado, principalmente, pela prática alimentar inadequada associada ao sedentarismo. Quando se incrementa $2,4\text{Kg/m}^2$ ao peso do indivíduo gera-se um fator de risco para a HAS mesmo em indivíduos ativos, pois esse aumento provoca uma alteração no metabolismo dos lipídeos e da glicose, condição que predispõe à instalação das DCV (BECK et al, 2011).

O sedentarismo, considerado uma condição de quem não realiza uma atividade física de pelo menos 10 minutos diário, constitui fator de risco para as DCV e para HAS. A melhor forma de combatê-lo é a realização da prática regular de atividade física associada à alimentação saudável e a eliminação do hábito de fumar. Quando isso ocorre torna-se uma condição fundamental para a prevenção de DC, além de propiciar benefícios físicos, sociais e mentais (OPAS, 2003).

2.2.2 Hipertensão Arterial e Gênero

O homem, socialmente definido como o ser forte, cuida-se menos que as mulheres, e em função disso acaba apresentando um quadro de morbimortalidade que lhe corta precocemente sua condição ativa, fato que passa despercebido em função das explicações que a própria sociedade construiu ao longo do tempo. Laurenti; Jorge; Gotlieb (2005) destacam que a menor sobrevivência masculina foi ou ainda é quase sempre aceita sem muita discussão e vista como resultado somente de fatores biológicos. Ainda destaca-se o fato de ser continuamente mencionado que o equilíbrio entre os sexos é dado por nascer e morrer mais homens em todas as idades.

É inegável a existência do fator biológico, porém, o enfoque de gênero não pode deixar de ser considerado quando se deseja caracterizar e analisar a saúde do homem.

Dados disponíveis no portal da saúde do MS (BRASIL, 2011b) revelam que homens vivem 7,6 anos menos que as mulheres, e mesmo que a expectativa de vida desses tenha aumentado de 63,20 para 68,92 anos de 1991 para 2007, ela ainda se mantém 7,6 anos abaixo da média das mulheres, conforme apontam os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). São três as principais causas de morte dos homens: doenças isquêmicas do coração, entre elas o infarto agudo do miocárdio, com um total de 49.128 durante o período de 1980 a 2005; tendo as doenças cerebrovasculares com 45.180 óbitos e os homicídios com 43.665 óbitos.

As doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares apresentam como principal fator de risco a HAS, uma condição que ainda é maior nos homens, apesar de manter níveis de prevalência quase iguais entre os dois sexos. Eles por sua vez procuram os SS menos que as mulheres, dado comprovado quando se busca estudos já realizados, onde o cadastro de hipertensos nas UBS é sempre menor no grupo masculino.

Gomes, Nascimento, Araújo (2007) afirmam que diversos estudos constatam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Mesmo as taxas masculinas assumindo um peso significativo no perfil de morbimortalidade, observa-se que a presença masculina nos serviços de APS é inferior a feminina.

Os mesmos autores ainda afirmam que o imaginário de ser homem pode aprisioná-lo em amarras culturais fortalecidas pelo ideário de virilidade, invulnerabilidade e fortaleza. Isso dificulta a adoção de práticas de autocuidado, pois a busca pelo SS numa perspectiva preventiva pode associá-lo à fraqueza, medo e insegurança. Essa associação pode aproximá-lo

das representações do universo feminino, implicando possivelmente desconfiança acerca da masculinidade socialmente instituída.

Dias (2010) corrobora afirmando que a despeito do homem se reconhecer vulnerável com relação ao processo do adoecimento e necessitar de cuidados, tanto quanto às mulheres, esses relegam a último plano o cuidado com a saúde, não atentando para os sinais que o precedem e, quando cientes da necessidade de se cuidar procuram os serviços, apresentam uma menor adesão ao esquema terapêutico por exigir mudanças de hábito e maior disponibilidade de tempo.

Esta adesão também deve ser contextualizada na acessibilidade e vínculo que o homem tem com o SS e o quanto ele atende as suas necessidades e interesse. Neste contexto, Brasil (2008b) destaca que as causas da baixa adesão aos serviços e as ações de saúde são constituídas pelas barreiras institucionais, uma vez que os serviços privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, e não para o homem. Esse privilégio faz com que ele se mantenha mais afastado dos SS. Destaca-se ainda, associado a essas condições, as barreiras socioculturais, dentre elas a posição de provedor, que serve de alegação para esse afastamento, pois o horário do trabalho coincide com o funcionamento dos serviços impedindo sua saída para a unidade de saúde, já que ela diminui sua produção.

Diante do exposto, observa-se que os homens priorizam mais seu tempo ao trabalho, e na aquisição de recursos para a sua manutenção e da família, não dispendo muito tempo aos estudos e as atividades físicas. Necessário se faz destacar que a baixa escolaridade e o sedentarismo são fatores de risco modificáveis e por isso devem ser foco de atenção por parte de gestores, profissionais e do próprio usuário, uma vez que trabalhar estes fatores requer mudança nos hábitos e estilo de vida, uma decisão pessoal, e que depende diretamente do desejo de mudar por parte do sujeito.

Farias (2011) em um estudo realizado com homens hipertensos detectou um perfil de idosos, fazendo uso principalmente do tratamento medicamentoso, com níveis pressóricos classificados de moderado a grave, baixo grau de escolaridade, raça/cor predominantemente amarela ou preta, na maioria sem companheira, apresentando pelo menos um fator de risco associado, sendo mais prevalentes os antecedentes familiares e sedentarismo. Dias et al. (2009), mesmo em estudo com ambos os sexos, encontrou resultados onde os homens apresentaram características semelhantes.

Para que os profissionais de saúde possam emitir uma resposta mais satisfatória, deve-se implementar as políticas de saúde voltadas para o grupo masculino, a fim de nortear a prática e levar a transformação dessa realidade.

2.3 CONTEXTUALIZANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Para Brasil (2007a), políticas públicas constitui o conjunto de diretrizes e referenciais ético-legais gestadas e implementadas pelo Estado para o enfrentamento dos problemas sociais, dentre eles os relacionados à saúde. Neste contexto se insere as Políticas Públicas de Saúde (PPS), como resposta do Estado no enfrentamento aos problemas vivenciados pela população que lhe altera a condição de saúde.

As PPS no Brasil, ao longo da sua história, sofreram modificações que foram essenciais para a consolidação do modelo de saúde vigente, que está voltado para o atendimento das necessidades da população em geral. Elas não surgiram em um momento estático, mas foram construídas no tempo, contextualizadas em cada período histórico, atendendo aos interesses econômicos, políticos e sociais. CONASS (2009a) afirma que a conquista de direitos no Brasil, como em outras partes do mundo, é resultado de longos processos de construção. Nessa construção diferentes atores sociais colocam na arena política seus interesses e suas necessidades, na maioria das vezes diferentes e conflitantes quando buscam o reconhecimento social deles, que são expressos em constituições ou leis.

Dentre os movimentos que se formaram, para se chegar à saúde como direito de todos e de cidadania, está a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que conforme destaca Amorim et al. (2010) propôs uma série de medidas que exigiam mudanças de ordem econômica, política e cultural. A RSB visava a melhoria dos níveis sanitários e a garantia do acesso oportuno aos SS, onde destacavam-se as propostas de universalização do sistema; o reconhecimento da saúde com direito do cidadão; descentralização do sistema para os demais níveis de governo, participação popular, e a igualdade e a integralidade da assistência.

Esse movimento, entre outras conquistas, fez surgir o SUS, considerado um *sistema* porque está formado por várias instituições das três esferas governamentais, e pelo setor privado contratado e conveniado como se fosse um só corpo; *único* porque adota os mesmos princípios doutrinários, filosóficos e organizativos em todo o território nacional, adotando a característica de ser universal, integral, descentralizado, racional, eficaz e eficiente e democrático (BRASIL, 2007a). Legitimado pela Constituição de 1988, e regulamentado dois anos depois pelas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, o SUS é constituído pelo conjunto de ações e SS prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao sistema (BRASIL, 1998).

2.3.1 Política de Atenção Primária à Saúde

A partir dos movimentos encampados, mediante as lutas pela reorganização dos SS, foram intensificados os debates internacionais sobre a APS, a fim de se quebrar o modelo hegemônico vigente, favorecer a transformação das práticas de saúde e melhorar as condições de saúde da população.

A base constituinte do SUS é a APS, que Brasil (2010a) define como um conjunto de valores que garante ao indivíduo o mais alto nível de saúde, com solidariedade e equidade; de princípios que envolvem responsabilidade governamental e participação social entre outros; bem como um conjunto indissociável de elementos estruturantes do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Na década de 90, devido ao arranjo federativo promovido pela Constituição Federal, foram marcantes no Brasil as mudanças na política nacional de APS e nos investimentos para ampliação do acesso à saúde. Enfatizou-se a municipalização, processo de descentralização político-administrativa com destaque para a APS na agenda setorial, numa perspectiva de reorganização do sistema, mudança do modelo de atenção e a busca pela consolidação dos princípios do SUS de universalidade e integralidade (CASTRO; MACHADO, 2010).

Para que a APS otimize a saúde, além de boa vontade e aplicação de recursos, se faz necessário que as ações sejam focadas, além da enfermidade individual, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham. Quando isso ocorre há o fornecimento de equidade no nível de saúde, conforme se adéqua a cada caso. Com isso ela constitui-se um nível de serviço que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, sendo uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema (STARFIELD, 2002).

O Brasil, buscando promover a Atenção Primária (AP), traçou políticas para fortalecer a AB, porta de entrada do SUS, que busca atender o indivíduo conforme os princípios da APS. Assim, através da portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, revoga a anterior Nº 648, DE 28-03-2006, que traz no seu texto a forma como a mesma deve ser operacionalizada.

...desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem

essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011b).

2.3.2 Estratégia de Saúde da Família e Programa HIPERDIA

Para atender a essa necessidade o MS implanta em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente transformado em estratégia e denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse modelo de assistência a atenção é centrada na família e estruturada em uma unidade de saúde cuja população adstrita está sob a responsabilidade de uma equipe multiprofissional, que volta suas ações para a promoção e prevenção da saúde. O vínculo do usuário com o serviço e a equipe é fortalecido pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), cuja presença na equipe constitui a principal diferença entre a atuação dessa estratégia e a atividade usual da UBS, centrada na questão curativa (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007; CONNIL, 2008).

As atividades da ESF estão calcadas no desenvolvimento de ações educativas e nas práticas da prevenção aos fatores de risco. Por isso o acompanhamento e controle da HA no âmbito da AB assumem relevante importância e, através da atuação integrada dos membros da equipe com seus níveis de competência bem estabelecidos, pode-se evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzir o número de internações hospitalares devido a esses agravos, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006b).

O programa de controle da HAS está inserido no plano de AB de assistência a Saúde do Adulto, que desenvolvido pela ESF tem a finalidade de: fornecer atendimento no controle da HA, identificar os fatores que são considerados de risco para o seu desenvolvimento, acompanhar o portador da hipertensão prestando assistência individualizada ou em grupo e promover o autoconhecimento do paciente (LIMA; GAZETTA, 2007).

Uma das estratégias utilizadas pelo MS para fortalecer este acompanhamento foi a implantação, em 2001, do Plano de Reorganização da Atenção aos portadores de HAS e Diabetes Mellitus (DM), com ênfase na rede de APS no país. Esse plano prioriza a confirmação de casos suspeitos; a elaboração de protocolos clínicos e treinamentos dos profissionais de saúde; a garantia da distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulina NPH; e a criação de um Sistema Informatizado de

cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos denominado Sis-HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA (CHAZAN; PEREZ, 2008).

O HIPERDIA é operacionalizado para realizar nas UBS o cadastro do paciente hipertenso e, com base nos dados gerados, traçar o perfil epidemiológico da área de abrangência da unidade cadastrante. A consolidação dos dados pela Secretaria Municipal de Saúde constrói o perfil municipal, e esses, enviados em rede e consolidados gera o perfil Estadual, e na seqüência, seguindo o mesmo procedimento pelos Estados Federativos, se constitui o Nacional. De acordo com Girotto; Andrade; Cabrera (2010), a identificação do número real de hipertensos de uma determinada área geográfica é fundamental para o planejamento de ações de promoção e atenção à saúde, a fim de favorecer o atendimento aos seus habitantes.

Porém o uso do HIPERDIA, mesmo como ferramenta secundária, para avaliação da qualidade da atenção prestada aos portadores de DM e/ou HAS ainda está longe de ser uma realidade municipal. Apesar de os dados serem produzidos no cotidiano dos serviços, no momento do contato entre médico e paciente, percebe-se que os dados são gerados sem o devido treinamento ou supervisão e sem o controle da sua qualidade. Além do mais, sua análise tem se restringido quase que só a nível federal, não havendo retroalimentação para o município, uma vez que esse deve fazer sua própria análise (CHAZAN; PEREZ, 2008).

Assim percebe-se que o HIPERDIA, sendo alimentado devidamente na ESF, poderia fornecer um conjunto real de dados - fidedignos - se os profissionais que o manuseiam, seja no preenchimento da ficha ou na digitação, fossem mais conscientes da importância das informações para a tomada de decisão.

Como instrumento de análise o HIPERDIA gera o perfil epidemiológico dos agravos diabetes e hipertensão, proporcionando uma oportunidade de se direcionar estratégias focadas para esses grupos. No tocante à hipertensão, o grupo masculino aparece com uma frequência menor que as mulheres, sendo assim ele fica descoberto das principais estratégias de ação, fazendo-se necessário um maior enfoque nas políticas traçadas de forma específica para atendê-lo.

2.3.3 Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem - PNAISH

O MS, reconhecendo que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública, implementou a PNAISH. Ela foi desenvolvida em parceria com os gestores do SUS, sociedade científica, sociedade civil organizada, pesquisadores e

acadêmicos, alinhada com a Política Nacional de AB. Essa política tem como propósito buscar o fortalecimento de estratégias de humanização, serviços em redes, cuidados à saúde e ações norteadas para atender o sexo masculino de maneira a estimular o auto cuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é direito de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008b).

Essa política está inserida no contexto do Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, lançado em 2007 pelo MS para promover um novo padrão de desenvolvimento focalizado no crescimento, bem-estar e melhoria das condições de vida do cidadão brasileiro. Encontra-se regida pelos princípios da universalidade e equidade nas ações e serviços, humanização e qualificação da atenção à saúde, co-responsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida desse grupo. Ainda está orientada pelas diretrizes da integralidade, organização dos serviços públicos de saúde, da implementação hierarquizada da política com foco na ESF, de reorganização das ações de saúde e integração da execução da PNAISH às demais políticas, programas, estratégias e ações do MS (JULIÃO; WEIGEL, 2011).

Desta forma, o MS visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção, fazendo com que essa população acesse o sistema de saúde por meio da atenção primária. Para atender a esse propósito se faz necessária a adoção de mecanismos de fortalecimento e qualificação, para que a assistência à saúde não se restrinja à recuperação e garanta, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis (BRASIL, 2008b).

Outro estímulo para o MS implantar a PNAISH é a resistência masculina para acessar os serviços de AP, centrada no pensamento mágico de que é um ser invulnerável. Com esse pensamento ele rejeita a possibilidade de adoecer, causando sobrecarga financeira à sociedade, além de sofrimento físico e emocional para si e sua família. Esta postura o mantém afastado das medidas preventivas e como resultado torna-se vítima de diversas patologias, contribuindo para o aumento do número de internações por tumores, causas externas e DCV. Essa última responde por 26,8% de óbitos na faixa etária de 25-59 anos. A política prioriza a AB com foco na ESF, e busca, pela responsabilização dos três níveis de gestão e controle social, a articulação interinstitucional, em especial o setor de educação, como promotor de novas formas de pensar e agir (CONASS, 2009b).

A PNAISH tem como objetivo, além de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, reduzir a morbimortalidade desse contingente através do enfrentamento dos fatores de risco. Para tanto se deve facilitar o acesso às ações e aos

serviços de assistência e mobilizar a população masculina para lutar pelo seu direito social à saúde, a fim de atuar como protagonistas de suas demandas (CONASS, 2009a; 2009b).

2.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A avaliação é uma atividade aplicada em todos os campos e que tem acompanhado a própria história. É parte inerente do processo de aprendizagem, pois propicia a quem se apropria do processo vivenciar novas experiências e transformar outras já existentes.

Com um caráter polissêmico, o termo avaliar para Campos et al. (2006) assume a aplicação de emissão de juízo de valor sobre uma dada intervenção (programa, serviço, outros) com critérios e referenciais explícitos, utilizando-se de dados e informações construídas ou já existentes, visando à tomada de decisão. Gaioso (2007) destaca que em função desse caráter decisório deve ser desenvolvida por todos que estão envolvidos no processo e na execução das ações necessárias para atingir determinado fim, ou seja, no caso da saúde gestores e profissionais.

Desde a década de 90, com a implantação do SUS e a inclusão da saúde como um capítulo específico na constituição brasileira, o Brasil tem buscado avançar nos modelos de saúde com foco na APS, e as iniciativas adotadas perpassam pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, PSF, ESF, todos ancorados na política nacional de AB, que traz no seu piso a forma de distribuir recursos para a reorganização do modelo e dos SS.

A reorganização e reorientação do modelo de saúde vigente no território brasileiro foi uma necessidade premente que impulsionou uma nova forma de pensar e fazer saúde, porém tão importante quanto sua organização é a avaliação da qualidade dos serviços existentes na APS, seja do ponto de vista estrutural como funcional. Dentro dessa premissa, Brasil (2005) afirma que o processo avaliativo deve constar de pactuação de objeto e objetivos, para que se possa chegar a uma tomada de decisão, e através dela efetivar uma mudança nos serviços. Mas isso só é possível se houver foco na equidade e compromisso entre os diversos atores.

Uma vez que os SS atendem às necessidades emanadas de uma sociedade, eles devem ser organizados de modo que, com os conhecimentos científicos de profissionais e gestores e os recursos existentes, possam atender as suas atribuições: a promoção, a prevenção, a assistência e a reabilitação. Campos (2005) aponta que ao se prestar atenção à saúde deve-se buscar otimizar seus efeitos desejáveis e minimizar os seus efeitos indesejáveis, para poder responder às expectativas e necessidades manifestas dos usuários.

A diversidade de ações e assistência com que é dotado o SUS implica também numa grande pluralidade de atores que vivenciam o cuidar, seja na sua produção, seja como seu receptor, e este cenário de assistência requer uma avaliação mais ampliada. Paim (2005) destaca que nos dias atuais ela cobre um amplo espectro de objetos: políticas, sistemas, planos, programas, projetos, estabelecimentos, serviços, práticas, ações, atividades e tecnologias. Por essa pluralidade, tem sido alvo de pesquisadores, cujo foco de investigação tem sido as seguintes dimensões: eficácia, efetividade, impacto, eficiência, qualidade, satisfação/percepção dos usuários, acessibilidade, equidade, cobertura e análise de implantação de programas.

Santos e Merhy (2006) destacam que a avaliação é parte fundamental do planejamento e da gestão do sistema de saúde, e por isso um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. Tendo esse perfil, ela não deve ser entendida como um processo de julgamento, mas sim um contribuinte capaz de gerar mudanças. Segundo Campos (2005), ela deve ser entendida com um fim em si mesmo, todavia deve ser acompanhada por propostas que incitem a implementação de mudanças.

Entender a APS dentro dos sistemas de saúde é buscar compreender a sua complexidade através da oferta de serviços, de profissionais qualificados e de uma estrutura física que mantenha os princípios doutrinários do SUS, quando essa busca adequar-se às mudanças que ocorrem no perfil epidemiológico da população. Starfield (2002) destaca que a saúde só será otimizada na atenção primária, quando se deixar de focar apenas a enfermidade individual e se passar a focar a saúde das pessoas no meio social e físico, no seu cotidiano de vida e trabalho. Para isso a avaliação da APS deve passar pelo nível real do alcance de seus resultados, baseados no grau de melhoria de uma época para outra, nos pontos de acessibilidade, continuidade da assistência, integralidade, coordenação e atenção personalizada.

Esses pontos, quando atendidos de forma satisfatória, reforçam o papel da APS em resolver a maioria dos problemas de saúde da população, sem limitar-se somente à provisão de serviços individuais de saúde e só referenciando para níveis mais complexos aqueles usuários que necessitam de atenção especializada. Esta postura, como aponta OPAS (2006), possibilita a influência de suas ações nos âmbitos políticos, sociais, econômicos e ambientais que integram o desenvolvimento humano sustentável e reforça a importância da participação da comunidade na melhora de suas condições de vida. Esse conjunto de ações, através de seus

resultados, evita intervenções especializadas desnecessárias, que além de mais caras podem provocar efeitos adversos ou indesejáveis.

Diversos pesquisadores têm desenvolvido estudos sobre avaliação da APS, contemplando áreas específicas de assistência ou de indicadores de saúde. Brasil (2005) descreve a avaliação como componente da gestão em saúde, a partir das múltiplas aplicabilidades nas dimensões do SUS, com o propósito fundamental de dar suporte aos processos decisórios através da identificação de problemas, de reorientar ações e serviços, propiciar a incorporação de novas práticas sanitárias e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

Entretanto, para que a avaliação possa atender aos seus objetivos, faz-se necessário que haja um envolvimento de todos que compõe o sistema, desde a comunidade até os gestores, bem como entendimento de como e para o que se deseja o intento. Isso requer esforços fundamentais na criação de instrumentos e estratégias, além da construção de parcerias para reforçar a capacidade técnica coletiva.

Nesse contexto, Brasil (2005) recomenda:

...que a institucionalização da avaliação deve estar vinculada à elaboração de uma política de avaliação de políticas e programas no âmbito do SUS, da qual a política de monitoramento e avaliação da atenção básica deve fazer parte, sendo muito importante, em sua formulação, o envolvimento dos diversos atores (profissionais de saúde, usuários do sistema, gestores, técnicos e pesquisadores), a definição clara de suas responsabilidades e as formas de financiamento dos processos de avaliação.

As diversas vertentes de avaliação, geradas pelos interesses de quem se propõe a avaliar, determinam a necessidade de se estabelecer uma forma de padronizar ou direcionar os passos da avaliação dos serviços. Serapione (2009) afirma que a constatação da alta variabilidade das práticas assistenciais e dos custos nem sempre referentes a fatores epidemiológicos ou clínicos, desponta como um importante estímulo para introdução da avaliação sistemática da qualidade da atenção à saúde.

Diante dessa necessidade o MS lança no ano de 2005 o Programa Nacional de Avaliação dos SS, cujo objetivo principal é a avaliação dos SS do SUS. Como aponta Brasil (2007c), tal avaliação busca a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade dos serviços, em suas diferentes dimensões: qualidade da assistência oferecida, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos. Sendo por isso considerado importante instrumento de apoio à Gestão do SUS.

A partir desse programa muitas iniciativas de avaliação foram instituídas, pois ele incentiva o uso dos sistemas de informação e dos indicadores de saúde como ferramentas de análise da qualidade dos serviços. Contudo, como destaca Santos Filho (2007), mesmo que os indicadores traduzam uma quantificação de informações, onde se busca a precisão e exatidão do que se quer medir, a experiência cotidiana mostra que é bastante comum o desenvolvimento de projetos/ações nos níveis locais sem que sejam previstas etapas e critérios de análises de seu desempenho e resultados.

O resultado destas experiências, ou seja, com resultados isolados e pontuais, mobiliza mais uma vez MS para a criação do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS onde se propõe avaliar o desempenho dos sistemas de serviços de saúde componentes do SUS, visando encontrar a qualidade pregressa recente e, ao mesmo tempo, subsidiar os gestores municipal, estadual e federal a imprimirem mais qualidade a esses sistemas, para que estes possam ter como macro objetivo a defesa e a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Destaca-se que o programa leva em consideração a importância de serem avaliados os aspectos do acesso às ações e serviços, em todos os níveis da atenção, assim como a satisfação dos usuários (BRASIL, 2011c).

É importante ressaltar que, independente do instrumento de avaliação, os serviços devem ser avaliados sob dois aspectos: o estrutural e o processual. No primeiro se avalia as características dos recursos empregados na atenção à saúde, e no segundo as atividades desenvolvidas no SS, para atender as demandas dos usuários/comunidade. Starfield (2002) pontua que no processo avaliativo condições estruturais, melhoras organizacionais e questões de desenvolvimento profissional devem ser consideradas na oferta de atenção primária de alta qualidade.

E para que esse processo ocorra da forma mais objetiva possível deve ser desenvolvido por técnicos que tenham uma postura imparcial com relação ao objeto de avaliação. Para tanto Araújo (2012) afirma que a avaliação deve ser conduzida em duas vertentes: uma conduzida por um especialista externo à instituição analisada e a outra por um processo interno de autoavaliação. No entanto deve-se ter clareza que essas duas dimensões traduzem, além de divergências metodológicas e teórico-conceituais, claras implicações políticas e gerenciais.

Nesse contexto é imperativo ter consciência de que ao se adotar um sistema de avaliação para os SS, deve-se buscar descobrir qual o alcance da efetividade dos serviços ofertados a população e se estes - enquanto política de APS - atendem as necessidades por elas emanadas, independente de influências políticas, econômicas ou gerenciais. Em defesa de

um sistema de assistência equânime Starfield (2002) declara que um sistema de saúde com forte referencial em APS é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade social.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Para a realização desse estudo foram empregados aspectos de duas principais abordagens metodológicas, a quantitativa e a qualitativa. As mesmas trazem contribuições específicas para a ciência e se contemplam, pois enquanto a quantitativa explica sob a forma numérica o impacto dos fenômenos estudados para a população, a qualitativa busca a compreensão dos significados que eles representam para a população, e assim, as duas estando aliadas conseguem preencher lacunas deixadas. GÜNTHER (2006) corrobora afirmando que explicação e compreensão dependem uma da outra, é impossível a existência delas em separado, por isso o pesquisador não deve escolher entre um método ou outro, mas utilizá-los à medida que se adéquem à questão da pesquisa.

Codato e Nakama (2006) afirmam que os métodos quantitativos permitem avaliar a importância, gravidade, risco e tendência de agravos e ameaças, através de probabilidades, associações estatisticamente significantes, importantes para se conhecer uma realidade. Turato (2005) destaca que o enfoque qualitativo emprega instrumentos para buscar o significado que os fenômenos da doença e da vida têm sobre os sujeitos, em torno dos quais eles organizarão suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde, o que, com a aplicação da análise do discurso na perspectiva de Fiorin (2005), há a possibilidade de uma aproximação com os significados que os entrevistados atribuem ao fenômeno estudado, explicando condições ou situações que não ficaram claras.

Nessa mesma linha de entendimento, para Richardson (2010), o método quantitativo pode ser caracterizado por empregar quantificação sobre a coleta de dados e sobre o tratamento dos mesmos pela utilização de técnicas estatísticas que garantam a precisão dos resultados, evitem distorções de análises e interpretações, e possibilite uma margem de segurança quanto às inferências. Já o método qualitativo busca a compreensão mais detalhada dos significados e características apresentados pelos entrevistados, que tem relação direta com o fenômeno estudado.

3.1 ANTECEDENTES DA PESQUISA

Para a realização deste estudo foi utilizada a base de dados das pesquisas desenvolvidas por Paes (2008, 2009a, 2009b). Esse estudo tem um caráter observacional, de coorte retrospectiva, realizada nos anos 2009, 2010 e 2011 em pacientes adultos hipertensos,

acompanhados nas UBS através de dados coletados no sistema HIPERDIA (2006), prontuários (2008, 2009 e 2010) e entrevistas (2009, 2010 e 2011) através das quais se avaliava o ano anterior. A coleta dos dados se deu nos municípios de Campina Grande (CG) e João Pessoa (JP) no estado da Paraíba. Essas pesquisas, dentro do seu bojo estrutural, prevêm também a investigação de abordagem qualitativa, que foi realizada em 2012, onde se buscou junto aos sujeitos explicações para os resultados encontrados. Assim, o estudo se desenvolveu através das duas abordagens metodológicas: a quantitativa e a qualitativa.

As variáveis utilizadas do questionário de PAES (2008, 2009a) foram: condição de acompanhamento, peso, altura, pressão arterial, idade, situação conjugal, escolaridade, Raça/cor, ocupação, tabagismo, sedentarismo, sobrepeso/obesidade e etilismo, como condições auto-referidas pelos entrevistados.

O município de CG está localizado na Microrregião CG e na Mesorregião do Agreste Paraibano do Estado da Paraíba, distando da Capital do Estado aproximadamente em 113 km. Apresenta uma área territorial de 594,179 Km² e possui uma densidade demográfica de 648,3 hab./Km². Sua população, no ano de 2008 era de 381.422 habitantes, destes 181.455 (47,6%) do sexo masculino, e em 2011 passou para 385.213 habitantes, sendo 182.205 (47,3%) do sexo masculino. Constitui a segunda cidade mais populosa do Estado, considerada um dos principais pólos industriais e tecnológicos da região nordeste, bem como uma das cinco cidades com maior produto interno bruto (CPRM, 2005; IBGE, 2011; MELO, 2011; BRASIL, 2008a).

A organização dos sistemas de saúde desse município encontra-se em gestão plena de sistema e para atender a sua população possui 231 estabelecimentos de saúde, dos quais 77 são públicos e 154 são privados. O município apresentou no ano de 2010, no grupo masculino, 280 óbitos por doenças do sistema circulatório. Segundo o sistema de informação da atenção básica (SIAB) (2008), o município de CG possui 70 equipes de saúde na área urbana até dezembro de 2007, distribuídas em seis Distritos Sanitários, com um total de 17.658 hipertensos cadastrados. Com a expansão de unidades de saúde da família a partir do ano de 2008, atingiu em março de 2011, 92 equipes, totalizando 85% de cobertura populacional (MELO, 2011).

O município de JP, Capital do Estado, apresenta uma área territorial de 211,474 Km² e possui uma densidade demográfica de 3.421,30 hab./Km². Sua população em 2008 era de 693.082 habitantes, destes 325.280 (46,9%) eram indivíduos do sexo masculino. Em 2011 seu contingente populacional atingiu 723.515 habitantes, dos quais 337.783 (46,7%) homens. No tocante a organização dos sistemas de saúde, encontra-se em gestão plena de sistema, e para

atender a sua população possui 446 estabelecimentos de saúde, dos quais 152 são públicos e 294 são privados. O município apresentou no ano de 2010, no grupo masculino, 365 óbitos por doenças do sistema circulatório (BRASIL, 2008a; IBGE, 2011).

A rede de atenção municipal de saúde está estruturada da seguinte maneira: atenção básica, especializada e a hospitalar. A AB está formada por 180 Equipes de Saúde da Família. A rede especializada está composta por três Centros de Atenção Integral a Saúde Especializada um Centro de Referência para o Idoso, quatro UBS, um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS, um CAPS, um CAPSi e um CAPS III. A rede hospitalar é composta predominantemente por hospitais públicos, sendo quatro municipais, cinco estaduais e um universitário, mas conta também com quatro hospitais filantrópicos e seis privados. A cobertura da ESF no município de João Pessoa, em 2009 alcançou 88,8%, atendendo a 623.787 habitantes. No tocante a hipertensão, segundo SIAB, o índice de cobertura até 2008 era de 43.953 hipertensos cadastrados (ANDRADE, 2011; ARAÚJO, 2011).

Os dois municípios encontram-se demarcados territorialmente sob a forma de Distritos Sanitários, com o objetivo de organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir à população acesso aos serviços básicos, como também aos especializados e a assistência hospitalar. Para cada distrito existe um diretor responsável pelo controle das atividades de saúde executadas nas respectivas dimensões geográficas (SILVA, C.S, 2011)

Neste estudo foi utilizado o quantitativo de homens hipertensos, que permaneceram nas pesquisas de Paes (2008, 2009a) até 2011, constituindo um total de 75 indivíduos para João Pessoa (JP) e 69 para Campina Grande (CG). A amostra obtida para a pesquisa de Paes (2008), que teve como unidade primária as Unidades de Saúde (conglomerados) e como unidade secundária os usuários cadastrados no HIPERDIA em 2006/2007 (sorteio sistemático). No cálculo da amostra foi adotado um Nível de Confiança de 95%, $\alpha=5\%$ e $\epsilon=3,5\%$. Essas referências foram aplicados para cada município individualmente, totalizando uma amostra inicial de 381 para Campina Grande, com 88 homens, e 343 para João Pessoa, sendo 90 indivíduos do sexo masculino (PAES, 2008; ANDRADE).

3.2 ABORDAGEM DE ENFOQUE QUANTITATIVO

Por tratar-se de uma pesquisa que utiliza dados secundários, se faz referência ao questionário adaptado por Paes (2008) para trabalhar com hipertensão a partir do instrumento

adaptado por Villa e Ruffino-Neto (2009) para estudo com tuberculose, que por sua vez teve como referência o instrumento adaptado e validado por Almeida e Macinko em 2006 para avaliar a atenção primária à saúde no Brasil aplicado no município de Petrópolis/RJ. Esses instrumentos tiveram como base os instrumentos componentes do *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, desenvolvidos na Universidade de Johns Hopkins, formulados e validados por Bárbara Starfield para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, como EUA e Canadá (STARFIELD, 2000).

O questionário utilizado por Paes (2008) (ANEXO A) consolida informações que possibilitou a escolha das variáveis que compuseram este estudo. As informações sobre sexo, raça, idade, tabagismo, sedentarismo, sobrepeso/obeso, situação conjugal e escolaridade foram colhidas da ficha de cadastro do HIPERDIA (ANEXO B). Também são apresentados dados transcritos do prontuário do paciente existentes nas UBSs, referentes à condição de acompanhamento e, ainda, dados coletados durante a entrevista com o paciente, que reforçam as informações sobre os dados sócio-demográficos já citados, acrescidas de ocupação, renda e fatores de risco, incluindo neste último etilismo.

3.2.1 Base dos Dados

A montagem do banco de dados nesse trabalho encontra-se estruturada em três blocos: dados sociodemográficos, fatores de risco modificáveis e tipo de acompanhamento. Os mesmos foram categorizados para que sejam avaliadas apenas duas respostas para cada situação, a fim de atender ao método de tomada de decisão adotado: Regressão Logística Binária. A dicotomização das variáveis e a forma como serão avaliadas no estudo estão dispostos de acordo com as definições a seguir:

3.2.1.1 Dados Sociodemográficos

a) **Faixa etária:** em virtude da HA ser mais freqüente no grupo de idosos, e o MS considerar idoso aqueles maiores que 60 anos, foi feita a categorização em dois grupos: $\leq de 60\text{ anos}$ e $> 60\text{ anos}$.

b) **Situação conjugal:** como essa variável diz respeito à presença ou não de um companheiro, ou de um familiar, e considerando-se a importância de uma companhia na vida do homem, a mesma está definida, para melhor entendimento do estudo, em *convive com alguém* (Convive c/ companheiro(a) e filho(a); Convive c/ companheiro(a) c/ laços conjugais

e s/ filho(a); Convive c/ companheiro(a) c/ filho(a) e outros familiares; Convive c/ familiares s/ companheiro(a); Convive c/ outras pessoas s/ laços consangüíneos e/ou laços conjugais) e vive só.

c) **Escolaridade:** variável que têm importância fundamental para o trabalho educativo na AB, e que, normalmente, encontra-se nas regiões urbanas periféricas níveis baixos, fazendo com que trabalhos voltados para orientação encontrem certa dificuldade na sua efetivação. Por este motivo esta variável desponta como um importante indicador para avaliar o entendimento do paciente sobre o agravo, tratamento e forma de condução. No questionário ela está apresentada com várias subdivisões, e para uma melhor apresentação, ela foi dicotomizada em *analfabeto* (sem nenhum estudo) e *educação básica/superior* todas as outras condições de estudo pela qual o indivíduo tenha passado (Alfabetizado, Ensino fundamental incompleto, Ensino fundamental completo, Ensino médio incompleto, Ensino médio completo, Ensino superior incompleto, Ensino superior completo, Especialização/Residência, Mestrado, Doutorado)

d) **Raça/cor:** por ser a HA mais freqüente na raça negra, e o Brasil ser muito miscigenado, se adotou duas categorias para este item: *branca* e *não-branca*, essa última compondo pardo, amarelo, negro e indígena

e) **Ocupação:** considerando que essa é uma condição que mantém os homens mais afastados dos serviços de saúde (SS), e que caracteriza a sua capacidade produtiva, se faz uma apresentação em duas condições: *com ocupação* (Empregado contribuinte, Empregado não contribuinte, Autônomo Contribuinte, Autônomo não contribuinte) e *sem ocupação* (desempregado, Do lar contribuinte, Do lar não-contribuinte, Aposentado, outro)

f) **Renda:** no estudo esta variável foi utilizada para avaliar o poder aquisitivo do usuário e a influência no seu estilo de vida, sendo assim a mesma é apresentada, mediante a soma de todas as rendas do indivíduo, em ≤ 2 salários mínimos e > 2 salários mínimos.

3.2.1.2 Fatores de risco modificáveis

Os fatores de risco modificáveis elencados no instrumento serão apresentados na forma dicotômica, uma vez que, para se trabalhar associação de variáveis a partir de uma tabela 2 x 2 as respostas só podem ter duas respostas: sim ou não. Desta forma as mesmas foram desmembradas obedecendo aos critérios adotados pelo MS.

a) **Tabagismo:** como a inalação de monóxido de carbono não tem níveis aceitáveis de concentração no organismo, é considerado tabagista o indivíduo que consome 01 ou mais

cigarro por dia, desta forma a condição estabelecida para a variável é *Tabagista e Não tabagista*.

b) **Sedentarismo:** a prática de atividade física regular diária ou alternada é uma das condições para manter o corpo saudável. Desta feita foi considerado sedentário aquele indivíduo que pratica menos de 30 minutos de qualquer atividade aeróbica em três dias por semana, ou que não fazem esforço físico pesado em casa ou no trabalho. A variável se apresentada como *Sedentário e Não sedentário*.

c) **Sobrepeso/obesidade:** A relação de peso e altura é um parâmetro que determina a partir do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) como se encontra o organismo do indivíduo com relação ao peso. Assim é considerado indivíduo com sobrepeso/obesidade, aquele que pelo IMC está entre 25 e 29,9 para a primeira condição e acima de 30 para a segunda. Desta forma se adotou *sobrepeso e Não sobrepeso/obesidade*.

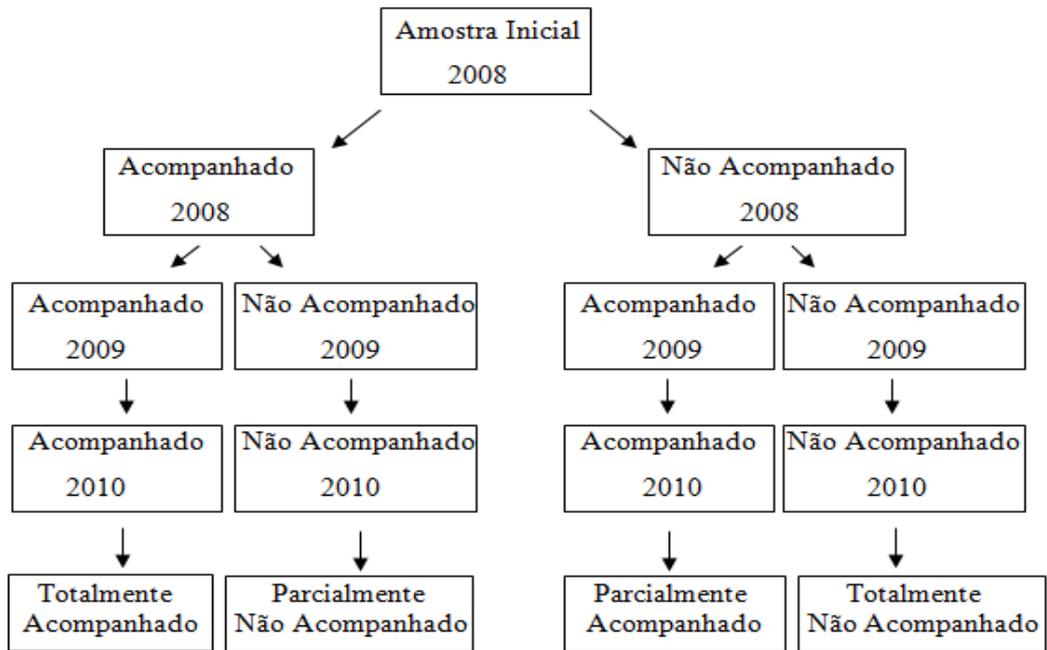
d) **Etilismo:** O consumo de bebida alcoólica é uma prática aceita socialmente entre amigos e durante a realização de encontros, porém o uso contínuo e abusivo leva a condição de alcoolismo. Por isso é considerado alcoólatra aquele que ingere bebida alcoólica diariamente. A variável definida é *Etilista e Não etilista*.

3.2.1.3 Tipo de acompanhamento

De acordo com as diretrizes do MS no tocante programa HIPERDIA é considerado acompanhado o paciente hipertenso que tenha três ou mais consultas no ano, com a devida aferição e registro da PA no prontuário médico (SBH; SBC; SBN, 2006). Como na pesquisa de Paes (2008, 2009), o usuário tem dados de acompanhamento nos anos 2008, 2009 e 2010, sem necessariamente manter a mesma condição, e pela migração de uma condição para outra, ele pode apresentar quatro condições de acompanhamento (Figura 3.1).

Em seu estudo, Andrade (2011) observando dois anos 2008/2009, também encontrou quatro tipos de acompanhamento, mediante a avaliação dos registros do prontuário do usuário no ano referenciado.

Figura 3.1 - Condição de acompanhamento dos homens hipertensos cadastrados no HIPERDIA dos municípios de João Pessoa e Campina Grande nos anos de 2008, 2009 e 2010



A condição de acompanhamento está definida como:

Totalmente Acompanhado: usuário que nos três anos apresentou no seu prontuário três ou mais consultas com PA registradas em cada ano;

Totalmente Não Acompanhado: aquele que, nos três anos da pesquisa, apresentou menos de três consultas com PA registradas por ano em seu prontuário;

Parcialmente Acompanhado: aquele usuário hipertenso que quando observado no período da pesquisa em pelo menos um dos anos não consta registro de 3 consultas.

Parcialmente não acompanhado: aquele usuário hipertenso que durante o período da pesquisa apresentou pelo menos um ano com acompanhamento.

Em virtude de a amostra já apresentar um tamanho com certo limite, e para se evitar fracionamentos da mesma ao se avaliar os usuários sobre a condição de acompanhamento em função do tempo, adotou-se como critério de avaliação nesse estudo a frequência com que o mesmo foi acompanhado, classificando assim em:

Acompanhado: o que apresentar três anos consecutivos de acompanhamento

Não acompanhado: aquele que apresentar pelo menos um ano sem acompanhamento, não importando sua localização no tempo.

3.2.2 Qualidade dos Dados

Para dar suporte e credibilidade a uma pesquisa os dados precisam ter qualidade na coleta, no registro e na consolidação, uma vez que a sua análise gera a produção de informações que levam a tomada de decisão. Dessa forma os dados das pesquisas de Paes (2008, 2009a) foram tratados referentes aos indicadores sociodemográficos e aos fatores de risco modificáveis, para todos os homens entrevistados.

Para avaliação da qualidade dos dados, antes de eles serem liberados para estudos, na base de dado original foi realizado uma apuração nos registros a fim de se detectar anomalias (duplicidade ou omissão de indivíduos) e erros de digitação. Posteriormente foi checado todo o banco, ano a ano, para identificação dos dados válidos e a ausência de informações (*missing values*), levando-se em conta duas condições:

Perda do indivíduo: Quando no banco de dados há informações do indivíduo referentes ao HIPERDIA e prontuário, mas o mesmo não foi entrevistado, por apresentar uma das condições: internação, mudança de endereço, recusa ou óbito.

Perda de informação: No banco de dados há informações do indivíduo do HIPERDIA, do prontuário e da entrevista, mas, por algum motivo, alguma informação ficou faltando.

Nesse último caso, a partir da base de dados original, foi avaliada a necessidade de imputação de dados. Com a confirmação dessa necessidade foi feita a inserção da informação faltosa utilizando técnica simples de imputação (acréscimo do dado faltante uma única vez), utilizando a média para renda, moda para raça e ocupação e dados do Hiperdia para tabagismo, sedentarismo e etilismo. Nunes, Kluck e Fachel (2009) afirmam que perda de informações, tanto nos preditores como no desfecho, pode resultar em problemas sérios na análise dos dados.

Com os dados devidamente qualificados eles foram analisados e receberam tratamento estatístico pelo programa de pacote estatístico para as ciências sociais (SPSS) versão 13.0.

3.2.3 Estratégia de Análise dos Dados

Uma das preocupações desse trabalho foi a validação dos dados, já que para isso ocorra os mesmos devem receber tratamento estatístico, através de métodos que dêem aos resultados expressão estatística e possam subsidiar a tomada de decisão. Moreira (2012) destaca que a qualidade das informações é freqüentemente medida por sua incompletude, ou seja, por dados perdidos, ou não informados.

3.2.3.1 Análise das perdas da amostra

No decorrer das pesquisas de Paes (2008, 2009a) a amostra apresentou perdas decorrentes de mudanças, hospitalizações, óbitos, recusas e outros, o que é normal de ocorrer em qualquer estudo temporal uma vez que não se consegue manter o controle absoluto da amostra.

Moreira (2012), para minimizar esse problema, utilizou técnicas de imputação, adotando para isso quatro métodos: Substituição por um Valor de Tendência Central, Hot deck (no qual busca-se o indivíduo com as características mais semelhantes e imputa-se o dado adotando o pareamento), Estimativa de Máxima Verossimilhança e Regressão Logística Multinomial.

No Quadro 3.1 encontram-se os resultados das perdas na coorte de hipertensos, para o quantitativo de homens e mulheres de cada município, ocorridas no período de 2008 para 2009 (Perda de 7,4% para CG e de 10,8% para JP) e deste para 2010 (perdas simultâneas de 6,5% para ambos municípios).

Quadro 3.1 - Demonstrativo das perdas na coorte dos hipertensos de João Pessoa e Campina Grande, 2008-2010

Município	João Pessoa						Campina Grande					
	2008		2009		2010		2008		2009		2010	
Ano	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Situação	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem perda	343	100,0	306	89,2	286	83,4	382	100,0	354	92,9	331	86,6
Perda	0	0,0	37	10,8	57	16,6	0	0,0	27	7,1	51	13,4
Total	343	100,0	343	100,0	343	100,0	382	100,0	381	100,0	382	100,0

Fonte: Paes (2008; 2009a)

No grupo masculino, variável de interesse neste estudo, as perdas ocorridas fizeram com que as amostras dos municípios de CG e JP passassem respectivamente de 88 para 69 homens (perda de 22%) e de 90 para 74 (perda de 17%). Destaca-se que, os homens em função de suas atividades laborativas e ausentarem-se de casa mais que as mulheres, estão sujeitos a apresentar mais perdas que as mesmas. No quadro 3.2 estão especificados o quantitativo em termos absolutos e relativos às perdas e suas respectivas causas ocorridas na coorte de hipertensos.

Quadro 3.2 - Demonstrativo dos tipos de perdas da amostra masculina na coorte de hipertensos, 2009-2010

Município	João Pessoa				Campina Grande			
	2009		2010		2009		2010	
Período	N	%	n	%	n	%	N	%
Tipo de Perdas								
Óbito	2	28,6	3	18,8	1	09,1	3	17,6
Mudança	1	14,3	9	56,3	6	54,5	11	64,7
Recusa	0	0,0	1	06,3	1	09,1	0	00,0
Outros	4	57,1	3	18,8	3	27,3	3	17,6
TOTAL	7	100,0	16	100,0	11	100,0	17	100,0

Fonte: Paes (2008, 2009a)

Com a diminuição da amostra fez-se necessário uma análise prévia para identificar se a amostra final do estudo seria representativa da população de usuários do sexo masculino cadastrados no HIPERDIA dos municípios em estudo. Para tanto se fez uso do indicador proporção populacional, para se criar um intervalo de confiança (IC) a partir da diferença entre as duas proporções populacionais (população de cadastrados e amostra do estudo).

Para a construção do IC foi utilizada a proporção de homens da população de cadastrados no SIAB, a qual foi da ordem de 0,36 e a proporção de homens da amostra do estudo de 0,26. Assim sendo, para construção de IC para a diferença entre duas proporções populacionais aplicou-se a seguinte fórmula (DANIEL, 2005):

$$(p_1 - \hat{p}_2) \pm z_{(1-\alpha/2)} \sqrt{\frac{p_1(1-p_1)}{n_1} + \frac{\hat{p}_2(1-\hat{p}_2)}{n_2}}$$

Onde:

p_1 = Proporção de homens da população total

\hat{p}_2 = Proporção de homens da população do estudo

n_1 = População total de homens hipertensos cadastrados

n_2 = População de homens hipertensos do estudo

z = Parâmetro de normalidade adotado

Com a aplicação da fórmula, utilizando-se um intervalo de confiança de 99%, foi gerado um IC de - 0,007 e 0,127, o qual contém o valor zero, o que implica dizer que a proporção de homens da amostra do estudo é semelhante a proporção das pesquisas de Paes (2008, 2009a), e por isso representativa dos hipertensos cadastrados e acompanhados na atenção primária a saúde nos municípios de CG e JP.

3.2.3.2 *Análise exploratória*

O perfil dos homens hipertensos foi traçado individualmente por município com uma comparação interna no período (2008, 2009, 2010), a fim de identificar o comportamento dos indivíduos, quanto aos fatores de risco modificáveis, ao longo do tempo. Após a definição dos perfis, os dados foram dispostos na sua forma consolidada, sob a forma de tabela.

3.2.3.3 *Teste de Normalidade (Kolmogorov – Smirnov)*

Uma condição essencial para se fazer tratamento estatístico paramétrico dos dados é a normalidade, e para se testar a normalidade de variáveis mensuráveis na escala contínua, como é o caso da variável dependente “níveis pressóricos dos grupos” segundo os critérios de acompanhamento nos períodos de cadastro, prontuário e entrevista (2009, 2010, 2011), foi utilizado o teste de Kolmogorov – Smirnov (ZAR, 1996).

As hipóteses são definidas como:

H_0 : A amostra provem de uma distribuição normal

H_1 : A amostra não provem de uma distribuição normal

A distribuição normal avalia a distribuição da média e a chance do evento ocorrer fora do padrão. Caso a normalidade não seja comprovada é necessário a utilização do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, que é aplicado na comparação de duas amostras aleatórias e independentes (se foram ou não extraídas da mesma população), como é o caso dos grupos de hipertensos segundo o tipo de acompanhamento (ZAR, 1996).

Assim, pode-se testar as seguintes hipóteses:

H_0 : Não existe diferença entre os grupos de estudo

H_1 : Existe diferença entre os grupos de estudo

3.2.3.4 Associação Qui-quadrado

O teste Qui-quadrado (X^2) permite analisar cruzamentos em tabelas de contingência a relação das frequências ou proporções em dois ou mais grupos que receberam diferentes tratamentos ou têm diferentes exposições, e mede a probabilidade das diferenças encontradas nos dois ou mais grupos da amostra ser devidas ao acaso, partindo do pressuposto que, na verdade, não há diferenças entre esses grupos na população donde provêm (ZAR, 1996). Assim, mediante a aplicação do mesmo é possível selecionar as variáveis que mantêm associação entre si e que devem ser testadas no modelo de regressão logística.

3.2.3.5 Modelo linear

Buscando analisar o comportamento das médias das pressões durante a coorte, tendo como referência seu posto no ano de acompanhamento, foi realizada uma avaliação temporal (2008, 2009, 2010) dos níveis pressóricos em cada município de acordo com a condição de acompanhamento (acompanhado ou não acompanhado), utilizando o modelo linear, no qual se observa a significância das médias das pressões como explicação para o controle da pressão. Zar (1966) destaca que se a probabilidade for alta poderá se concluir que não há diferença estatisticamente significativa na configuração temporal. Se a probabilidade for baixa (particularmente menor que 5%) poderá se concluir que um grupo é diferente do outro grupo, quanto à característica estudada, e de forma estatisticamente significativa.

Através desse teste é possível testar as seguintes hipóteses:

H_0 : não há diferença nos níveis pressóricos em função da condição de acompanhamento

H_1 : há diferença nos níveis pressóricos em função da condição de acompanhamento

3.2.3.6 Regressão Logística

A regressão logística tem sido apontada na literatura como um dos mais importantes modelos de regressão, pois permite uma fácil interpretação dos seus parâmetros estimados, além de apresentar as chances de um evento de interesse ocorrer (PAULA, 2012). Ela é aplicável para respostas binárias (variável dependente ou desfecho), com base em um ou mais fatores preditivos, com o qual se busca calcular ou prever a probabilidade de um evento específico acontecer (FIGUEIRA, 2006; HILBE, 2009).

Dizemos que uma variável é binária ou dicotômica quando observarmos que há apenas dois níveis de resposta, como, por exemplo, sim e não (PENHA, 2002; ONUSIC, 2009).

Nos modelos de regressão de natureza binária a esperança condicional deve ser menor ou igual a um e maior ou igual a zero ($0 \leq E(Y|x) \leq 1$), onde a variável Y pode ser codificada como 0 ou 1, representando a ausência ou presença do evento em estudo. Para se ajustar o modelo se faz necessário estimar os valores de β_0 (coeficiente linear) e β_1 (coeficiente angular), uma vez que o conhecimento dos mesmos permite estimar a probabilidade do evento ocorrer diante da presença da variável.

O modelo de regressão logística adotado representa a probabilidade de sucesso e está representado pela equação abaixo:

$$\pi_i = \pi(x_i) = P(Y_i = 1 | X = x_i) = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \dots + \beta_p x_{ip})}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \dots + \beta_p x_{ip})} = \frac{\exp(x_i^T \beta)}{1 + \exp(x_i^T \beta)}$$

Onde:

π_i = probabilidade do sucesso do modelo de regressão logística e

β_1 = valores dos parâmetros desconhecidos.

O programa utilizado para análise de regressão foi o SPSS 13.0. Neste estudo trabalhou-se com a variável dependente/resposta (Y) o controle da PA, assumido pela análise dos valores aferidos a partir da referência (Quadro 3.3) adotada pela VI Diretriz Brasileira de Cardiologia (SBH; SBC; SBN, 2010).

Quadro 3.3 - Classificação da Pressão Arterial segundo o controle

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Controlada	< 140	≤ 90 menor
Não controlada	≥ 140	≥ 90

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

Fonte: (SBH;SBC;SBN, 2010)

A pressão foi dicotomizada em controlada (1 = sucesso) e não controlada (0 = não sucesso). As variáveis independentes/explicativas (X) são os fatores de risco sociodemográficos e os não modificáveis, onde através dos quais se busca a associação com o controle da pressão. Através deste modelo buscou-se uma resposta de qual(is) fatores estariam influenciando, ou seja, tendo relação com o controle da PA.

Abreu; Siqueira e Caiafra (2009) recomendam que a aplicação da regressão logística deve ser precedida pelo cruzamento de cada covariável com o evento de interesse, para que sejam selecionados as variáveis que serão introduzidas no modelo de regressão. Deste modo, foi construída a matriz de correlação, entre as variáveis independentes (idade, situação conjugal, ocupação, escolaridade, renda, raça/cor, tabagismo, sedentarismo, sobrepeso/obesidade e etilismo), com o propósito de selecionar as que fariam parte do modelo. Após a seleção das variáveis para o modelo, adotando-se um nível de significância de 5%, foi ajustado o modelo com a retirada das variáveis que apresentassem p-valor > 0,20, a partir da análise de cada tabela de ANOVA apresentada.

Validado o modelo, prosseguiu-se com o cálculo do Odds Ratio (OR) ou Razão de Chances. Seus valores determinam uma razão entre as chances do desfecho (variável dependente) esperado ocorrer mediante a associação com a variável explicativa identificada no modelo. O OR permitirá avaliar se a variável explicativa é um fator de risco ou de proteção para o evento estudado, além de quantificar a intensidade desta relação.

3.3 ABORDAGEM DE ENFOQUE QUALITATIVO

Neste estudo adotou-se o conceito de pesquisa qualitativa advogado por Minayo (2010), para quem a qualidade responde a questões muito particulares, quando se trabalha o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes que se encontram no plano da subjetividade e necessitam modos de apreensão e análise diferenciados, porque a qualidade é tão real/material quanto o nível quantitativo.

Segundo Silva (2003) a qualidade sinaliza um horizonte de intensidade, (plenitude, aprofundamento) para além da extensão (enfoque quantitativo), onde se apreendem os sentidos dos fenômenos sociais na área da saúde, pois, os sujeitos envolvidos produzem também as contradições que impulsionam ou retardam as transformações necessárias para a prevenção, manutenção e/ou recuperação da saúde.

Considerando a importância de verificar os significados que HA apresenta para os seus portadores e tendo em vista que os dados quantitativos não explicam certas evidências, como a persistência da PA elevada, mesmo em pacientes que afirmam cumprir o protocolo para o controle da doença, verificaram-se, na dinâmica do cotidiano dos sujeitos envolvidos, possibilidades de explicação para a compreensão do fenômeno.

Neste enfoque os sujeitos das pesquisas de Paes (2008; 2009a) foram os mesmos desta pesquisa. Para se chegar a um resultado significativo e tenha relevância científica se faz necessária a adoção de uma estrutura metodológica que atenda aos preceitos da pesquisa qualitativa, uma vez que, como corrobora Gil; Litch e Santos (2006) esse tipo de pesquisa tem como principal objetivo a compreensão dos acontecimentos diários, bem como os significados que as pessoas dão aos fenômenos. Por isso, alguns passos são necessários, e perpassam primeiro pela aplicação de técnicas que justifiquem e validem a aplicação do método.

3.3.1 Aplicação do teste piloto

Para validar a realização da análise qualitativa foi realizado um teste piloto, com cinco homens selecionados da amostra do estudo do município de JP, cuja abordagem deu-se no domicílio de cada um, com os quais buscou-se, através de entrevistas gravadas, explicações para os fenômenos identificados nas Pesquisas de Paes (2008; 2009a), no tocante a:

- A verificação da existência ou não dos fatores de risco modificáveis, a partir da sua história pregressa;
- As concepções dos homens hipertensos acerca de como eles compreendem a HA, bem como os fatores de risco modificáveis e o seu controle;

Todas as entrevistas foram transcritas, lidas e iniciado o processo de leitura e identificação dos temas principais. Essas etapas permitiram detectar as dificuldades dos homens em expressar um conceito sobre hipertensão e o significado que os fatores de risco:

sedentarismo, etilismo, tabagismo, sobrepeso/obesidade representam para a sua saúde, condições que podem justificar o não controle da hipertensão e forneceu subsídios para avançar na pesquisa qualitativa.

3.3.2 Seleção da amostra

Uma vez que a pesquisa qualitativa decorreu de uma necessidade identificada na pesquisa quantitativa, tendo os mesmo sujeitos em ambas as abordagens, para seleção e distribuição da amostra foram utilizados os conglomerados das pesquisas de Paes (2008, 2009a), tanto do município de CG (Apêndice E) como de JP (Apêndice D). O município de JP totaliza 36 conglomerados, porém apenas 33 fizeram parte do sorteio, uma vez que três unidades não apresentaram indivíduos do sexo masculino. No município de CG das 28 unidades ficaram apenas 24 pelo mesmo motivo.

Para compor o plano amostral, a seleção da amostra foi feita mediante o sorteio das unidades por distrito, utilizando o pacote estatístico R, onde o acesso à unidade deu-se obedecendo à ordem gerada pelo programa. Através desse processo foi garantida a aleatoriedade da amostra, ou seja, cada unidade teve a mesma chance de ser selecionada. Como toda pesquisa tem perdas, e para que a reposição das mesmas ocorra seguindo o mesmo procedimento da seleção da amostra, foi gerada, através do sorteio, uma lista reserva, a fim de se assegurar o quantitativo proposto (APÊNDICES D e E).

Houve a preocupação de realizar o sorteio de forma que cada município obtivesse o valor correspondente a 50% do número de usuários de cada distrito, totalizando 37 para João Pessoa e 34 em Campina Grande. Ao se adotar o percentual de 50% garantiu-se um maior entendimento do que os homens hipertensos das pesquisas de Paes (2008, 2009a) expressam sobre o fenômeno, já que na pesquisa qualitativa o número de sujeitos não precisa ser grande, pois não há preocupação com a generalização, uma vez que o mundo das relações, das representações e intencionalidade dificilmente é traduzido em números (MINAYO, 2010).

Para a seleção dos sujeitos foram utilizados critérios de inclusão e exclusão, e por isso, em cada unidade a abordagem aos sujeitos foi feita até que se completasse o número proposto. A abordagem obedeceu ao critério de inclusão: morar na área de abrangência do serviço selecionado e de exclusão: apresentar alguma incapacidade que comprometa a coleta de dados (demência, deficiência auditiva, déficit no processo de comunicação verbal ou comprometimento do sistema nervoso).

3.3.3 Coleta de dados

Após a definição dos usuários a serem entrevistados, foi feita uma cópia do questionário utilizado nas pesquisas de Paes (2008, 2009a), a fim de se obter informações sobre: endereço, telefone para contato e as informações sobre os fatores de risco: etilismo, tabagismo, sedentarismo e obesidade, para serem comparados no ato da entrevista.

Antes do início da coleta, foi mantido contato com as coordenadoras dos Distritos dos respectivos municípios a fim de dar ciência sobre a continuidade da pesquisa, ressaltando que a mesma será conduzida apenas com os usuários, em seus respectivos domicílios.

Foram selecionados quatro entrevistadores, dois por município, que após receberem especificações sobre a pesquisa, conduziram-se aos sujeitos selecionados, para a realização da entrevista, que foi composta da aferição da PA, mensuração do peso e da altura, e da realização da própria entrevista, que foi iniciada sendo solicitada a participação do sujeito, a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e, posteriormente, após consentimento e assinatura do mesmo. A entrevista foi orientada por um roteiro de entrevista (APÊNDICE B) e gravada a fim de preservar a fidedignidade das informações.

3.3.4 Material para coleta de dados

O material utilizado na pesquisa constou dos seguintes equipamentos: tensiômetro, que recebeu calibração prévia, fita métrica, balança eletrônica, almofada para carimbo, para aqueles que estavam impossibilitados de assinar seu nome ou eram analfabetos. Foi utilizado além do instrumento de coleta de dados (ANEXO A), um questionário semi-estruturado (APÊNDICE B), que serviu de norte para a entrevista e foi elaborado de forma que possibilitasse ao entrevistador acrescentar outras perguntas para elucidar a questão investigada, e que se adequava aos elementos da pesquisa: o objeto, os objetivos e o enfoque metodológico. A técnica de entrevista semi-estruturada é considerada privilegiada por Minayo (2010) nas pesquisas qualitativas, por permitir que o entrevistado discorra sobre o tema abordado sem se prender à indagação formulada, ou seja, ele pode expressar seus valores e significados.

3.3.5 Análise do material empírico de enfoque qualitativo

Codato; Nakama (2006) destacam que o campo da saúde é produto de uma realidade complexa que envolve aspectos além do biológico, e por isso muitas vezes se faz necessária a avaliação de valores, atitudes e crenças daqueles a quem são dirigidas determinadas ações pois o binômio saúde-doença traz implícita no seu contexto uma carga ideológica que não se encontra facilmente em dados ou fórmulas estatísticas.

Desse modo, o método qualitativo se apresentou bem adequado ao objeto e aos objetivos deste estudo, pois através dele pôde-se investigar os materiais subjetivos relacionados à HA como os significados que o fenômeno representa para os sujeitos acometidos, ou seja, conseguiu-se identificar situações não mensuráveis que impactam a saúde dos sujeitos da investigação, e permitiu produzir uma repercussão subjetiva na objetividade da realidade de saúde de uma população acometida por HA.

Com base no referencial teórico metodológico de análise do discurso proposto por Fiorin (2005), que afirma a indicação do método nas pesquisas qualitativas pelas possibilidades de relacionamento dos temas que envolvem valores, juízos necessários e preferíveis, como os argumentos empregados nos discursos dos sujeitos ou os conceitos utilizados para explicar as diferentes compreensões apresentadas sobre os fatos da realidade, na vida cotidiana, seguiram-se os passos de análise.

O primeiro momento da análise do estudo foi o da transcrição das entrevistas, impressão e leitura dos textos, seguido da identificação de temas/figuras, nos depoimentos sobre as diferentes questões formuladas aos entrevistados e por último a decomposição e organização dos textos em blocos de significados por coincidência/divergência temática, perpassando em todo o processo de análise e discussão a relação com a literatura pertinente, a fim de ancorar as posições sociais reveladas nos temas identificados e permitir a identificação/construção das categorias que explicam o fenômeno investigado.

Para melhor visualização e compreensão do agrupamento dos temas foi elaborado um mapa conceitual (APÊNDICE C) sob o qual foi feita a análise dos temas representados pelos sujeitos e a relação que é mantida com os teóricos.

A pertinência da análise do discurso nesse estudo pôde revelar a importância e a compreensão dos sujeitos hipertensos sobre seu agravo, sobre as variáveis modificáveis e sobre a possibilidade de adesão aos tratamentos necessários para a recuperação da saúde. Ademais, a escolha da técnica da análise de discurso deu-se também pelo interesse do

pesquisador em identificar as contradições entre a teoria e a prática na atenção à saúde do paciente hipertenso.

Para Savioli e Fiorin (2007) o texto é um todo organizado de sentido num universo de significação, cujo sentido de cada parte é dado pelo todo, havendo três planos na estrutura do texto: 1) o plano superficial ou estrutura discursiva, no qual se encontram os significados mais concretos e diversificados; 2) o plano intermediário ou estrutura narrativa, onde se definem os valores com os quais os diferentes sujeitos entram em acordo ou desacordo; 3) o plano profundo ou estrutura profunda, onde se encontram os significados mais abstratos.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para devida análise recebendo parecer favorável à sua execução com protocolo No. 576671/2008-8 (ANEXO C), estando de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Recebendo autorização e encaminhamento do pesquisador (ANEXO D) por parte da gestão para sua efetivação.

4 RESULTADOS

Este estudo foi desenvolvido com as abordagens quantitativa e qualitativa, uma vez que suas contribuições metodológicas têm papel relevante para contornar os desafios de trabalhar a população masculina, destacados na heterogeneidade de ser homem, as diferenças sócio-demográficas determinantes das necessidades da população masculina e na inserção do homem na luta pelo seu direito social à saúde (VIEIRA et al, 2011). Na lógica metodológica a análise dos dados foi feita em dois tempos: um para a abordagem quantitativa e o outro para a abordagem qualitativa.

4.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA

Para se manter a qualidade dos dados, e preservar o quantitativo da amostra, ou seja, não ter perdas, lançou-se mão da técnica de imputação simples de dados, na qual ocorre apenas uma única substituição do dado faltoso. Para tanto se utilizou dados do HIPERDIA: relação peso altura, medidas de tendência central (moda e média), para preencher os dados faltosos do usuário. O Quadro 4.1 apresenta a ocorrência dos valores perdidos (missings) nos municípios de João Pessoa (JP) e Campina Grande (CG) e sua forma de substituição.

Quadro 4.1 - Distribuição dos valores perdidos na coorte nos municípios João Pessoa e Campina Grande

Município	João Pessoa		Campina Grande	
	Valores perdidos	Meio de imputação	Valores perdidos	Meio de imputação
Tabagismo	01	HIPERDIA	-	-
Sedentarismo	02	HIPERDIA	-	-
Obesidade	01	IMC ^(*)	14	IMC ^(*)
Etilismo	05	HIPERDIA	01	HIPERDIA
Raça	01	Moda	-	-
Renda	01	Média	-	-
Ocupação	01	Moda	-	-

(*) Índice de Massa corporal (relação peso/altura)

4.1.1 Análise descritiva dos dados a partir das pressões arteriais

Após os dados devidamente imputados, iniciou-se a análise dos mesmos a partir do perfil sócio-demográfico dos usuários hipertensos dos municípios de JP e CG (Tabela 4.1),

tendo como variável principal a pressão arterial controlada (PAC) ou pressão arterial não controlada (PANC).

Quando se avaliou a condição de acompanhamento dos usuários, pode-se perceber que os municípios de JP e CG apresentaram respectivamente 65,3% (n=49) e 59,4% (n=41) de usuários não acompanhados, haja vista não contemplar o quantitativo mínimo de consultas médicas exigido pelo MS, que são três devidamente registradas no prontuário, com o respectivo valor da pressão. Deste percentual 64,4% (n=29) e 55,8% (n= 24) apresentam PANC, e mesmo no grupo que foram acompanhados 35,6% (n=16) e 44,2% (n=19) também apresentam PANC.

No tocante à situação conjugal, respectivamente para JP e CG os dados mostram que a maioria dos hipertensos convivia com alguém (93,35 (n=70) e 89,9% (n=62)), seja com laços consangüíneos ou não. Ao se avaliar a escolaridade dos participantes, evidenciou-se que 66,7% (n= 50 e 46) nos dois municípios eram escolarizados, entretanto poucos apresentavam níveis mais elevados. O grupo étnico mais prevalente foi o não branco com valores respectivos para JP e CG de 70,7% (n=53) e 58,0% (n=40).

O estudo evidenciou que em JP 93,3% (n=70) e CG 56,6% (n=39) dos homens do estudo estavam sem ocupação formal, conseqüentemente fora do mercado de trabalho. Apesar de manterem uma renda maior do que dois salários mínimos, com valores de 68% para JP e 58% para CG, fato que pode ser justificado pelo adicional da aposentadoria, já que o estudo aponta uma população caracterizada como idosa, haja vista que 64% (n=48) em JP e 59,4% (n=41) em CG estavam na faixa etária acima de 60 anos.

Compreende-se que para o desenvolvimento das HAS várias condições se associam constituindo fatores de risco, alguns inerentes ao próprio indivíduo, como idade, sexo e raça, sobre os quais não se exerce poder para modificá-los, e outros que são modificáveis, como tabagismo, etilismo e sedentarismo, cuja mudança de status depende diretamente do homem e de seu poder de decisão.

Para um melhor controle da HA se faz necessário o controle dos fatores de risco modificáveis, cuja ocorrência, mesmo ocorrendo em índices baixos, determina o controle da mesma, como foi possível observar neste estudo.

Tabela 4.1- Perfil sociodemográfico dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde dos municípios de João Pessoa e Campina Grande, ano 2011

Variáveis		João Pessoa				Total		Campina Grande				Total	
		PANC		PAC		N	%	PANC		PAC		n	%
		N	%	n	%			N	%	n	%		
Tipo Usuário	Não Acompanhado	29	64,4%	20	66,7%	49	65,3%	24	55,8%	17	65,4%	41	59,4%
	Acompanhado	16	35,6%	10	33,3%	26	34,7%	19	44,2%	9	34,6%	28	40,6%
Sit. Conjugal	Vive só	5	11,1%	0	0,0%	5	6,7%	5	11,6%	2	7,7%	7	10,1%
	Vive Acompanhado	40	88,9%	30	100,0%	70	93,3%	38	88,4%	24	92,3%	62	89,9%
Escolaridade	Analfa/Alfabetizado	13	28,9%	12	40,0%	25	33,3%	15	34,9%	8	30,8%	23	33,3%
	Escolar/Graduado	32	71,1%	18	60,0%	50	66,7%	28	65,1%	18	69,2%	46	66,7%
Raça	Não Branca	35	77,8%	18	60,0%	53	70,7%	27	62,8%	13	50,0%	40	58,0%
	Branca	10	22,2%	12	40,0%	22	29,3%	16	37,2%	13	50,0%	29	42,0%
Ocupação	Com ocupação	2	4,4%	3	10,0%	5	6,7%	21	48,8%	9	34,6%	30	43,5%
	Sem ocupação	43	95,6%	27	90,0%	70	93,3%	22	51,2%	17	65,4%	39	56,5%
Renda	<2 salários	17	37,8%	7	23,3%	24	32,0%	20	46,5%	9	34,6%	29	42,0%
	2 salários e +	28	62,2%	23	76,7%	51	68,0%	23	53,5%	17	65,4%	40	58,0%
Faixa Etária	< 60 anos	15	33,3%	12	40,0%	27	36,0%	19	44,2%	9	34,6%	28	40,6%
	60 anos e +	30	66,7%	18	60,0%	48	64,0%	24	55,8%	17	65,4%	41	59,4%

Fonte: Base de dados da pesquisa realizada em 2011, Paes (2008; 2009)

Analfa=analfabeto

Escolar= escolarizado

PANC: Pressão arterial não controlada

PAC: pressão arterial controlada

Uma vez que o tipo de acompanhamento e fatores de risco estão diretamente ligados ao controle da PA, buscou-se uma descrição de como se caracterizou o status dos usuários hipertensos nos três anos da coorte, tendo como referencial a sua condição inicial e final no estudo, para as variáveis tipo de usuário, tabagismo, sedentarismo, sobrepeso/obesidade e etilismo, conforme disposto na tabela 4.2.

Tabela 4.2 - Fatores de risco modificáveis dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde dos municípios de João Pessoa e Campina Grande, ano 2011

Variáveis		João Pessoa				Total		Campina Grande				Total	
		PANC		PAC		n	%	PANC		PAC		n	%
		n	%	N	%			n	%	n	%		
Tabagismo	Sim	9	20,0	6	20,0	15	20,0	26	60,5	12	46,2	38	55,1
	Não	36	80,0	24	80,0	60	80,0	17	39,5	14	53,8	31	44,9
Etilismo	Sim	6	13,3	6	20,0	12	16,0	9	20,9	6	23,1	15	21,7
	Não	39	86,7	24	80,0	63	84,0	34	79,1	20	76,9	54	78,3
Sedentarismo	Sim	23	51,1	14	46,7	37	49,3	33	76,7	15	57,7	48	69,6
	Não	22	48,9	16	53,3	38	50,7	10	23,3	11	42,3	21	30,4
Sp/Obesidade	Sim	28	62,2	12	40,0	40	53,3	24	55,8	15	57,7	39	56,5
	Não	17	37,8	18	60,0	35	46,7	19	44,2	11	42,3	30	43,5

Fonte: Base de dados da pesquisa realizada em 2011, Paes (2008; 2009)

PANC: Pressão Arterial não controlada

PAC: Pressão Arterial controlada

Sp: Sobrepeso

Ao se avaliar a ocorrência do tabagismo na população estudada evidenciou-se que em JP apenas 20% (n=15) apresentavam esta condição e no município de CG 55,1% (n=38). Os dados mostram que a população masculina deste último município ainda se mantém presa ao hábito de fumar, um dado que talvez possa ter parte de sua explicação devido ao clima frio do mesmo, que os levariam a buscar uma forma de aquecer-se. É importante destacar que com o incentivo de programas de combate ao tabagismo houve uma redução considerável nos índices deste fator.

A presença do uso de álcool entre os homens foi de 16,3% (n=12) em JP e 21,7% (n=15) em CG. Os dados evidenciam que os homens hipertensos estão mantendo-se afastados desse fator tão nocivo ao organismo, que durante muito tempo tem sido utilizado como promotor de relações sociais, se fazendo presente em cerimônias, datas comemorativas e encontros. Apesar desses dados tão expressivos caracterizando uma população prevalente de não etilistas nos dois municípios, e de não tabagistas em JP destaca-se a presença da PANC nos não etilistas com valores de 86,7% (n=39) e 79,1% (n=34) respectivamente para JP e CG e, nos não tabagistas 80% (n=36) e 39,5% (n=17).

Os dados evidenciaram no estudo um percentual de sedentários em JP de 49,3% (n=37) e em CG de 69,6% (n=48), demonstrando pouco adepto de atividades físicas. Essa condição é um fator predisponente a instalação do sobrepeso/obesidade, uma condição que os dados mostram com valores respectivos de 53,3% (n=40) e 56,5% (n= 39) nos dois municípios.

Por tratar-se de um estudo de coorte, onde a existência do tempo leva o sujeito a mudar de uma condição para outra, buscou-se através dos dados avaliar como se comportaram os homens hipertensos atendidos na Atenção primária a Saúde dos municípios de JP e CG, tendo como referencial a condição existente frente a situação de acompanhamento e dos fatores de risco, no ano de 2009 quando se realizou a primeira entrevista (Tabela 4.3).

Tabela 4.3 - Caracterização dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde dos municípios de João Pessoa e Campina Grande conforme mudança de status na Coorte de 2009 a 2011

Variável	Condição	João Pessoa				Campina Grande			
		Mudou status		Não mudou		Mudou status		Não mudou	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Acompanhado	Não	13	48,1	36	75,0	1	100,0	41	60,3
	Sim	14	51,9	12	25,0	0	0,0	27	39,7
	Total	27	100,0	48	100,0	1	100,0	68	100,0
Tabagismo	Sim	4	28,6	7	11,5	4	80,0	7	10,9
	Não	10	71,4	54	88,5	1	20,0	57	89,1
	Total	14	100,0	61	100,0	5	100,0	64	100,0
Sedentário	Sim	17	42,5	15	42,9	15	37,5	21	72,4
	Não	23	57,5	20	57,1	25	62,5	8	27,6
	Total	40	100,0	35	100,0	40	100,0	29	100,0
Etilista	Sim	13	72,2	7	12,3	8	61,5	11	19,6
	Não	5	27,8	50	87,7	5	38,5	45	80,4
	Total	18	100,0	57	100,0	13	100,0	56	100,0
Sobrepeso/Obesidade	Sim	7	25,9	20	41,7	5	35,7	26	51,0
	Não	20	74,1	28	58,3	9	64,3	25	49,0
	Total	27	100,0	48	100,0	14	100,0	51	100,0

Fonte: Base de dados da pesquisa realizada em 2011, Paes (2008; 2009)

Os dados revelaram que no município de JP no tocante à condição de acompanhamento 36% (n=27) mudaram de condição, passando de uma condição para outra, sendo destes 48,1% (n=13) acompanhados, que antes eram não acompanhados e passaram a ser, e 51,9% (n=14) para não acompanhados, ou seja, deixaram de ser acompanhados. Já em CG a mudança ocorreu para apenas um indivíduo, passando da condição de não acompanhado para apenas um apresentou mudança nesta condição sendo no grupo de acompanhado, que passou a ser não acompanhado.

No tocante ao tabagismo em JP 18,7% (n=14) mudaram de condição, onde 28,6% (n=4) deixaram de ser tabagista e 71,4% (n=10) passaram a ser. Em CG, neste mesmo grupo, 7,2% (n=5) mudaram de condição, onde 80% (n=4) deixaram de ser tabagista e 20% (n=1) passou a ser. Já na variável etilismo em JP 24% (n=18) mudaram de condição, sendo que 72,2% (n=13) deixaram de consumir álcool e 27,8% (n=5) passaram a consumir. Em CG 18,8% (n=13) mudaram de status, dos quais 61,5% (n=8) deixaram o vício e 38,5% (n=5) passaram a adotá-lo.

Quanto à variável sedentarismo, 53,3% (n=40) em JP mudaram de condição, dos quais 42,5% (n=17) eram sedentários e deixaram de ser e 57,55 (n=23) não eram sedentários e passaram a ser. No município de CG 58% (n=40) mudaram de status, destes 37,5% (n=15) eram sedentários e deixaram de ser e 62,5% (n=25) não eram sedentários e se tornaram.

O sedentarismo mantém uma relação estreita com o sobrepeso/obesidade. Quando se avaliou essa variável, utilizando o IMC (índice de massa corporal) os dados mostraram que no município de JP 36% (n=27) dos hipertensos mudaram de condição, com 25,9% (n=7) ficando com o IMC normal e 74,1% (n=20) passando a ter sobrepeso/obesidade. No município de CG 20,3% (n=14) mudaram de status, dos quais 37,5% (n=5) passaram a ter peso normal e 64,3% (n=9) se enquadraram com IMC > 25. No fator etilismo, foi evidenciado que em JP 24% (n=18) mudaram de condição, dos quais 72,2% (n=13) deixaram de consumir bebida alcoólica e 27,8% (n=5) passaram a consumir. Em CG 20% (n=13) mudaram de condição, e dos não etilistas 38,5% (n=5) passaram a ser etilista e dos que eram etilista 61,5% (n=8) deixaram de ser.

Tendo como base os dados da pesquisa qualitativa realizada em 2012 (PAES, 2009b) fez-se uma avaliação da mudança de status dos homens hipertensos dos municípios de JP e CG, tendo como referência o ano de 2011 (Tabela 4.4). Na abordagem qualitativa se trabalhou com uma amostra de 37 e 34 hipertensos respectivamente para os municípios de JP e CG. De acordo com as variáveis de interesse do estudo em JP foram encontrados três hipertensos tabagistas e 34 não tabagistas; 36 sedentários e um não sedentário; quatro não obesos e 33 obesos; 10 etilistas e

27 não etilistas; 19 indivíduos com pressão arterial controlada (PAC) e 18 não controlada. Em CG cinco hipertensos tabagista e 28 não tabagista, 27 sedentários e sete não sedentários, 11 não obesos e 23 obesos, oito etilistas e 26 não etilistas e 10 com PAC e 24 não controlada.

Tabela 4.4 - Caracterização dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde dos municípios de João Pessoa e Campina Grande segundo a condição de mudança de status com os dados qualitativos, anos 2011 e 2012

Variável	Condição	João Pessoa				Campina Grande			
		Mudou		Não mudou		Mudou		Não mudou	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Tabagismo 2011	Sim	4	80,0	3	9,4	1	100,0	5	15,2
	Não	1	20,0	29	90,6	0	0,0	28	84,8
	Total	5	100,0	32	100,0	1	100,0	33	100,0
Etilista	Sim	0	0,0	5	15,6	3	60,0	6	20,7
	Não	5	100,0	27	84,4	2	40,0	23	79,4
	Total	5	100,0	32	100,0	5	100,0	29	100,0
Sedentário	Sim	0	0,0	19	95,0	4	44,4	22	88,0
	Não	17	100,0	1	5,0	5	55,6	3	12,0
	Total	17	100,0	20	100,0	9	100,0	25	100,0
Sp/Obesidade	Sim	5	33,0	18	81,8	3	33,3	17	68,0
	Não	10	66,7	4	18,2	6	66,7	8	32,0
	Total	15	100,0	22	100,0	9	100,0	25	100,0
PAC	Sim	3	25,0	11	44,0	6	66,7	7	28,0
	Não	9	75,0	14	56,0	3	33,3	18	72,0
	Total	12	100,0	25	100,0	9	100,0	25	100,0

Fonte: Base de dados da pesquisa realizada em 2011, Paes (2008; 2009)

PAC: Pressão Arterial Controlada

A partir desta avaliação foi encontrado que, para o fator de risco tabagismo no município de JP 13,5% (n=5) mudaram de condição, dos quais 80% (n=4) deixaram de fumar e 20% (n=1) passaram a fumar. Em CG, para essa mesma variável, apenas 2,9% (n=1) mudou de condição, abandonando o hábito de fumar. No fator etilismo 13,5% (n=5) no município de JP mudaram de condição, com 100% (n=5) passando ao hábito de consumir álcool. Já em CG 14,7% (n=5) migraram de condição, do total 60% (n=3) abandonaram o vício e 40% (n=2) adentraram nele.

No tocante ao sedentarismo em JP 45,9% (n=17) passaram de uma condição para outra, sendo que 100% (n=17) passaram a ser sedentários. Em CG 26,5% (n=9) migraram de uma condição para outra, onde 44,4% (n=4) passaram a praticar alguma atividade física e 55,6% (n=5) passaram a ser sedentários. Em relação à condição sobrepeso/obesidade em JP 40,5% (n=15) mudaram de status, atingindo os valores de 33% (n=5) para os que atingiram o peso normal e 66,7% (n=10) para os que passaram a sobrepeso/obesidade. No município de CG 26,5% (n=9)

trocaram de status, sendo que 33% (n=3) para os que atingiram o peso normal e 66,7% (n=6) para os que atingiram índices acima do peso normal.

Para a variável de maior interesse no estudo, o controle da pressão arterial, os dados revelaram que em JP 32,4% (n=12) passaram de uma condição para outra, destacando-se 25% (n=3) para os que tinham a pressão controlada e passaram a não controlada e 75% (n=9) dos que não tinham a passaram a ter. Em CG 26,5% (n=9) mudaram de condição, prevalecendo 66,7% (n=6) para os que tinham pressão controlada e deixaram de ter, e 33,3% (n=3) para os que não tinham e passaram a ter.

Como estes fatores apontam algumas justificativas para o não controle da PA, utilizou-se de métodos estatísticos para validar a associação de variáveis e o controle da PA. No tocante a amostra, para identificar se a mesma seguia uma distribuição normal, se utilizou o teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) para a pressão arterial sistólica (PAS) e para a pressão arterial diastólica (PAD) (Figuras 4.1 e 4.2).

Figura 4.1 - Histograma da PAS no Município de João Pessoa, 2011

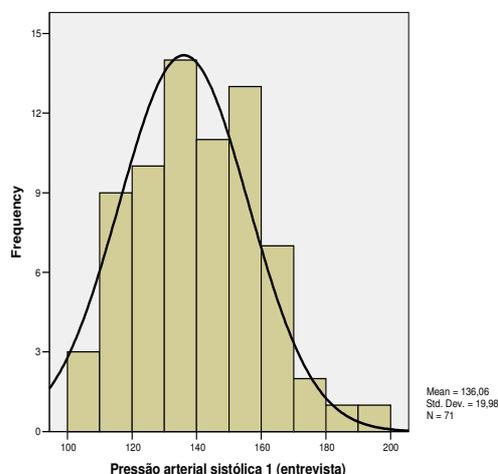
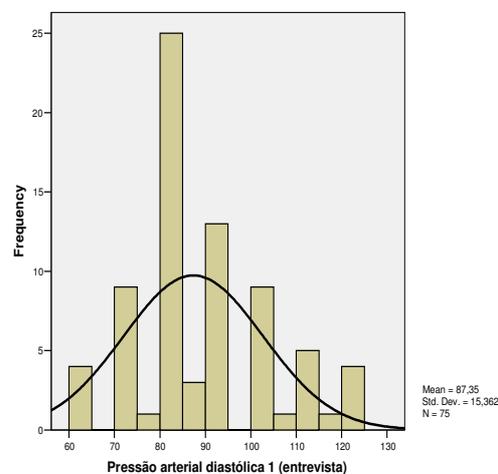


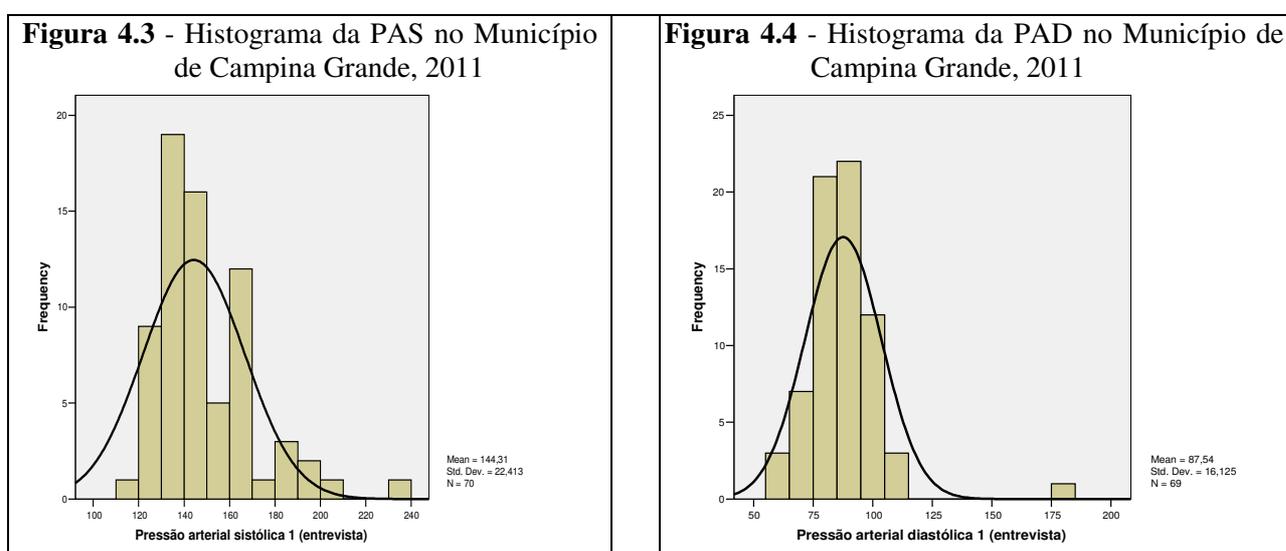
Figura 4.2 - Histograma da PAD no Município de João Pessoa, 2011



O teste de normalidade K-S busca identificar a máxima diferença absoluta entre a função de distribuição acumulada assumida para os dados, e a sua função de distribuição empírica, e, para comparar esta diferença, adotou-se um nível de significância com um $\alpha=0,05$, na qual, o p-valor obtido sendo maior ou igual à α , passa-se a aceitar a hipótese de que os dados seguem uma distribuição normal.

A partir da aplicação do teste KS pode-se inferir que no município de JP apenas a PAS provinha de uma distribuição normal conforme visualização no histograma (Gráfico 4.1) com um p-valor de 0,2519 ($>\alpha$ 0,05) e valor do teste de 1,018. No entanto a PAD não apresentou distribuição normal (Gráfico 4.2) com um p-valor de 0,009 ($<\alpha$ 0,05) e valor do teste 1,649.

Já no município de CG a aplicação do teste de normalidade K-S revelou que nenhuma das pressões avaliadas provinha de uma distribuição normal. A PAS apresentou um p-valor de 0,002 ($<\alpha$ 0,05) e valor do teste 1,834, e a PAD um p-valor de 0,004 ($<\alpha$ 0,05) e valor do teste 1,755, conforme Figuras 4.3 e 4.4.



Diante do resultado do teste de normalidade K-S, deixa-se de aceitar H_0 e com 95% de confiança pode-se afirmar que a amostra não provém de uma distribuição normal, e, por conseguinte, há a necessidade da aplicação de outros testes não-paramétricos. Por conseguinte, aplicou-se o Teste U de Mann-Whitney que é equivalente ao teste da soma de postos de Wilcoxon, razão porque também é conhecida como Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney.

A Tabela 4.5, mostra uma média da PAD controlada e uma média da PAS não controlada nos dois municípios, o que caracteriza pela média uma amostra de indivíduos de pressão não controlada, uma vez que de acordo com as VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBH;SBC;SBN, 2010) quando há diferença nos dois valores considera-se o maior para classificação.

Tabela 4.5 - Distribuição da média e desvio padrão por tipo de pressão arterial dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, ano 2011

Variável	João Pessoa			Campina Grande		
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão
PAS	75	140,03	15,362	69	144,49	22,527
PAD	75	87,35	25,861	69	87,54	16,125

Fonte: Base de dados da pesquisa realizada em 2011, Paes (2008; 2009)

A aplicação do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney revelou que, através da análise das variáveis PAS e PAD com a variável dicotômica tipo de usuário, considerando a condição de acompanhado e não acompanhado, no município de JP e CG as PAS e PAD apresentaram valores de significância $> \alpha = 0,05$ (Tabela 4.6), e com este resultado não há evidências para rejeitar H_0 , podendo-se afirmar com 95% de confiança que não houve diferença entre os grupos estudados. Com isso destaca-se que o acompanhamento não se constitui uma condição para o controle da PA, da forma como vem sendo operacionalizado, mas que tem potencial suficiente para que isso possa ocorrer. Este resultado reafirma os achados do estudo de Andrade (2011), o que reforça o entendimento de que, os componentes que constituem o atendimento aos hipertensos nas Unidades de Saúde, não estão conduzindo os mesmos a controlar seus níveis pressóricos.

Tabela 4.6 - Estatísticas do teste de U-Wilcoxon Mann-Whitney segundo os tipos de pressão arterial dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, conforme o tipo de usuário no ano 2011

Teste	JOÃO PESSOA		CAMPINA GRANDE	
	PAS	PAD	PAS	PAD
Mann-Whitney U	557,000	587,500	522,000	536,500
Z	-0,897	-0,563	-0,648	-0,474
Significância	0,370	0,574	0,517	0,635

Fonte: Base de dados da pesquisa realizada em 2011, Paes (2008; 2009)

Para a seleção das variáveis que deverão entrar para o modelo de Regressão Logística Binária (RLB), a fim de se identificar aquelas que mantiveram associação com o controle da PA, realizou-se o Teste de Qui-Quadrado (X^2), cuja determinação das variáveis se deu mediante a

utilização do p-valor $< \alpha = 0,05$ e o valor do teste $> 0,20$. As variáveis que atenderam a esta condição e que foram testadas no modelo de regressão para os municípios de JP e CG estão dispostas na Tabela 4.7.

Tabela 4.7 - Seleção das variáveis segundo p-valor e X^2 dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, ano 2011

Variáveis	João	Pessoa	Campina	Grande
	Sig ^(*) . p- Valor	Valor de X^2	Sig. p- Valor	Valor de X^2
Tipo de usuário	0,008	7,053	n.s.	n.s.
Situação conjugal	0,000	56,333	0,000	44,800
Escolaridade	0,004	8,333	0,004	8,229
Raça	0,000	12,813	n.s.	n.s.
Ocupação	0,000	56,333	n.s.	n.s.
Renda	0,002	9,720	n.s.	n.s.
Tabagismo	0,000	27,000	n.s.	n.s.
Sedentarismo	n.s. ^(**)	n.s.	0,002	9,657
Etilismo	0,000	34,680	0,000	22,857
Idade	0,015	5,880	n.s.	n.s.

Fonte: Base de dados da pesquisa realizada em 2011, Paes (2008; 2009)

*Significância

**n.s.: não significativo

É importante destacar que, apesar de as variáveis atenderem às condições do teste, isso não implica dizer que todas apresentarão significância estatística no modelo de RLB, daí a importância de se buscar a associação das mesmas com o controle da PA através da tabela 2x2, a partir daquelas que atenderam a condição imposta, conforme mostrado na tabela 4.8.

Tabela 4.8 - Seleção das variáveis dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande para aplicação do modelo de Regressão Logística Binária a partir do teste de Pearson X^2 para os municípios de, ano 2011

Variáveis	João Pessoa Pearson x^2	Campina Grande Pearson x^2
Situação conjugal	0,059	n.s.
Raça	0,098	n.s.
Renda	0,159	n.s.
Tabagismo	n.s.*	0,190
Sedentarismo	n.s.	0,063
Obesidade	0,059	0,059

Fonte: Base de dados da pesquisa realizada em 2011, Paes (2008; 2009)

*n.s.: não significativo

Com a seleção destas variáveis, aplicou-se o modelo de RLB, individualmente para JP e CG. No município de JP apenas as variáveis raça, situação conjugal e obesidade apresentam associação significativa com o controle da PA, porém ao nível de significância de 0,10. E no município de CG as variáveis sedentarismo e obesidade, com este mesmo nível de significância. Esse resultado aponta as variáveis a serem testadas no modelo de RLB, mas não necessariamente que todas devam permanecer.

Para construção do modelo de RLB, como forma de se testar variadas possibilidades, utilizou-se todas as variáveis do estudo (sociodemográficas e fatores de risco modificáveis), e à medida se ajustava o modelo foi-se selecionando as variáveis com mais significância estatística ($\alpha < 0,05$). Após os ajustes necessários se evidenciou que as variáveis raça e obesidade, por atenderem aos valores estabelecidos mantiveram associação com o controle da PA (Tabela 4.9).

Todavia quando se deixou no modelo apenas as duas, se percebeu que o nível de significância aumentou, ficando o $\alpha > 0,05$, e por isso as mesmas tiveram que permanecer juntas com as variáveis ocupação e etilismo. Os resultados que essas duas últimas variáveis exercem influência sobre elas, e para se testar qual a intensidade dessa influência, outras investigações podem ser aplicadas. Por exemplo considerar a interação entre essas variáveis, ficando como ponto investigativo para outros estudos, pois os dados demonstram que as variáveis ocupação e etilismo devem ser levadas em conta no planejamento das ações de saúde voltadas para o controle da hipertensão.

Tabelas 4.9 - Estatísticas das variáveis do modelo RLB para os homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde no município de João Pessoa-PB, ano 2011

Variável	Coeficiente	Significância	OR	I.C 95,0%	
				Menor	Maior
Raça	-1,104	0,047	0,331	0,111	0,987
Ocupação	1,320	0,192	3,742	0,515	27,166
Sobrepeso/Obesidade	-1,101	0,036	0,333	0,119	0,932
Etilismo	0,998	0,150	2,714	0,698	10,561
Constante	0,655	0,213	1,925	-	-

Fonte: Base de dados da pesquisa realizada em 2011, Paes (2008; 2009)

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de Confiança

Desta forma, para o município de João Pessoa, foi gerado o seguinte modelo:

$$\pi = P(Y = 1) = \frac{\exp(0,655 - 1,104\text{raça} - 1,101\text{sobrepeso / obesidade})}{1 + \exp(0,655 - 1,104\text{raça} - 1,101\text{sobrepeso / obesidade})}$$

Realizando o mesmo processo estatístico para o município de CG, percebeu-se que mesmo associando-se todas as variáveis, em diversas combinações, nenhuma apresentou significância de $\alpha < 0,05$, preservando sempre valores do $\alpha > 0,07$ quando se associava as variáveis. Porém ao se usar apenas a variável sedentarismo, selecionada pelo teste Pearson X^2 ela manteve associação com o controle da pressão com um nível de significância $> 5\%$ ($\alpha < 0,067$) conforme exposto na tabela 4.10.

Tabela 4.10 - Estatísticas variáveis do modelo RLB para os hipertensos homens atendidos na atenção primária a saúde no município de Campina Grande-PB, ano 2011

Variável	Coeficiente	Significância	OR	I.C. 95,0%	
				Menor	Maior
Sedentarismo	-0,971	0,067	0,379	0,134	1,069
Constante	0,182	0,670	1,200	-	-

Fonte: Base de dados da pesquisa realizada em 2011, Paes (2008; 2009)

Assim, o modelo gerado para o município de CG foi representado pela equação:

$$\pi = P(Y = 1) = \frac{\exp(0,182 - 0,971\text{sedentarismo})}{1 + \exp(0,182 - 0,971\text{sedentarismo})}$$

Por tratar-se de um estudo de coorte, no qual os indivíduos do estudo tiveram suas pressões aferidas nos anos de 2009, 2010 e 2011, buscou-se averiguar se houve mudança

significativa nos níveis pressóricos em função do tempo, para tanto, realizou-se o teste para comparação das médias, utilizando o modelo linear (Tabela 4.11).

Tabela 4.11 - Média e Desvio padrão das pressões sistólicas e diastólicas dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande na coorte 2009 – 2011

Período		João Pessoa		Campina Grande	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
PAS 2009	Não acompanhado	150,73	26,795	136,21	20,361
	Acompanhado	143,64	25,009	135,00	15,119
	Total	149,55	26,454	136,05	19,638
PAS 2010	Não acompanhado	144,36	25,296	139,04	23,785
	Acompanhado	144,55	13,685	133,75	11,877
	Total	144,39	23,673	138,33	22,562
PAS 2011	Não acompanhado	139,60	28,280	144,81	24,212
	Acompanhado	144,00	13,115	143,75	17,678
	Total	140,33	26,336	144,67	23,323
PAD 2009	Não acompanhado	87,09	15,357	85,40	13,345
	Acompanhado	81,82	8,739	86,88	10,999
	Total	86,21	14,546	85,60	12,983
PAD 2010	Não acompanhado	89,09	14,941	87,50	14,400
	Acompanhado	88,18	8,739	87,50	14,880
	Total	88,94	14,047	87,50	14,336
PAD 2011	Não acompanhado	88,20	16,401	86,92	17,438
	Acompanhado	83,45	10,162	90,00	9,258
	Total	87,41	15,573	87,33	16,557

Fonte: Base de dados da pesquisa realizada por Paes (2008; 2009)

Como se trabalhou com a média das pressões é importante destacar que, devido a presença de missings, e por tratar-se de valores que estão diretamente relacionados às condições individuais de cada sujeito, optou-se por não se fazer imputação e assim nos municípios de JP e CG a amostra, para essa condição específica, ficou em 66 e 60 homens hipertensos respectivamente.

Na tabela 4.11 estão dispostas as médias das pressões sistólicas e diastólicas dos homens hipertensos acompanhados e não acompanhados nos municípios de JP e CG no período de 2009 a 2011. Percebe-se que mesmo havendo uma queda nos valores destas pressões os homens ainda apresentam PANC com valores respectivos para PAS nos três anos de 149,55; 144,39 e 140,33 em JP. Já em CG nos dois primeiros anos, com valores respectivos para PAS de 139,04 e 138,33 mantiveram-se com PAC, porém em 2011 mudam este quadro apresentando uma média de

144,67. Sendo assim os dados evidenciam que no ano de 2011, nos dois municípios estudados, os sujeitos da pesquisa estavam com os níveis pressóricos não controlados.

Quando avaliada a média da PAD no mesmo período percebe-se que os dois municípios apresentaram PAC, com valores respectivos de 2009 a 2011 de 86,21; 88,94 e 87,41 para JP e em CG de 85,60; 87,50 e 87,33. Destaca-se, porém, que para um sujeito ter sua pressão controlada é necessário que ele mantenha as PAS e PAD controladas, seguindo os valores preconizados nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão já referenciado no Quadro 3.3. Os homens hipertensos desse estudo como não atendem as duas condições, passam a ser classificados como não controlados.

Tabela 4.12 - Teste multifatorial da comparação das médias das pressões dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande na coorte 2009 – 2011 segundo o tipo de usuário

Variável	Testes	João Pessoa		Campina Grande	
		F	Significância	F	Significância
PAS	Pillai's Trace	0,815(a)	0,447	0,202(a)	0,818
	Wilks' Lambda	0,815(a)	0,447	0,202(a)	0,818
	Hotelling's Trace	0,815(a)	0,447	0,202(a)	0,818
	Roy's Largest Root	0,815(a)	0,447	0,202(a)	0,818
PAD	Pillai's Trace	0,326(a)	0,723	0,154(a)	0,858
	Wilks' Lambda	0,326(a)	0,723	0,154(a)	0,858
	Hotelling's Trace	0,326(a)	0,723	0,154(a)	0,858
	Roy's Largest Root	0,326(a)	0,723	0,154(a)	0,858

Fonte: Base de dados da pesquisa realizada por Paes (2008; 2009)

Ao se aplicar o teste para repetição de medidas e com isso possibilitar a comparação entre as médias, utilizando o teste de Bonferroni, pode-se verificar que mesmo havendo uma mudança nos valores das médias das pressões, elas mantêm apenas uma relação linear (Figuras 4.5, 4.6, 4.7 e 4.8), haja vista nenhum dos valores dos testes relacionados apresentarem significância com $\alpha < 0,05$, haja vista que em todos os testes apresentados o nível de significância manteve-se $> 5\%$, um fato que foi presente nos dois municípios tanto para PAS como para a PAD (Tabela 4.12). Destaca-se que o teste possibilita a comparação da média das pressões 2009/2010; 2009/2011; 2010/2011.

Figura 4.5 - Média das PAS de 2009 a 2011 no município de João Pessoa

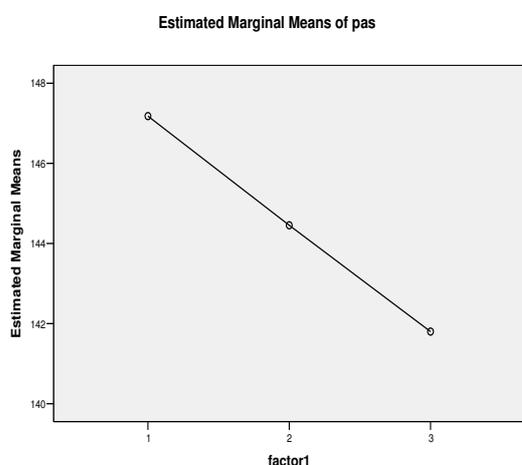


Figura 4.6 - Média das PAD de 2009 a 2011 no município de João Pessoa

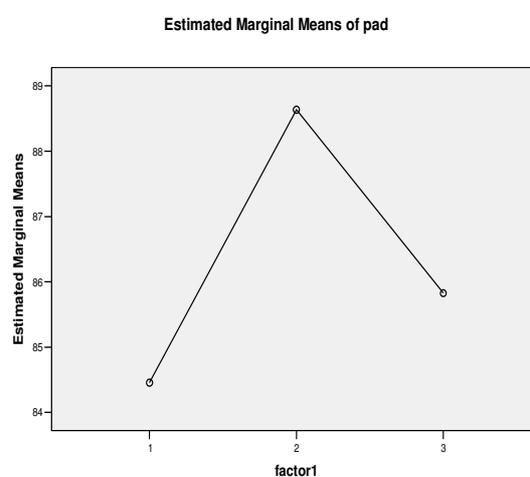


Figura 4.7 - Média das PAS de 2009 a 2011 no município de Campina Grande

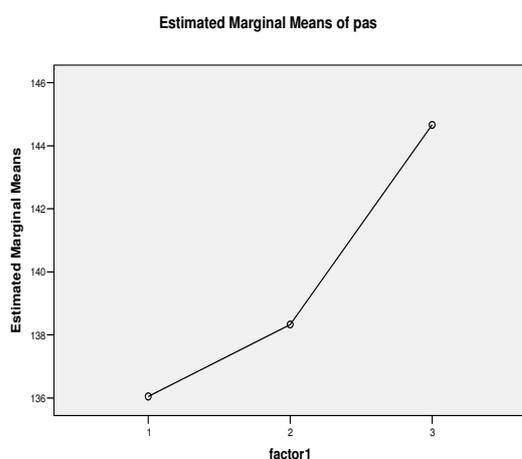
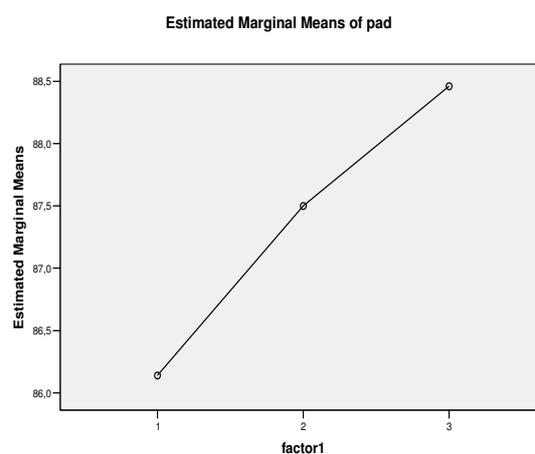


Figura 4.8 - Média das PAD de 2009 a 2011 no município de Campina Grande



4.2 ABORDAGEM QUALITATIVA

Após o agrupamento dos dados das entrevistas, a fim de se obter uma melhor visualização, foi realizado uma análise descritiva das informações coletadas tendo como parâmetro a proporção (Tabela 4.13).

Tabela 4.13 - Estatística descritiva de características dos homens hipertensos atendidos na atenção primária a saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande entrevistados na pesquisa qualitativa, ano 2012

Variável	Sim		Não		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sempre morou no município pesquisado	27	38	44	61	71	100
Tabagista	8	11	63 ⁽¹⁾	89	71	100
Início com < 15 anos	28	54	24	46	52	100
Tempo de fumo < 15anos	9	17	43	83	52	100
Etilista	18	25	53 ⁽¹⁾	75	71	100
Início com < 18 anos	25	41	36	59	61	100
Tempo de consumo < 15anos	12	20	50	80	61	100
Faz dieta	24	34	47	66	71	100
Sedentário	62	87	9	13	71	100
Co-morbidades	34 ⁽²⁾	48	37	52	71	100
Ida freqüente a USF	38	53	33	47	71	100
Medidas de Controle da PA	51 ⁽³⁾	72	20	28	71	100
Conceito de Hipertensão*	02	3	69 ⁽⁴⁾	97	71	100

Fonte: própria pesquisa

(1) 43 são ex-fumantes e ex-etilistas

(2) Destas 10 são diabéticos e 12 são cardíacos

(3) 37 faz só com medicação, 16 com alimentação e 5 com atividade física. O mesmo indivíduo podia apontar mais de uma resposta

(4)32 assumiram que não sabem, os demais expressavam algum sintoma

* Alteração dos níveis pressóricos acima de 140/90 mmHg, associada a alterações funcionais, bem como de alterações metabólicas

A tabela 4.13 revela que apenas 38% (n=27) sempre tiveram residência no município da entrevista, enquanto que 61% (n=44) eram provenientes de outras localidades, situação essa que pode explicar algumas características de seu perfil como hipertenso, uma vez que a vida social e cultural de uma região usualmente exerce influência sobre o comportamento das pessoas.

Mantendo o padrão verificado na pesquisa quantitativa a grande maioria dos entrevistados, no tocante ao seu estilo de vida, declararam-se não fumantes 89% (n=63), porém destaca-se que destes 68% (n=43) já foram fumantes, tendo iniciado o vício com menos de 15 anos de idade (54% - n=28), e que fumaram por mais de 15 anos (83% - n=43).

Na condição de consumo de álcool 75% (n=53) era não etilistas, mas destes 81% (n=43) já vivenciaram o hábito, tendo iniciado antes dos 18 anos (41% - n=25), e mantiveram o vício por mais de 18 anos (80% - n=50).

O sedentarismo no grupo estudado esteve presente em 87% (n=62). Associado a essa condição é relevante o fato de que 66% (n=47) dos entrevistados não realizarem dieta.

Além dos fatores de risco que influenciam de forma direta a instalação da HAS, a existência de outros agravos em 48% (n=34) da amostra reforça o fato de que a existência de doenças crônicas degenerativas, a exemplo do diabetes presente 29% (n=10), dificulta o controle da pressão e do seguimento do tratamento, por exigir dos pacientes o uso de mais medicamentos e de mais restrição no seu estilo de vida.

Percebe-se que 53% (n=38) referiram ir com frequência à Unidade de Saúde, que apesar de ser uma pequena maioria, ainda constitui-se uma parcela pequena, e que isso não tem sido suficiente para manter os níveis pressóricos controlados.

No tocante a adoção de medidas para o controle da pressão 72% (n=51) dos sujeitos declarou adotá-las, sendo que 72% (n=37) fizeram referência ao uso de medicamentos, 31% (16) à alimentação e 10% (n=5) à prática de atividade física.

É importante ressaltar que a percepção de cuidado que cada um trás consigo está diretamente relacionado ao entendimento que se tem do problema. É preocupante o nível de conhecimento dos hipertensos entrevistados sobre a hipertensão onde apenas 3% (n=2) expressaram um conceito que se aproximasse do que a literatura rege, e 97% (n=69) apresentaram desconhecimento do conceito sobre o agravo, sendo que 46% (n=32) assumiram não saber e os demais 54% (n=37) expressaram algum sintoma pertinente ao conceito.

Na sequência da análise dos resultados, após a definição do agrupamento das palavras-chave, por temas e subtemas, buscou-se fazer a relação do saber popular, representado pelo conhecimento que os homens trazem consigo a partir das experiências vivenciadas ao longo da sua convivência com a hipertensão, com o saber científico, construído mediante estudos e experimentações.

4.2.1 Tema 1 – Conhecimento acerca da Hipertensão Arterial

Neste estudo a maioria dos hipertensos expressa desconhecimento sobre o conceito ou entendimento do que seja hipertensão, apesar de ser um indicador importante para a adesão ao tratamento e controle da mesma, conforme os depoimentos a seguir.

[...] Não sei de nada (J148, L.43)

[...] Eu não entendo bem disso não, viu (CN016, L.28)

[...] Isso eu não converso com ninguém não (J347, L.31)

[...] Eu entendo que é meio ruim... pressão alta não é bom não (J470, L.49)

Aqueles que emitiram algum saber, o fizeram do ponto de vista do saber popular, pois apenas relacionaram alguns sintomas e algumas complicações que a HA pode acarretar, sem se referir aos pontos comuns que a literatura traz ao conceituar a hipertensão, a saber: Elevação dos níveis da PA, associação de múltiplos fatores e as alterações metabólicas.

[...] falam que a pressão provoca infarto e derrame essas coisas quando tá muito alta e por isso a pessoa tem que evitar (J311, L.31)

[...] muito perigosa ...muito perigosa...dá infarto... e uma série de coisa pra quem não cuida da pressão alta (J422, L37-38)

[...] a pressão... que ela dá dor de cabeça. Quando ela fica alterada da dor de cabeça na pessoa... (J305, l.26-27)

De todos os entrevistados, apenas dois indivíduos demonstraram uma aproximação com o conceito científico de HA:

[...] Uma descompensação na pressão e que faz a sua pressão aumentar ou diminuir (C104, L.42)

[...] Pressão alta, segundo eu vi, são os estreitamento das veias da gente não é (CN030, L.53)

O conhecimento é um fator essencial para que o hipertenso adote medidas que conduza ao controle da mesma, apenas possível mediante a instalação do tratamento medicamentoso e não

medicamentoso, este último representado por mudanças de atitudes, alterações nos hábitos de vida e a valorização de uma vida saudável.

4.2.2 Tema 2 – Controle da Pressão

Respalhada no fato de que a maioria dos homens entrevistados encontrava-se com pressão não controlada é importante destacar que esta situação perpassa alguns fatores interligados, alguns dependentes diretamente do usuário, e outros diretamente dos serviços de saúde. Considerando essas dependências buscou-se junto a cada entrevistado o seu posicionamento frente à elas, que foram distribuídas por categorias e subcategorias.

4.2.2.1 Categoria 1 - Fatores de risco

A exposição a fatores de risco coloca o homem em condições contrárias ao controle da PA, haja vista que tabagismo, etilismo, sedentarismo e sobrepeso/obesidade contribuem para que diversos efeitos deletérios ocorram no organismo.

No grupo de entrevistados uma parcela bem representativa era fumante, etilista ou já havia vivenciado uma ou duas dessas condições anteriormente. Alguns homens ainda se mantêm presos ao vício do fumo e do álcool, como é expresso nos discursos, e isso pode ser explicado pelo tempo que ele convive com o vício:

[...] Eu comecei a fumar eu tinha a faixa de dez anos. Comecei a fumar e a beber (NJ398, L.102)

[...] Ainda bebo...social. De vez em quando eu tomo um copo de cerveja, um negócio (NJ433,L69)

[...] Ainda tomo assim numa festinha assim numa casa de um familiar eu tomo uma Cerveja, um negocinho... mais só a cerveja mesmo outra bebida não (J311, L.72-73)

[...] Fumo... para mim uma (carteira) dá para resolver... bebo, mas é... é muito pouco (J613, L.61;63;69)

A inserção no vício estava diretamente relacionada à imitação de comportamento, ao apelo da mídia, à aceitação social e influência de amigos ou familiares, haja vista que os mesmos ingressaram precocemente nestes hábitos como pela influência de familiares, amigos e apelo da mídia.

[...] É... que naquela época era assim... Era um orgulho, você ficar na moda... (C137 L.74)

[...] Eu bebia mais por, por, por intermédio de amigo e por farra mesmo,..eu fumava porque a minha mãe me viciou a fumar (CO34, L.90; 93)

[...] A turma saia assim pra beber eu achava bom (CN 162, L.57)

[...] Porque via os outros fumando aí fumava também né (CO81,L 71)

[...] Só por influencia mesmo de festa assim, às vezes se juntava com os amigos (CN42, L.40)

[...] Também...fumar achava bonito também... Para aparecer, ser notado (CN209, L.63)

Alguns entrevistados expressaram que fumavam ou bebiam por vício ou satisfação pessoal, entretanto é importante destacar que ninguém se vicia sem uma iniciação, cujos motivos podem estar centrados nos que foram citados acima.

[...]É vício né, é vício danado (CN406, L46)

[...]...Fumava por prazer e bebia por prazer não tinha motivo para isso não (C 104, L.64)

[...] Só pra curtir mesmo (NJ428, L 72 – 73)

Os motivos que expressaram o que esses hábitos representavam na sua vida são os mais diversos, e muitas das vezes eles se reportaram não ao que representava na época que o fazia, mas ao seu despertar sobre o que eles faziam na sua vida, os prejuízos, as conseqüências.

[...] Só destruição... num leva a nada não viu nego... é sem futuro mesmo (J466, L.87)

Fumo e álcool associados ao sedentarismo tornam-se uma combinação perfeita para o não controle da pressão. Como também é a instalação da obesidade. Por isso esses temas devem ser alvo de ações que busquem o seu combate.

Merece destaque o fato dos sujeitos, mesmo com as orientações que recebem, poucos adotarem uma prática de atividade física e grande parte manterem-se presos ao sedentarismo alguns por não quererem outros por não poderem realizar atividades físicas.. Nos depoimentos abaixo, isso fica muito explícito:

[...] até as caminhadas eu fiquei com preguiça... deixei de caminhar (J311, L. 88-89)

[...] Mas eu não vou dizer que faço caminhada porque não faço não (CN 197, L.114)

[...] É porque é... é eu não posso caminhar, porque eu tenho um problema no joelho(NJ 613, L.26)

[...] Eu sou moco, ando pouco, porque não posso andar ligeiro (NJ 326, L.46-47)

[...]...minha alimentação é... tudo que vem eu traço... não tem negócio de regime comigo (J106,L.18)

[...] Sempre quando eu posso, que eu tenho tempo, eu dou minha caminhadazinha (NJ398, L.36)

Quando o sedentarismo está presente, e não se faz uma dieta adequada, é comum a instalação do sobrepeso/obesidade, fato que parece não incomodar os homens entrevistados, pois comer é tido como prazer e não tratamento.

[...] Eu estava bem mais forte, agora eu estou magro... mas eu como bem...eu estando com fome para comer, eu como de tudo... (J558, L.85-86)

[...]Eu já perdi um quilo... Só se eu fechar a boca e não comer nada... e eu não vou fazer isso(J148, L.170;173)

Estes fatores associados, quando não sofrem modificações, favorecem o não controle da pressão além de abrir espaço para a instalação de outros. Daí residir a importância das mudanças nos hábitos de vida.

4.2.2.2 Categoria 2 – Mudanças de hábitos de vida

A adoção de medidas para manter o controle da PA requer a mudança de hábitos que fazem parte do seu cotidiano, e elas devem estar principalmente ligadas aos fatores de risco. No entanto essas mudanças tanto podem ocorrer de forma positiva, quando há a presença de um fator e ele é abandonado, quanto de forma negativa, quando ele não existia e passa a existir. Nos depoimentos encontram-se as duas condições:

[...] Rapaz, sempre eu fazia a caminhada...Mas baixei mais.... porque as vezes não tenho temp. (J593, L189;191)

[...] Até as caminhadas eu fiquei com preguiça... deixei de caminhar. Ainda ia na praia de bicicleta depois vendi a bicicleta e comprei uma moto pronto, ai foi que acabou de uma vez (J311, L.88-90)

[...] Fumei mais de trinta anos e faz mais de vinte que eu parei (CN053, L.66)

[...] Rapaz... Agora to dando pra caminhar(J508, L.19)

Os motivos que os levaram a abandonar a exposição aos fatores de risco, são os mais diversos perpassando por situações familiares, financeiras, influência religiosa, vontade própria e orientação profissional.

[...] parei porque eu quis mesmo. E a médica pediu a mim (NJ398, 102; L.108)

[...] Eu mesmo, porque eu não tava dormindo e nem a comida eu sentia o gosto da comida (fumo) ... Aí depois fui criando juízo, casei, e aí parei (bebida) (NJ326, L.125; 159)

[...] Não precisava mais de eu fazer isso, Pela condição financeira e... e podia ser que a saúde também tivesse afetando... Ele (médico) disse, deixe a bebida. porque não pode... (NJ429, L.158-159; 210)

[...] Deixei porque eu não era viciado, agora na bebida era que eu era (CN057, L.50-51)

[...] Ah, porque eu tive um encontro com Jesus e aceitei ele como meu salvador e ... me livrou de tudo(J438, L.78-79)

[...] Pela condição financeira ... que tava com ele só dava pra comprar o pão e o leite, né? E não o cigarro (J429 L.158)

Diante desses fatos, é importante entender como os sujeitos da pesquisa compreendem o sentido de se cuidar e como estes o fazem. Poucos sujeitos, afirmaram que, no dia a dia para cuidar da sua saúde não adotam nenhuma atitude com esta finalidade fora a formalidade de ir ao profissional.

[...] Não faço nada (CN145, L.20)

[...] Não faço nada pra minha saúde, só vou ao médico mesmo (J488, L.23)

Destaca-se uma grande parcela dos entrevistados expressando um entendimento de que o cuidar da sua saúde está voltado para o uso de medicamentos.

[...] Eu, tomo uns medicamentos adequados, que eu posso tomar e faço minha dieta normalmente (J593, L.32)

[...] É tomar a medicação controlada, correta (NJ489, L.45)

[...] Dia à dia é normal, eu tomo remédio (CN069,L.18)

[...]... é remédio, no dia a dia é remédio, é de manhã, de meio dia, de noite antes de dormir ...Tem que tomar remédio (CN069,L.18)

Nesse sentido, a forma como cuidam da sua saúde, no tocante a esses fatores de risco, adotam diversas conotações conforme o entendimento que cada um trás consigo sob como esses fatores atuam no seu organismo. Encontra-se, porém uma boa representatividade e significância daqueles que atrelam como cuidado da saúde práticas de atividades físicas, dieta e a ausência de vícios.

[...] caminhada... eu faço todo dia uma caminhada ...uma caminhada...procuro me cuidar ...não fumo ... nunca fumei... nunca bebi.....isso aí conta (J338,L.17)

[...] Alimentação boa, que eu gosto (JO469, L.31-31).

[...] Dentro do possível, né? Tomando medicamento e a alimentação (NJ434, L.18)

A associação destas formas de autocuidado quando combinadas, não trabalhadas isoladamente, torna-se um fator essencial para determinação do controle da PA. A sua ausência ao contrário, conduz a exposição a determinantes que favorecem o seu não controle, colocando os

indivíduos em condições de vulnerabilidade. Por isso os SS devem estar preparados para enfrentá-los, seja através dos serviços ofertados ou dos profissionais que os compõe para atendê-los e acompanhá-los.

4.2.2.3 Categoria 3 - Serviços de Saúde

A forma como os SS operacionaliza suas ações leva ou não a criação de vínculo entre o usuário, o serviço e o profissional que executa os atendimentos. Sendo os SS da APS porta de entrada do SUS eles são diretamente responsáveis pela assistência e acompanhamento do usuário hipertenso. A qualidade e a forma como eles ocorrem colaboram significativamente no controle da pressão.

Entende-se que ao procurar o SS o que tenha motivado o usuário seja o atendimento, que perpassa pela consulta, aferição da PA e das medidas antropométricas, oferta de orientações e a prescrição de medicamentos e solicitação de exames. Os entrevistados expressaram, na sua grande maioria, que a procura pelos serviços se dá basicamente para ir pegar a medicação. Apenas alguns afirmaram ir à consulta.

[...] É porque às vezes eu vou pra receber o medicamento (J593, L.168)

[...] Quando eu vou pegar as coisas eu passo pela médica (J311, L.104)

[...] É eu pego o remédio, tomo o remédio, ai num tem pra que... (J488, L.114)

[...] homem, ...a lhe dizer uma consulta que eu fiz, foi o mês passado (J398, L.169)

[...] Assim eu vou fazer uma espécie de uma consulta. Eles só fazem tirar a pressão. Aí eu não digo nada (JN326, L.100-101)

Diante dos enunciados torna-se claro que a presença dos usuários no serviço é rápida, não havendo tempo para ocorrer uma efetiva consulta com todos os requisitos que a compõe, seja ela realizada pelo profissional médico ou pelo enfermeiro. Percebe-se que o profissional que mais mantém contato com eles é o técnico de enfermagem.

[...] É a gente vai ali, aí as meninas dar receita, carimba e a gente vai até a farmácia... (J458, L.85)

[...] Lá é o seguinte, a pessoa que faz, não é? Que verifica, ela sempre é bacana... não é formada. E me atende bem (J429, L.295;299)

[...] Bem, a moça lá que ta me atendendo sobre esse negócio é uma pessoa legal (NJ398, L.175)

Outro ponto que destaca esse atendimento está relacionado às ações oferecidas, que normalmente são realizadas na pré-consulta, por parte dos profissionais de apoio, como informações preliminares para a condução da consulta.

[...] Rapaz, quando eu chego lá eles tiram pressão, mede a pressão né, pergunta o que é que a pessoa tá sentindo (CN 160, L.108-109)

[...] Atendimento, tira pressão, mede, faz a medida o peso, não, pesa e tira a pressão, mede a pressão (CN 145, L.163-164)

[...]Ai tirava, fazia peso, pesava, tirava a pressão, aí saía e levava o remédio (CN 143,L.102)

[...] Verifica a pressão, a mesma coisa...de vez enquanto a altura, o peso, a medicação... (J088, L.128-129)

Esse conjunto de fatores faz com que haja uma quebra de vínculo entre o usuário/serviço/profissional, e desta forma faz com que o acesso ao serviço seja prejudicado, fazendo com que eles espacem muito sua ida ao serviço, seja para acompanhamento ou para atendimento. Foram encontrados, mediante tempo auto-referido, ida aos serviços de saúde com espaçamento entre uma visita e outra que variava de sete dias a seis meses.

[...] Num, nem me lembro mais (C143, L.95)

[...] Faz mais de ano já (CJ448, L.112)

[...] Toda vez quando eu vou. Semana passada eu fui... (NJ326, L.255)

Este espaçamento entre as consultas também tem relação direta com a presença ou não do profissional no serviço. Sabendo que sempre encontra o profissional o sujeito se torna mais presente, o contrário cria uma situação oposta. Destacam-se também os profissionais de saúde

como fator contribuinte para o controle da pressão, pois são eles que fazem o acompanhamento e monitoramento dos usuários hipertensos. Além de visualizar as medidas a serem adotadas para esse intento.

[...] Eu chego lá ela pergunta, quer saber de tudo que eu sinto... eu digo pra ela...Me ensina direitinho, diz como é pra eu tomar(C034,L.159-160;162)

[...] Aí a médica sempre passa um remédio assim para eu...(NJ317, L.27-28)

[...] Ultimamente não tem vindo mais não. Tem hora que não tem médico, tem hora que não atende direito (C099, 76; L.81)

[...] Só danado para entrar de férias... Foi, não foi, está de férias. Ai às vezes falha (CN 197, L.97-98)

[...] Dessa vez eu num passei pela médica não que ela tava, tá de férias, quer dizer é o que me falaram (C006,L.76-77)

Outro fator que deve ser considerado nos SS é a sua estrutura. E quando um serviço passa a atender duas comunidades, no qual o número de usuários atendidos dobra, pode ser também motivo de afastamento do hipertenso, pois isso o faz esperar muito ou ter seu atendimento muito rápido.

[...] Uma demora... porque agora englobou gente de muitos bairros e ele ficou muito lotado e eu sou do tipo de cara que eu não posso tá numa fila esperando(C104,L.101-102)

[...] Foi rápido, não, muito rápido porque tem muita gente, tem que esperar a vez não é? E como todo canto tem uma ficha tem uma filazinha pra esperar... tem que chegar lá tem que ir de quatro horas da manhã pra pegar a ficha (J593, L.174-175; 161-163)

[...] Aí ficava esperando, quando era depois, em vez de avisar antes num avisava...de ultima hora, a médica num vem hoje não, vem tal dia, no dia ia, já num vinha mais, aí eu deixei de ir lá (CN053,L.156-158)

Os serviços existem e são implantados para atender à demanda que o busca, porém essa procura está estreitamente ligada a satisfação que o usuário tem do serviço. Essa satisfação por sua vez é mediada pelo quanto ele recebe de resposta aos seus problemas.

4.2.2.4 Categoria 4 - Satisfação do usuário

Alguns elementos são fundamentais para tornar o usuário satisfeito com o serviço. Esses passam pelo acolhimento, pelo suporte recebido a partir da presença dos profissionais e do acesso a exames, medicamentos e serviços.

Tomando como ponto norteador esses critérios os homens investigados mostraram-se em grande parte satisfeitos com o serviço, atribuindo-lhe uma qualidade positiva, expressa pela satisfação com o atendimento recebido e atenção que recebe enquanto ser humano, configurando-se para eles um bom acolhimento.

[...] Pra mim é ótimo... Eu chego, o pessoal me atende logo (NJ433, L.98;100)

[...] Aqui, quando eu chegava eu já entrava brincando com todo mundo e Dr. Martíns sempre fez questão de me atender primeiro. Não sei se pela idade ou se pela minha condição de saúde e sempre fui muito bem atendido não só pelas enfermeiras (C104,L.109-111)

[...] Foi ótimo, ele...o medico dai é bom de mais (CN162, L.92).

[...] É para mim está muito bom, a médica é excelente, é uma médica muito boa ela... eu gosto muito dela... (JO469, L.193 -194).

Todavia uma pequena parcela, constituída de nove usuários atribuíram ao serviço, pelos mesmos motivos, uma qualidade negativa, representada por razoável e ruim, cuja avaliação se relacionava a forma de acolhimento, ou seja, a forma como é recebido e é atendido. Os pontos que receberam mais ênfase por parte dos entrevistados foram demora para iniciar, espera prolongada e falta de vínculo.

[...] O atendimento aí num é bom pra nós, de jeito nenhum não é...tem hora que num tem médico, tem hora que num atende direito né (CN406, L.80-81).

[...] Porque ela não atende bem, ela olha pra você parece que tá com raiva de você...Ela não dá bom dia (J429,307-308)

[...] Aí fora tem um bocado de gente esperando. Aí o pessoal pensa que o senhor tá me atendendo. O senhor não tá me atendendo, tá atendendo sua caneta (NJ 326, L.213-215)

[...] Mas não foi tão bom mesmo do jeito que era pra ser, mas atendeu (NJ518 L.187)

O acolhimento é imprescindível para garantir ao usuário a criação de vínculo através da satisfação. Entretanto o SS deve ter suporte suficiente para atendê-lo ofertando-lhe os serviços que lhe garantam o tratamento e acompanhamento. Suporte para consultas, exames e acesso a medicamentos.

[...] Porque eu já levo os exames da outra pra ela olhar... e só ver como ta só acompanhar. Porque já vem tudo encaminhado da outra médica (J 311, L.107-108)

[...] Quando eu to me sentindo mal eu vou pra o posto médico daqui, faço uma consulta faço os exames que ele pede. (J 448, L.20-21)

[...] Eu chego no posto, peço uma requisição pra fazer uns exames sérios (J428,L.287-298)

O uso de medicamentos é parte do tratamento da hipertensão e é associado ao não medicamentoso quando ela está no estágio grave. Por isso o mesmo deve ser disponibilizado nos SS a fim de garantir a continuidade do tratamento e seu impacto no controle da pressão. Porém nem sempre eles são compatíveis com o hipertenso ou mesmo é disponibilizado na unidade que o atende. Isso muitas vezes pode se tornar uma barreira a adesão do tratamento.

[...] Ele me deu o remédio.... ele só me deu o remédio de pressão (J470, L.66)

[...] eu tomava os remédios de lá... aí a médica deu outro remédio sabe ...o outro dava tosse, não me senti bem o captropil... aí eu compro na farmácia (J471,L.121-122)

[...] Olhe o único problema desse posto é o de pegar os remédios tem que pegar lá em cima, no outro postinho (C137,L.115-116)

[...] Eu pego...aí eu pego só a receita o remédio eu pego lá na farmácia... uns eu pego, outros eu compro (C034,L.144;146)

Esta lacuna na acessibilidade aos medicamentos, pode levar ao não controle da pressão, uma vez que os usuários na maior parte do tempo usam o medicamento como única forma de tratamento, conforme expresso nos depoimentos.

[...] É variado. Tomo remédio, num tomo remédio, tomo remédio, num tomo... Ela é assim (NJ613, L.130 -131)

[...] Que é sempre o medicamento que eu tomo (NJ398, L.183)

[...] É... é esses cortes aí de massa, gordura e o remédio também, não é (NJ433, L.105)

[...] É tomar a medicação, que eu tomo (NJ489, L.265)

[...]Rapaz, regularmente tomo meus medicamento (Nj434,L.114)

Satisfeito ou não o usuário frequenta o serviço, seja de forma esporádica ou contínua. No entanto percebe-se que há uma lacuna neste atendimento, pois os indivíduos apresentaram níveis pressóricos não controlados. Pode-se inferir que essa situação está relacionada diretamente ao entendimento que eles têm sobre o autocuidado, já que a incorporação do tratamento não medicamentoso é uma realidade da minoria.

[...] A alimentação sabe, caminhando, ...que antes eu não tinha tempo... eu to caminhando , andando de bicicleta... sabe o controle ...é...caminhar , nadar e andar de bicicleta (J471, L.129 -131).

[...] A dieta que eu faço... Não comer sal, não é? E as comidas sem gordura, o feijão que eu como é o verde né? (J593, L.182 -183).

[...] Eu num faço extravagância, não como muita comida salgada e pronto (J448, L.132)

[...] É tomar o remédio da gente, tomar o remédio da gente direito não é, fazer o certo e num deixar de tomar, controlado (CN406, L. 15-16)

[...] Tomo o remédio, um bocado de remédio controlado (C006, L. 14).

Diante de todos os fatos apresentados o acompanhamento contínuo é necessário, o que exige a presença do usuário rotineiramente no serviço, pelo menos a cada dois meses. Para que isso ocorra é necessário que o usuário entenda a importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, tenha vínculo com serviço e esteja satisfeito com o que lhe oferecido.

5 DISCUSSÃO

5.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA

Para se obter o controle da pressão arterial (PA), uma das condições que deve ser observada e seguida é o acompanhamento do usuário pelos profissionais que compõe as equipes dos serviços de saúde, seja ele médico ou enfermeiro, de forma que possa oferecer ao mesmo um atendimento que perpassa pela consulta, e que esta compreenda ações, não só de prescrição de medicamentos, mas de toda e qualquer tipo que conduza ao sucesso do tratamento, que se traduz no controle dos níveis pressóricos. Entretanto neste estudo, reforçando o de Andrade (2011) este fato não ocorreu.

A análise do perfil sócio-demográfico dos usuários permitiu se observar que em todas as variáveis estudadas (sociodemográficas e fatores de risco) a condição mais freqüente foi a de Pressão Arterial não controlada (PANC), o que leva ao entendimento de que as ações e tratamentos ofertados aos homens hipertensos não estão sendo efetivos para levar ao controle PA. Este resultado encontra respaldo no estudo de Sajulian (2009) onde destaca-se que o uso dos serviços prestados não alteram significativamente os níveis pressóricos e Silva C.S (2011) relata que para a ocorrência do controle pressórico adequado este deve passar pela adesão ao tratamento e acompanhamento pelo Serviço de Saúde (SS), e mesmo os indivíduos no seu estudo tendo apresentado percentuais satisfatórios para adesão/vínculo o resultado mais satisfatório foram para aqueles que apresentaram a condição de PANC.

Andrade (2011), Dias et al. (2009), Monteiro et al. (2005) e Sousa, Sousa e Scochi (2006), trazem como explicação para essa situação a falta de adesão por parte dos hipertensos aos esquemas terapêuticos e à orientação inadequada fornecida pelos profissionais de saúde. Silva C.S (2011) destaca que a PA apresenta certa instabilidade de valores, que sofre alterações conforme determinados estímulos, por isso para uma devida análise se faz necessário um acompanhamento mais contínuo.

Para um melhor entendimento do porque desta condição, buscou-se junto aos usuários os motivos que os levavam a buscar os SS, e nas entrevistas foi revelado que a motivação para eles freqüentarem as Unidades de Saúde estava além da consulta de acompanhamento, pois se

constituía um momento para buscar medicação, pegar solicitação de exames, entre outros, ou seja, atender a interesses individuais, mas não necessariamente voltados ao acompanhamento da hipertensão. Este dado reforça os achados de Andrade (2011), Palota (2010) e Couto et al. (2010) cuja condição encontrada foi semelhante, na qual os sujeitos apresentaram baixa adesão aos SS com um déficit acentuado no retorno às consultas médicas, cuja ida aos SS não tem como motivo a prevenção e sim o tratamento de agravos instalados e o uso da farmácia.

Brasil (2011b), atento ao perfil dos usuários hipertensos, recomenda aos profissionais de saúde, para um melhor controle da HAS, o acompanhamento destes com consultas rotineiras, nas quais sejam realizados o exame clínico, a prescrição de medicamentos, a solicitação de exames e a oferta de orientações. Araújo; Guimarães (2007) afirmam que o quando uma adesão é bem sucedida, ela gera uma maior regularidade no tratamento e oferece maiores oportunidades para ajuste da dose dos medicamentos e supervisão da terapêutica não medicamentosa.

Ainda se faz necessário entender porque alguns homens, mesmo querendo comparecer aos SS, estão impedidos de tal feito, seja pela questão de acessibilidade geográfica, seja pela questão física, ou pelo fator tempo, o que não se pode é culpabilizá-los pela sua ausência. Brasil (2008b) lista como causa para a baixa procura aos serviços a incompatibilidade de horários, já que o horário de funcionamento das unidades coincide com o das suas atividades laborais e para sanar este problema, Santos (2010) aponta, como estratégia operacional, a implantação de horários alternativos de atendimento ao grupo masculino, como a implantação do funcionamento das unidades a noite.

Todas estas questões perpassam pelo entendimento que o homem tem sobre acesso e o que os serviços podem oferecer, uma situação que se encontra ainda engessada, e para se avançar nessa discussão, conforme Gomes; Nascimento e Araújo (2007) é importante dar voz aos próprios homens, para que eles possam se expressar e desta forma melhor compreender as questões envolvidas no seu acesso aos SS.

O entendimento de direito, que cada homem trás consigo, influencia diretamente na sua condição de acompanhamento, assim ao se analisar a variável tipo de usuário, na qual se destaca a condição de acompanhado ou não acompanhado conforme as recomendações da V Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH; SBC; SHN, 2006), foi encontrado nos dois municípios estudados uma maior frequência para o não acompanhamento, uma vez que nos prontuários não foi detectado o registro mínimo de consulta para este fim, demonstrando que,

muitas das vezes o não acompanhamento não se encontra no fato do hipertenso deixar de ir ao serviço, e sim a forma como é registrado o atendimento.

Por tratar-se de um estudo temporal os indivíduos podem mudar de uma condição para outra no período, podendo ser essa uma mudança positiva quando passa da condição de não acompanhado para acompanhado e negativa quando ocorre exatamente o contrário.

Assim, um ponto merecedor de atenção é a forma como o serviço operacionaliza o registro dos dados, que por não ocorrer permanentemente no prontuário, às vezes ocorrendo apenas no cartão do usuário, faz com que os dados tornem-se incipientes para uma efetiva avaliação da condição de acompanhamento do usuário. Daí a necessidade de se rever e reorganizar as estratégias de registro, uma vez que é a partir dos prontuários que se faz o apanhado de dados, e eles só revelam o que foi informado.

Ainda merece destaque o fato de que, durante as abordagens feitas aos usuários para completar os dados da pesquisa, muitos deles informaram a existência do registro das pressões nos cartões de acompanhamento, situação semelhante encontrada no estudo de Silva, C.S (2011), o que serve para revelar que há a necessidade de reorganização dos SS, no que tange, além do atendimento, à manutenção dos seus arquivos. Outro fato que reforça esta condição foi o depoimento de duas enfermeiras, em duas unidades visitadas nos contatos prévios para coleta dos dados, de que muitas vezes o hipertenso era atendido e o registro feito apenas no cartão.

Essa realidade fere as exigências do Ministério da Saúde (MS) no que tange aos critérios de acompanhamento, e gera uma série de incompatibilidade dos dados, quando se faz o cruzamento de informações dos vários sistemas que integram o Sistema Único de Saúde: HIPERDIA, Sistema de Informação da Atenção Básica, dentre outros.

Chazan e Perez (2008) apontam a existência de muita discrepância entre as informações referentes à alimentação do sistema e aos registros encontrados, na maioria das vezes resultante das dificuldades no processo de trabalho das equipes de saúde, cujos profissionais tendo, além das suas atribuições específicas, a atribuição de preencher diversos formulários, que acaba sendo visto como perda de tempo e por isso relegado a um segundo plano. E desta forma os dados se tornam insipientes. Outro ponto que esta falta de registro acarreta é tirar do prontuário sua condição de instrumento de avaliação, monitoramento, pesquisa e defesa jurídica.

A evidência da ausência de acompanhamento, definida pela falta de registro, é muitas das vezes explicadas como culpa do usuário, e na transferência de culpa se mascara a desorganização dos SS e falta de vinculação do usuário com o serviço e os profissionais.

Esta é uma situação crítica, uma vez que o acompanhamento do usuário permite a avaliação destes pelos profissionais através da consulta, do exame clínico e da solicitação de exames. Mas isso tudo só é possível quando há uma boa relação entre usuário e SS e nesse sentido Starfield (2002) destaca que a forma como as pessoas interagem com o sistema de atenção as conduz a decidirem sobre o quanto, como e o que utilizar deste sistema.

Quando este vínculo não é tão acentuado a ida do homem hipertenso se faz pelo estímulo recebido por alguém de seu convívio direto. A análise da condição de situação conjugal revelou que a maioria dos sujeitos da pesquisa convive com alguém seja por consangüinidade, laços conjugais ou não, este dado é relevante uma vez que a presença de uma pessoa ajuda o hipertenso a conduzir melhor o seu tratamento, pois este assume o papel de cuidador, zelando pela refeição, horário de medicamento e outras atividades que contribuem para o sucesso do tratamento.

Gravina; Grespan e Borges (2007) afirmam que a presença permanente de um companheiro é um grande aliado para ajudar no dia-a-dia, além de servir como um grande suporte emocional. Estudos de Tobe et al. (2005) revelam uma maior prevalência de hipertensos em indivíduos casados, como é o caso da maioria dos estudos e Cesarino e cols. (2008) apontam que a responsabilidade e a preocupação familiar pode ser um fator de risco para o desenvolvimento da HA. Porém pode-se destacar que essa maior prevalência pode estar exatamente no fato de que, uma companheira incentiva mais o homem a buscar os SS e com isso promovendo a detecção do agravo e, conseqüentemente, seu registro, o que passa despercebido muitas vezes nos sujeitos solteiros.

Outro fato relevante para a questão do acompanhamento e do controle da PA é o nível de escolaridade. Neste estudo foi possível observar que nos dois municípios o nível de analfabetismo era mínimo, pois a maioria trazia consigo algum grau de estudo, mesmo que poucos apresentassem níveis mais elevados, propiciando melhores condições de assimilação e interpretação das informações recebidas, do que aqueles sem nenhuma escolaridade,

Silva, C.S (2011) destaca que o maior número de analfabetos brasileiros tem 65 anos ou mais e possuem baixa renda, o que dificulta a compreensão de alguns questionamentos. Cipullo

et al. (2009) apontam que indivíduos com nível de escolaridade mais baixo apresentam uma maior prevalência de hipertensão em todos os grupos etários e Costa et al. (2007) contribuem afirmando que existe uma maior prevalência de HA em indivíduos com menos de 4 (quatro) anos de escolaridade, geralmente decorrente da falta de conhecimento dos fatores de risco e do déficit em atividades preventivas.

A baixa escolaridade apresenta um percentual considerável nos não brancos e considerando que a literatura aponta a raça negra como mais vulnerável à hipertensão, torna-se perceptível o quanto os sujeitos deste estudo estão susceptíveis a esse agravo. Considerando o alto o grau de miscigenação brasileira, o que dificulta a triagem de brancos e negros, optou-se neste estudo por trabalhar-se com duas categorias na variável etnia, definidas como brancos e não brancos, sendo incluída nesta última negros e pardos.

Nos dois municípios se destacou como mais prevalente o grupo não branco, reforçando os achados de outros estudos, como o de Costa et al. (2007) no qual os indivíduos deste grupo apresentam o agravo em maior prevalência e o de Magnabosco (2007) onde a hipertensão foi duas vezes mais frequente que na branca, cuja explicação encontra respaldo na genética pelo fato dos negros apresentarem maiores níveis de vasopressina plasmática e um maior declínio da resposta renal, e associado a isso encontram-se as condições socioeconômicas, como destaca Brasil (2006a). Silva, C.S (2011) acrescenta que essa é uma condição que se repete nos achados da literatura brasileira, na qual o percentual de HAS na população negra é mais elevado que na branca, sem contar que a gravidade da doença também é mais incidente neste grupo.

Independente da cor é imprescindível lembrar que o processo de trabalho conduz o homem a manter sua capacidade produtiva, sua independência financeira e seu papel de provedor, constituindo-se um forte fator para a manutenção da figura masculina construída historicamente. O estudo revelou que menos da metade dos hipertensos estão inseridos no mercado de trabalho, por ocupação formal ou não, o que os conduz a um descuido com sua saúde, mantendo-os mais afastados dos SS e de práticas preventivas, haja vista que suas atividades laborais assumem mais importância.

Em seu estudo Schraiber; Gomes; Couto (2005) e Brasil (2008b) destacam como razões para os homens não irem aos serviços de saúde a falta de tempo, impossibilidade de deixar as atividades, ou medo da relevância do problema de saúde afetar o posto de trabalho. Daí a

necessidade de se implantar ações que estimulem a ida e a presença deste grupo de forma mais freqüente aos serviços de saúde.

É importante ressaltar que essa condição de provedor é que lhe garante a sobrevivência, gerando uma renda que lhe proporciona acesso a bens e serviços. A renda contabilizada nos dois municípios foi maior que dois salários mínimos, destinada tanto para o sustento da família, como para dar suporte ao tratamento, principalmente no tocante à aquisição de medicamentos, quando estes não são ofertados pelo SUS. Dias et al. (2009) reafirmam a importância dos serviços públicos de saúde como suporte ao tratamento dos hipertensos, uma vez que esses possuindo baixo poder aquisitivo não podem ter acesso a planos particulares e Magalhães et al. (2010) destacam que a baixa renda limita a capacidade de adquirir recursos necessários para a manutenção da saúde, como alimentação adequada, acesso ao lazer, a prática de atividade física e o acesso ao SS.

Com a mudança no perfil demográfico do Brasil e do mundo em que a população cada dia se torna mais idosa, a amostra deste reforça este achado quando apresenta estudo a grande maioria com idade acima de 60 anos, ponte de corte adotado pelo MS para definir o indivíduo idoso. Este estudo reforça os estudos de Silva, C.S (2011) e Andrade (2011) que encontraram característica semelhante nos indivíduos da sua amostra. Na velhice, os homens se confrontam com a própria vulnerabilidade, levando-os a buscar mais os SS em decorrência dos quadros irreversíveis de adoecimento, como resposta à falta de ações de prevenção ou de tratamento precoce nas idades mais tenras (Brasil, 2008b).

Nessa categoria é comum o aparecimento das HAS decorrente da redução da complacência dos vasos, do enrijecimento das artérias e da diminuição de sua elasticidade, que associado a outros aspectos fisiopatológicos comprometem a função circulatória. Silva e Figueiredo (2012) corroboram destacando que a aterosclerose faz associação com a HAS pelo comprometimento da passagem de sangue, e pelo fato de provocar um aumento na permeabilidade das paredes endoteliais à fluidos e macromoléculas, causando aumento do fluxo de substâncias da circulação para a parede vascular.

O aparecimento da HAS mantém relação direta com fatores de risco modificáveis tais como tabagismo, etilismo e sedentarismo, este último por sua vez mantém uma relação direta com o sobrepeso/obesidade, e o homem, enquanto ser que se acha invulnerável e por isso se expõe continuamente a estes fatores, os utiliza até como reforço da sua masculinidade.

Nesse estudo foi possível observar que os homens hipertensos atendidos na atenção primária em João Pessoa na sua maioria não são etilistas, tabagistas ou sedentários, e em Campina Grande muda no tocante ao sedentarismo, pois a maioria é. Os não tabagistas e não etilistas, em uma grande proporção, já foram um dia, por um período superior a 15 anos e com início dessas práticas com idade precoce, inferior a 18 anos, caracterizando um grupo que ainda não tem maturidade para escolha e sofre a influência de vários determinantes como moda, amigos, propagandas, entre outros. Destaca-se também que o abandono destas práticas deu-se pelas mais diversas causas como vontade própria, a percepção que lhe fazia mal, cobrança de familiares entre outras, tendo pouca relação com as recomendações profissionais.

Dias (2009) afirma que para um melhor controle da HA se faz necessário o controle dos fatores de risco modificáveis, cuja ocorrência mesmo se dando em índices baixos determinam influência direta na queda dos níveis pressóricos da PAS e da PAD. E Sajulian (2009) reforça afirmando que o controle da PA depende das modificações nos hábitos e estilo de vida.

O hábito do tabagismo esteve mais presente no município de Campina Grande (CG), um dado que poderia buscar explicação no clima do mesmo, que por ser frio os levam a buscar uma forma de aquecer-se. Todavia tanto em CG como em João Pessoa (JP) os sujeitos que se declararam não fumantes, por atender a alternativa do instrumento de coleta, quando abordados na pesquisa qualitativa declararam, com um percentual bem significativo, que já fumaram na vida, começando ainda adolescente e estendendo o vício por mais de 15 anos. Mas essa mudança de condição é um fator determinante para melhorar a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, pois como Nunes (2006) afirma consumo de tabaco provoca efeitos impactantes na saúde e na esperança de vida, pois atinge praticamente todos os órgãos e altera suas funções, e por isso quando mais cedo se parar de fumar mais cedo se acabam seus efeitos deletéricos.

É importante destacar que com o incentivo de programas de combate ao tabagismo houve uma redução considerável na incidência deste fator. Dados do INCA (2011) apontam que no Brasil em 1989 o tabagismo incidia em 35% da população de 15 anos e mais e em 2008 neste valor caiu para 17,2% e ele desponta como a segunda causa de morte no mundo e dentre as causas se encontra a hipertensão arterial. Silva, J.A.G (2011) corrobora afirmando que ele reflete a desigualdade social do país, pois seu número decresce à medida que cresce o número de anos de estudo, e que a idade de iniciação ocorre na maioria das vezes após os 15 anos, mas que nos

grupos de baixa escolaridade a experimentação começava antes dessa idade, os levando a adentrar no vício e mantendo-o por longos períodos de vida.

No tocante ao uso do álcool, os dois municípios apresentaram resultados satisfatórios no que diz respeito aos homens estarem afastados deste hábito tão nocivo ao organismo, que durante muito tempo tem sido utilizado como promotor de relações sociais, se fazendo presente em cerimônias, datas comemorativas e encontros. Nesta variável também na pesquisa qualitativa foi possível observar que a grande maioria dos entrevistados que se declararam não consumidores de álcool, já o havia sido um dia, com início antes dos 18 anos e o fazendo por mais de 18 anos.

Magalhães et al. (2010) destacam que a ingestão de álcool por períodos prolongados elevam a PA e a mortalidade de causa cardiovascular, e sua redução promove uma queda nos níveis da PAS e da PAD em média de 3,3 mmHg e 2,0 mmHg. O consumo de álcool permanente e com volume superior a 30g de etanol dia apresenta efeito deletérico no organismo masculino, e no estudo de Martins et al. (2010), esta variável manteve associação com a HA com um Odds Ratio (OR) de 2,94. Esta condição é reforçada pelo fato de o álcool ser aceito social e culturalmente, mesmo que em cada situação ou segmento tenha significado diferente, fazendo com que seu acesso seja facilitado, tanto legalmente como pelo custo, que se adéqua aos vários segmentos sociais.

Mesmo que a população deste estudo tenha sido caracterizada por indivíduos não fumantes e não etilista, merece destaque o fato de a maioria não se encontrar com a condição de pressão arterial controlada (PAC), e talvez este fato possa ser justificado pelo tempo em que estes sujeitos estiveram submetidos aos efeitos nocivos do tabaco e do álcool. Resultado semelhante foi encontrada no estudo de Rosário et al. (2009), cuja explicação para o fenômeno foi dada como causalidade reversa, em função do tempo em que foi observado. Brasil (2008b) destaca que o uso de álcool e cigarros, ainda, está diretamente relacionado aos indicadores de morbimortalidade e por isso requer ações enérgicas.

A existência desses dois hábitos trona-se mais agravante às condições de saúde quando associado ao sedentarismo, que por sua vez leva ao sobrepeso/obesidade. Em seu estudo Magalhães et al. (2010) destacam que a mortalidade e o risco de Doenças Cardiovasculares (DCV) é duas vezes maior em sedentários e que o exercício aeróbico é capaz de reduzir a pressão arterial sistólica (PAS) em 7 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) em 5mmHg. Diante do que o autor expressa fica bem explícita a relação entre a prática regular de atividade física e a

melhoria na saúde de quem a pratica, pois além do benefício da perda de peso, ela age também sobre outros fatores que podem colaborar para a instalação da HAS.

A presença do sedentarismo e do sobrepeso nos homens do estudo pode servir como justificativa para a presença da PANC nos dois municípios. O fato de no município de JP este valor ser menor pode ser devido à existência de praias que acaba sendo um atrativo para as práticas de atividades físicas, seja caminhar, pedalar ou nadar, dentre outras. Já o município de CG expressa valores maiores, cuja ocorrência pode receber como justificativa o clima, que por favorecer a ocorrência de chuvas frequentes e por períodos prolongados, faz com que os hipertensos busquem com menor periodicidade as atividades físicas ao ar livre.

Associado a este fator é importante destacar o fato de que os homens, além de sedentários e em sobrepeso, mantêm uma alimentação livre, comendo o que e o quanto gosta, podendo ou não. É relevante destacar que os hábitos alimentares estão muito atrelados aos valores, crenças e recursos que cada um dispõe, e estão ancorados na grande disponibilidade de alimentos processados, na maior facilidade de aquisição e na diminuição do tempo disponível para o preparo dos alimentos. Os dados desse estudo são contrários aos de Zarte et al. (2010) cujo trabalho revela que indivíduos mais jovens tem tendência a restringir nutrientes que são referenciados como medida preventiva às doença cardiovasculares, ou seja, sendo este estudo caracterizado por uma população idosa, era de se esperar que os mesmos mantivessem uma dieta mais adequada, selecionando na medida do possível alimentos que favoreçam a saúde.

Fazendo uma conjuntura com os fatores de risco modificáveis sabe-se que não se combate cada um isoladamente e se sim com a adoção de estratégias que tente combatê-los conjuntamente e é nesse contexto que a SBH; SBC; SBN (2010) recomendam a adoção de medidas que perpassa pelo cuidado nutricional, tendo como meta a manutenção do peso adequado, a redução do consumo de sal, a moderação na ingestão de álcool, o controle do consumo de gorduras, a inclusão de alimentos ricos em potássio na alimentação diária, a prática regular de exercícios aeróbicos, o abandono ao tabagismo e o controle do estresse emocional.

Mais uma vez merece destaque as ações dos profissionais que atuam nos SS, que a partir das suas orientações/recomendações podem levar o indivíduo a mudar de status. No entanto, no estudo quando se avaliou a mudança de condição, considerando-se que isso adota uma perspectiva de tendência temporal, no período 2009 a 2011, e estendendo essa avaliação para a pesquisa qualitativa realizada em 2012 observou-se que tanto nos níveis pressóricos, como nos hábitos de

tabagismo, etilismo, foi bem significativo o número de sujeitos que não mudaram de condição, mas é importante considerar que esse aspecto possui dois lados, o positivo, quando o indivíduo mantém uma condição que é favorável a sua saúde e o negativo quando ocorre o contrário.

Nesse sentido encontra-se a condição de sedentarismo e sobrepeso/obesidade nas quais os sujeitos que mantiveram a condição foi exatamente no aspecto negativo, permanecendo sedentários e com sobrepeso/obesidade, e os que mudaram de condição a maioria deixaram de praticar atividade física e se enquadraram no grupo de sobrepeso/obesidade. Com essa realidade pode-se afirmar que as recomendações/orientações dos profissionais de saúde, quando são oferecidas, não estão surtindo grandes efeitos. Daí necessidade da incorporação efetiva da educação em saúde, pois como prática intrínseca em todos os níveis de assistência, oferece aos profissionais, segundo Sales e Tamaki (2007), uma oportunidade de reorganizar a assistência individual e coletiva para o enfrentamento dos problemas existentes no processo saúde-doença, bem como assumir a responsabilidade de fornecer condições ao sujeito para provocar uma mudança no seu estilo de vida.

Outros fatores de risco estão associados para o não controle da pressão e reside na existência de outras morbidades, a exemplo do diabetes, que além de provocar efeitos deletéricos no organismo, exige do sujeito maior alteração nos hábitos de vida. Cipullo et al. (2009) afirmam que possivelmente o dano endotelial promovido pela diabetes e pelo aumento da idade contribuam para o desenvolvimento da hipertensão na população. Brasil (2006a) destaca que há uma ocorrência das duas patologias em um mesmo indivíduo em torno de 50%, necessitando de intervenção simultânea, ou seja, tratamento específico para ambas.

Tanto na HAS como no diabetes existe a necessidade da adoção, por parte dos sujeitos, de medidas que estejam voltadas tanto para o tratamento medicamentoso como para o não medicamentoso, preferencialmente que os dois tenham a mesma importância. No entanto os indivíduos do estudo referiram como prática mais adotada o uso de medicamento, e como menor destaque a prática de atividade física. Não se quer, nesse contexto, tirar o mérito dos medicamentos no controle da pressão, mas se sabe que as medidas como dieta adequada (hipossódica e hipolipídica), atividade física e hábitos de vida saudável são imprescindíveis para o sucesso do tratamento.

O uso de medicamentos é parte integrante do tratamento farmacológico e como não exige mudança de comportamento, apesar de atrelar o indivíduo a uma rotina permanente de

horários e número de comprimidos entre outras, faz com que o sujeito ache mais fácil mantê-lo, em detrimento das ações que exige uma mudança nos hábitos de vida, tão necessários quanto amedicação para o controle da HAS e para proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Sales e Tamaki (2007), em seu estudo, encontraram dados semelhantes onde aproximadamente 78% dos sujeitos referiram o uso de medicamento como medida de controle, tendo como menor índice o alimentar com 11%, e os mesmos afirmam que a adoção de medidas de controle além de manter a pressão nos níveis de normalidade, permite que o indivíduo adquira resistência orgânica, levando-o a um enfrentamento mais adequado do agravo e das complicações, bem como a uma vida mais saudável.

Mas não basta orientar, prescrever e acompanhar, se o indivíduo não entender o processo e de como o agravo se comporta ou age no seu organismo: suas causas, forma de prevenção, tratamento e controle. Nesse estudo foi possível observar que os sujeitos não detêm o conhecimento mínimo sobre a hipertensão, ficando muito distante do conceito que a literatura preconiza. Na verdade o conceito construído pelos mesmos está voltado para alguns sintomas ou complicações, construído a partir da sua vivência com a doença, uma condição que não pode ser desprezada, mas que não é suficiente para garantir um real cuidado consigo mesmo, não por falta de vontade e sim por não entender suas reais implicações. Desta forma é impossível esperar que, sem o devido conhecimento, os sujeitos possam estabelecer medidas preventivas, pois é próprio do ser humano só cuidar daquilo que ele entende como prejudicial.

Ressalta-se que o cuidado perpassa pelo autocuidado e este está relacionado à percepção que cada indivíduo possui de si próprio e como ela influencia suas práticas de prevenção e promoção de saúde. Assim aqueles com percepção de saúde negativa realizam menos consultas médicas e possuem menor autocuidado (ZARTE et al., 2010). Destaca-se esta carência de percepção a alguns fatores a exemplo da pouca procura dos homens aos serviços, e da carência de esclarecimentos, informações e orientações por parte dos profissionais de saúde. Além destes pontos Cipullo et al. (2009) afirmam que as diferenças sociais e econômicas têm um papel importante nas condições de saúde, influenciadas pelo acesso ao sistema de saúde, grau de informação, entendimento da condição clínica e adesão ao tratamento.

A aplicação do modelo de regressão logística binária (RLB) definiu como variáveis que tem relação significativa com o controle da PA a raça e o sobrepeso no município de JP, e a partir da análise do OR, foi possível afirmar que os indivíduos da raça branca tem 3,02 vezes mais

chance de controlar a pressão do que os indivíduos não brancos, e que os indivíduos não obesos tem 3 vezes mais chance de controlar a pressão do que os indivíduos obesos. Estes resultados são contrários aos de Andrade (2011) apesar do mesmo fazer referência apenas a PAS e trabalhar com os dois sexos.

Para o município de CG, entretanto, estas variáveis não fizeram parte do modelo de RLB, fazendo parte apenas sedentarismo, pois se fossem mantidas outras variáveis, a mesma apresentava seu valor de significância diminuído, mesmo já apresentando p -valor $> 0,05$, ou seja, a associação da mesma com o controle da PA tornava-se menos significativo. Este achado encontra respaldo no trabalho de Magalhães et al. (2010) onde afirmam que a mortalidade e o risco de DCV são duas vezes maiores nas pessoas sedentárias, e a prática de exercícios físicos em hipertensos e em pré-hipertensos é capaz de reduzir os valores das PAS e PAD.

Fazendo uma análise deste modelo utilizando o OR pode-se afirmar que os indivíduos tanto sedentários como não sedentários, apresentam chances iguais para o controle ou não da pressão, acha vista o Intervalo de Confiança para o OR a 95% (0,134 – 1,069) conter o um. O MRL é um instrumento importantíssimo na avaliação de condições que levam um evento a ocorrer, ou seja, permite avaliar a probabilidade do evento, além de apresentar a razão de chance do mesmo ocorrer. Utilizando este modelo como tomada de decisão, sua importância reside no subsídio ofertado para mudança de práticas por parte dos profissionais das Unidades de Saúde, com reforço a formação de grupos e a oferta de apoio nas atividades físicas como forma de combater o sedentarismo, utilizando para tanto o suporte oferecido pelas equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A análise temporal dos dados, no tocante às mudança nos valores das PAS e PAD, a fim de verificar se foram significativos para o controle da PA apontou que mesmo ocorrendo uma queda nos valores das médias das pressões, elas não apresentam uma diminuição significativa, uma vez que os indivíduos continuam apresentando PANC, e como a medida das pressões foram tomadas apenas uma vez, em um único momento do ano para servir de referência, este resultado torna-se incipiente, pois impossibilita a avaliação do impacto das ações adotadas pelos serviços, ou mesmo pelos pacientes, para o controle da PA. Sendo assim este estudo reforça os resultados encontrados por Andrade (2011) e Silva, C.S (2011) cujos dados mantiveram comportamento semelhante.

5.2 ABORDAGEM QUALITATIVA

A importância desta abordagem reside no fato de que nesse estudo a grande maioria dos entrevistados continua com a PANC. Daí a necessidade de se buscar uma explicação para o fenômeno, considerando-se os saberes e os significados que o problema apresenta para os usuários, que não foram revelados no questionário da abordagem quantitativa. Nessa abordagem as respostas eram dadas por alternativas e dessa forma impossibilitava aos participantes e aos pesquisadores um maior detalhamento dos temas abordados.

Ao permitir que os indivíduos expressassem seus saberes e valores sobre o problema através dos seus depoimentos conseguiu-se construir um referencial mais consistente de avaliação, na busca de uma explicação para a manutenção de níveis pressóricos não controlados nos homens hipertensos assistidos na Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios de JP e CG. Ofertar assistência, manter serviços funcionando, contratar profissionais para operacionalizar o atendimento são ferramentas imprescindíveis para melhorar os indicadores de saúde. Todavia, isso por si só não é suficiente, uma vez que a qualidade, a vinculação e a humanização dos serviços são necessários para que o usuário adira ou não aos objetivos e metas traçadas pelos serviços, gestores e usuários. Starfield (2002) afirma que uma das metas da APS é otimizar a saúde da população por meio do conhecimento da enfermidade e do seu manejo.

Considerando essa afirmativa o entendimento de um agravo torna-se essencial para que o sujeito incorpore atitudes e medidas que leve ao seu controle. Porém, mesmo com saberes incorporados ao longo de sua existência, ele precisa do apoio e orientação dos profissionais para sistematizar esses saberes e a partir de uma nova compreensão ser capaz de elaborar seu próprio plano de ação, com base nas recomendações recebidas. Gaioso (2007) contribui com esse pensamento ao afirmar que, para o usuário assumir a responsabilidade pelo seu tratamento ele necessita ser informado e orientado adequadamente e que as palavras dos profissionais possam conscientizá-los da importância de seguir os cuidados sugeridos.

É desse apoio que os usuários hipertensos necessitam para compreender melhor a HA, já que o desconhecimento do conceito ou um baixo entendimento do que seja a hipertensão, leva o indivíduo portador a relaxar nas suas ações preventivas e /ou de controle.

Conceituada pela VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão como uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados da PA, associada à alterações

funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvos, bem como de alterações metabólicas (SBH;SBC;SBN, 2010), encontra em outros autores (BRUNNER, STUDDART, 2010; LUCENA, 2010; DIAS et al. 2009; BRASIL, 2006a) pontos em comum no conceito representado por doença multifatorial, elevação dos níveis pressóricos e alterações metabólicas.

Mesmo sendo um conceito bem disseminado os hipertensos entrevistados traduzem saberes que estão equidistantes do elaborado cientificamente, uma vez que a sua compreensão sobre o fato reside nas próprias vivências do agravo, que se manifestam sob a forma de sintomas e complicações, expressos através de palavras chave como: “doença perigosa”, “dor de cabeça”, “problema de coração”, “infarto”.

Estes saberes não deixam de ser relevantes, já que a aprendizagem significativa deve ser valorizada no processo de educação em saúde, chave das ações da APS, que é apontada por Starfield (2002) como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção, a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Corroborando com esse entendimento, Brasil (2010b) aponta a educação em saúde como um caminho para transformações das práticas em serviço. Tem como objeto os problemas e as necessidades de saúde com seus determinantes e condicionantes, de modo que sejam focadas sobre os efeitos do adoecer e que incidam sobre as condições de vida, conduzindo os sujeitos a ampliarem escolhas saudáveis no território onde vivem e trabalham.

Mas esta incorporação de ações de promoção a saúde está um pouco aquém do desejável, apresentando arestas principalmente no tocante às orientações, um ponto que quando bem trabalhado, conduz o indivíduo a uma maior responsabilização consigo próprio, a partir do entendimento que passa a ter do agravo. Neste contexto, falas que expressam “não sei”, “não entendo”, “não sei falar sobre isso”, retratam esta fissura entre o saber dos profissionais e o que deveria ser repassado para os usuários através das orientações, que são tão pertinentes durante a consulta. Melo (2011) destaca a importância da comunicação no atendimento com a utilização de termos que sejam familiares ao contexto dos usuários, além da escuta comprometida com o fornecimento de explicações que o mesmo possa entender.

Esse ponto é uma explicação bastante lógica para o fato de a maioria dos hipertensos encontrar-se com seus níveis pressóricos descontrolados, pois o conhecimento liberta, e a ausência do mesmo oprime. Essa opressão é simbolizada pela permanência do sujeito na condição de hipertenso sem controle e pela carência de orientações nos atendimentos. A prática

da assistência ancorada na queixa-conduta faz com que haja um predomínio da atividade curativa, na qual os profissionais de saúde, por considerarem-se detentores do poder, concentram em seu discurso a idéia de que o usuário é culpado pela manutenção do seu estado de saúde.

Essa situação pode ser enfrentada com a perspectiva de promoção de saúde, pautada na multidisciplinaridade, integralidade e intersetorialidade. Nessa perspectiva o cuidado deve estar agregado a outros saberes e práticas, nos quais sejam incorporados conceitos mais ampliados sobre o processo saúde-doença. Precisa também ter como base o modelo dialógico de educação em saúde, que reconhece os sujeitos como portadores de saberes, que embora diverso do técnico-científico, não deve ser deslegitimado pelos serviços.

Incorporar ao sujeito novos saberes permite-lhe uma nova forma de sentir/pensar/agir, e assim ser capaz de decidir quando e como mudar, uma vez que as pessoas só mudam quando desejam mudar e tem condições objetivas e subjetivas de optar por um outro jeito de viver, isso implica dizer que ele deve receber o apoio e as condições necessárias a essa mudança. No que tange aos homens hipertensos essa mudança configura-se na adoção de atitudes que o levem ao controle da PA. Para SBH; SBN; SBC (2010) ele é atingido quando os valores pressóricos se encontram < 140mmHg para a PAS e < 90mmHg para PAD, com a adoção do tratamento medicamentoso e do não medicamentoso que está centrado na mudança de hábitos de vida.

É importante destacar que junto às ações incorporadas por parte dos profissionais de saúde deve-se levar em consideração o fator emocional, onde emoções (alegrias, tristezas, raivas), afetividade, afinidade, empatia, personalidade, nível de estresse, dentre outras, alteram toda a sua hemodinâmica, e conseqüentemente, seus valores pressóricos.

Brasil (2006a) destaca que estratégias aplicadas visando modificações de estilo de vida são mais eficazes, quando destinadas a um quantitativo maior de pessoas que estejam geneticamente predispostas e ou em risco de desenvolver um agravo. Acrescenta que na sua instalação essas ações buscam a redução desse risco e o seu controle, constituindo-se um desafio para a ESF, espaço prioritário e privilegiado de atenção á saúde.

O déficit em orientações faz com que os homens tenham dificuldade em adotar práticas saudáveis e a manter condições já estabelecidas. Entendendo que são apenas recebedores de cuidados, os homens deixam de praticar a parte da sua responsabilidade pelo controle da sua doença, fazendo com que sejam mantidas condições como tabagismo, etilismo, sedentarismo, sobrepeso/obesidade, que os deixam mais vulneráveis ao não controle da pressão.

Essa realidade evidencia uma aresta nas ações ofertadas pelos profissionais dos SS, que ao simplificar suas consultas, no tempo e na assistência, deixa de compartilhar saberes, como também de conduzir o sujeito à incorporação e transformação dos seus saberes, resultando numa conscientização de ações. Sales e Tamaki (2007) afirmam que as experiências vividas relacionadas à HAS, têm o potencial de ampliar o conhecimento e influenciar o modo de vida, e consequentemente, a adoção de um estilo de vida mais saudável.

Esta lacuna é perceptível quando os sujeitos, a partir da sua experiência de vida, e não compartilhada pelos profissionais, entendem o significado destes hábitos na sua vida e resolvem abandoná-los, principalmente no tocante ao uso de fumo e álcool. A verbalização de expressões “acompanhar moda”, “seguir amigos”, “imitar”, “dar charme”, denotam decisões tomadas na juventude sem pensar nas consequências. A consciência de que esses hábitos causam danos ao organismo os levam a abandoná-los, na esperança que os prejuízos sejam minimizados com o passar do tempo. Entretanto essa consciência não desponta como um resultado das orientações profissionais e sim como uma decisão individual que é expressa com as palavras “deixei por vontade própria”, “tomei consciência”, “não era certo”, “vai ficando velho”.

Essa consciência se instala com sua maturidade, que destoa exatamente da sua imaturidade quando adentrou na experimentação destes dois hábitos nocivos, atendendo aos apelos midiáticos, ao modismo, e até da imitação de comportamento como tentativa de se auto-afirmar no mundo dos adultos. Uma imaturidade representada pela idade em que começaram a fumar ou beber: “tinha 10 anos”, “comecei com 8 anos”, “com 11, 12 anos”. Nesta idade a influência de amigos e familiares tem forte impulso, e por não estar com sua personalidade formada, os hábitos são facilmente instalados e transformados em vícios, tornando-se mais difícil deixá-lo.

Silva, J.A.G. (2011) destaca que nem todos que passam pela experimentação adentram no vício, mas ela é o primeiro passo para uma futura adesão ao consumo regular dos produtos de tabaco. Outro ponto que foi evidenciado é a facilidade de acesso ao cigarro. Casado (2009) reforça o fato de que o consumo abusivo de álcool provoca consequências negativas para a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos.

Essas duas práticas nocivas já não fazia parte da maioria dos hipertensos estudados, porém como foram presentes na sua vida por longos períodos, seus efeitos ainda podem ser manifestados. Mas destaca-se nos grupo estudado a presença de sedentarismo e

sobrepeso/obesidade, cujo abandono ainda não é priorizado pelos homens hipertensos. Expressões como “não faço dieta”, “como o que gosto”, “como tudo” são fortes indicadores dessa realidade.

A mudança de hábitos nocivos e a adoção de práticas saudáveis com ênfase na alimentação adequada e na atividade físicas, por vezes deixadas de lado pelos hipertensos em função dos resultados demorarem a se mostrar efetivos, a exemplo perda de peso, os fazem preferir o uso de medicação para manter os níveis pressóricos sobre controle. Esta preferência é retratada nas respostas dos usuários quando explicam como conseguem manter a pressão nos parâmetros encontrados: “uso de medicação”, “tomo medicação”, “tomo remédio”. Essa medida torna-se preferida por não exigir mudanças radicais no seu estilo de vida, não demandar tempo, ter uma resposta rápida e estar disponível nas unidades de saúde.

Em seu estudo Sales e Tamaki (2007) encontraram comportamento semelhante no grupo amostral, e diante da dificuldade demonstrada pelos sujeitos com HAS em adotar outras medidas de controle, reforçam a necessidade de se desenvolver trabalhos de educação em saúde como instrumento para transformar esta realidade. Condutas não medicamentosas devem ser as estratégias iniciais para o tratamento de indivíduos com sobrepeso e hipertensão, sendo a dieta hipocalórica e o exercício físico os mais utilizados nessa terapêutica (SILVA et al. 2011).

Esta forma e incorporação de ação precisam ser mais difundidas no espaço coletivo da APS e da ESF, uma vez que, são essas ações e orientações recebidas que conduzem o indivíduo a uma mudança no padrão de vida e que podem transformar a percepção dos mesmos sobre o autocuidado. A forma como os homens pesquisados representam a forma como se cuida se expressa basicamente no uso da medicação, ou de prática de atividades físicas não sistemáticas, uma realidade que retrata a necessidade de reorganização do processo de trabalho. A ausência de um cuidado mais completo, que atenda o usuário de forma holística, fere os princípios organizativos e doutrinários do SUS, principalmente a universalidade, integralidade e equidade.

Esses princípios devem ser contemplados no processo de trabalho da ESF que, segundo Faria et al. (2009), por um lado estão relacionados à realização de consultas à medicalização dos problemas e, por outro, devem ultrapassar as possibilidades de uma solução meramente biomédica.

Para resolver esse impasse é necessário que haja um processo de vinculação entre profissionais/usuários, pois a existência do vínculo se traduz na presença do usuário no SS para a

realização de consulta, acompanhamento e participação nas atividades coletivas propostas. Não obstante falas que expressam essa ida ao serviço para atendimentos pontuais, referenciadas como “vou pegar medicamento”, “vou tirar a pressão”, “vou pegar receita”, entre outras, demonstra o quão distante se encontra esta vinculação, e como as consultas estão longe de ser um momento de diálogo, de descoberta e de co-responsabilização dos sujeitos envolvidos.

Além disso, a qualidade da assistência prestada reforça este vínculo com o serviço e com a equipe, que não deve ofertar serviços dicotomizados, mas sim interligados, focados na melhoria da saúde da população adscrita. Brasil (2006a, 2011b) recomenda que a assistência deva ser ofertada por uma equipe multiprofissional composta, se possível, de médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêutico, odontólogo, técnico de enfermagem e ACS, desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural.

No cotidiano da ESF, encontram-se basicamente médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, este último voltado para a assistência nas visitas domiciliares, cujo papel no controle da PA é buscar saber junto ao usuário como ele mantém seus hábitos de vida e fazer o devido encaminhamento para o SS. Os demais profissionais, também realizam visita domiciliar, porém, sua principal atividade é institucionalizada, estão no papel de receber, acolher, consultar, orientar e tratar.

Nos depoimentos dos usuários, com destaque para expressões tipo “medem, pesam, verificam pressão, pergunta como estou”, há um entendimento claro de que as consultas estão ocorrendo de forma rápida, com o usuário previamente preparado para o atendimento médico/enfermeiro. Essa forma de atender centraliza a prescrição/transcrição de medicamentos, tirando o espaço para as orientações que dariam sustentação para o devido seguimento do tratamento e conseqüente controle da pressão.

O trabalho de educação permanente em saúde é referenciado como uma das atribuições da ESF (BRASIL, 2011b) e mediante suas ações deve garantir, como aponta Starfield (2002) a acessibilidade, a integralidade da assistência, a continuidade e a responsabilidade no cuidado à saúde. Quando se consegue atingir essas dimensões se alcança a satisfação do usuário, levando-o a um entendimento de que as propostas do SUS estão sendo cumpridas, e assim a sua análise de satisfação com o serviço deixa de ser pontuada apenas pela presença do profissional no serviço,

por ser bem atendido ou por ter a sua disposição medicamentos. Silva, C.S (2011) salienta que um indivíduo que antes não tinha acesso a nenhum SS, pelo simples fato de poder frequentar a unidade, realizar consultas e receber a medicação necessária remete-o a responder os questionamentos com escores elevados.

Quando se incorpora a essa forma de atender outros fatores próprios do ser homem, como sua masculinidade e pensamento de invulnerabilidade acabam por constituírem-se condições que afastam o indivíduo do serviço ou o levam a espaçar em demasia a ida ao mesmo. Esta situação é retratada nas palavras “não fico frequentando”, “faz tempo”, “faz mais de ano”, “vou deixar de ir”, quando indagados quando foi o último atendimento/consulta no serviço, voltados para o agravo da hipertensão.

CONASS (2009b) aponta como pouca frequência dos homens aos serviços o horário de atendimento que coincide com seu horário de trabalho, cuja saída para se cuidar fere sua condição como provedor. Já Santos (2010) destaca que o cuidar da saúde e a busca por atendimento médico significaria o próprio reconhecimento de vulnerabilidade, contradizendo a imagem viril esperada pela sociedade. Gomes (2008) corrobora afirmando existir uma contradição entre os dados epidemiológicos, que apontam a maior vulnerabilidade do homem quando comparado às mulheres, e o senso comum, que constrói e reforça o ideário da invulnerabilidade masculina.

Nesse estudo, além destes fatores apontados, ousa-se levantar a falta de vínculo e da importância real dada à consulta, que não tem atendido às necessidades de quem a procura. Melo (2011) destaca que uma consulta deve constar de tempo suficiente para que os profissionais possam esclarecer todas as dúvidas demandadas pelo usuário, já que sua efetividade é inversamente proporcional ao número de seus problemas.

Quando isso é efetivado de modo adequado gera satisfação no usuário, e a partir dessa satisfação ele faz do SS a porta de entrada para o seu cuidado. Starfield (2002) destaca que deve existir uma porta de entrada para cada novo atendimento e este deve ser de fácil acesso, a fim de que o problema de saúde seja resolvido em parte ou em sua totalidade.

Nesse ponto incorpora-se a acessibilidade, classificada como Brasil (2005) como geográfica, sócio-cultural e organizacional. A primeira inclui locomoção, topografia, distância e localização do serviço. A segunda é compreendida pelo não atendimento dos serviços às demandas, da percepção do usuário do agravo, da dificuldade de comunicação com a equipe e da

preferência por outros serviços, e a terceira está relacionada a funcionabilidade dos SS que está sob a influência de fatores internos, ou seja a forma como os profissionais conduzem o atendimento (demora, espera, atraso) e externos (disponibilidade de consultas, exames e continuidade da assistência).

Por isso a acessibilidade constitui-se um elemento estrutural necessário para a APS, e para ofertá-la o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível, caso contrário a assistência será adiada e isso pode afetar de forma adversa o diagnóstico e manejo do problema (STARFIELD, 2002).

A partir do modo como o SS opera essa acessibilidade e o usuário visualiza e compreende o seu acesso faz com que ele seja mais presente ou ausente no serviço. Por isso o horário de funcionamento, credibilidade na assistência e a empatia e vínculo estabelecidos com alguns profissionais são pontos que influenciam sobremaneira a sua chegada ao serviço. Expressões do tipo “foi rápido”, “não tem médico adequado”, “com ela é bom”, “são educados”, “não atende bem” evidenciam condições favoráveis e desfavoráveis para sua acessibilidade, e demonstra também que o usuário sabe o que quer no serviço e para o que quer.

Sabendo do que quer e não encontrando retorno, os homens se afastam dos serviços e desta forma deixam de receber bem ou mal, ações pertinentes à manutenção da sua saúde e conseqüentemente do controle da sua pressão. Destaca-se que isso acaba por expô-los ainda mais às condições de risco, representadas por atitudes e a manutenção de hábitos nocivos.

Mas aqui, não se pretende culpabilizá-los por esta exposição, atitude assumida muitas das vezes pelos profissionais de saúde no pensamento mágico de detentores do saber, mas sim, repensar sua condição, haja vista que os usuários não são apenas consumidores de orientações ou dos grupos educativos, mas também agentes/produtores de um processo educativo, vivenciado pela sua inserção social e pela sua subjetividade, construída pela relação sociedade, comunidade, serviço de saúde e sujeito. Trad et al. (2010) destacam esse papel quando afirmam que os processos de ressignificação das orientações recebidas são um dos meios de disseminação destes conhecimentos na comunidade, e que o reconhecimento das interfaces simbólicas e práticas entre a racionalidade biomédica e a popular constitui-se uma via estratégica para a efetivação das práticas de promoção da saúde.

Os sujeitos da pesquisa pontuaram os serviços como uma qualidade positiva usando para tanto palavras chave como “ótimo e bom”. Mesmo com essa avaliação os SS precisam melhorar

suas estratégias de ação, haja vista que as ofertadas, no tocante ao controle da pressão não estão sendo muito efetivas. Uma realidade contemplada pela condição de que os homens hipertensos do estudo na sua maioria são não acompanhados e estão com a pressão sem controle, quando se considera as normas ministeriais dispostas nas V Diretrizes Brasileira de Hipertensão.

O controle da PA contribui para avaliar o estado de saúde da população, conforme as recomendações do MS, em um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece, a partir da negociação entre atores sociais. A avaliação dos SS como componente da gestão tem o propósito fundamental de dar suporte aos processos decisórios e subsidiar a identificação de problemas. A partir das soluções encontradas reorientar as ações e serviços desenvolvidos (BRASIL, 2005).

Tendo como referência esse conceito, a realidade encontrada nos dois municípios e os pressupostos das recomendações do MS, percebe-se que os SS dos municípios de JP e CG não estão sendo exitosos no controle da hipertensão. Resultado semelhante foi encontrado por Andrade (2008, 2011), haja vista que a média das pressões mostra valores acima dos referenciados pelas VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBH, SBC, SBN, 2010).

Mesmo considerando-se que elas foram aferidas em um só momento, o fato de em todos os momentos elas estarem sem controle, sinaliza a necessidade de uma reorganização dos SS e da sua operacionalização, pois os usuários no seu encontro com os SS e seus profissionais espera encontrar soluções para os seus problemas de saúde. Pois como Leite et al. (2010) evidenciaram ainda existem poucos estudos que tratem sobre adesão masculina em SS e isso dificulta a avaliação sobre os serviços específicos voltados para os mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública que requer de todos que compõem a Atenção Primária a Saúde (APS), gestores, profissionais e usuários, mudança de atitudes no enfrentamento desse problema. Aos gestores cabe a oferta de insumos materiais e logísticos, bem como o incentivo à educação permanente em saúde. Aos profissionais uma mudança na sua práxis, tanto do ponto de vista funcional como organizativo, com a adoção de uma nova abordagem junto a sua clientela, tanto do ponto de vista individual como coletivo, que os estimulem a se fazerem mais presentes nos Serviço de Saúde (SS). E aos usuários incorporação de medidas de prevenção e de promoção a saúde, bem como de se tornarem mais participativos, fazendo valer o seu direito de cidadão e cumprindo o seu papel de controle social.

O estudo permitiu o alcance dos objetivos propostos, pois evidenciou-se que os SS não estão sendo efetivos no acompanhamento dos hipertensos seja pelo não comparecimento do usuário aos serviços ou pela forma de registro. A ausência do usuário no SS pode ser solucionada com estratégias de ação que o estimulem a se fazer presente, dentre elas uma consulta com exame clínico, orientações, prescrições, solicitações de exames. O registro, diretamente relacionado à forma como o SisHiperdia é operacionalizado, pode ser resolvido pela adoção de uma rotina na qual toda consulta seja registrada no prontuário, permitindo assim a construção do histórico do usuário, bem como sinalizar para o município o investimento adequado no tratamento do hipertenso e favorecer a tomada de decisões no tocante ao planejamento, realocação de recursos e operacionalização de serviços.

A construção do perfil sociodemográfico caracterizou um grupo de hipertensos, na sua maioria, não acompanhados, com a pressão não controlada, idosos, não brancos, convivendo com alguém, escolarizados, desempregados, com renda superior a dois salários mínimos. No tocante aos fatores de risco apresentaram um perfil de não etilistas, não tabagistas, sedentários e com sobrepeso/obesidade, associando dessa forma várias condições que favoreçam a manutenção da pressão não controlada.

Através do modelo de regressão logística pode-se verificar as variáveis que foram estatisticamente significativas e que mantêm relação com o controle da pressão: raça,

sobrepeso/obesidade e sedentarismo. Com isso foi possível identificar que quem é branco, não é sedentário ou não se encontra em sobrepeso/obesidade tem mais chance de controlar os níveis pressóricos quando comparados aos indivíduos que estão em situação contrária.

Os homens hipertensos do estudo têm uma compreensão da hipertensão muito distante do que a literatura preconiza. Isso faz com que eles se distanciem das medidas preventivas, já que seu entendimento é que o tratamento medicamentoso é suficiente para manter a pressão sob controle. Isso faz com que eles utilizem os SS principalmente para a aquisição de medicamentos.

Diante desse fato eles demonstram satisfação com o serviço. Mesmo diante dessa satisfação, cabe aos gestores e profissionais uma reorganização dos serviços para acolhê-los, com a incorporação de um turno vespertino ou noturno e uma maior inserção de práticas educativas, elaboradas de forma que se tornem atrativas para eles e conduza ao controle da pressão, já que o medicamento por si só não tem se mostrado para manter os níveis pressóricos sob controle.

Os resultados deste estudo se apresentam de grande importância para a academia, gestores, profissionais e a comunidade masculina, pois ainda são poucos os estudos que tratam da saúde do homem, e torna-se mais escasso ainda quando foca a HA, já que a maioria dos estudos nessa população se volta principalmente para o câncer e as causas externas.

Assim, como um desdobramento desta pesquisa, propõe-se a realização de uma outra, para alcançar este grupo no seu *habitus* e identificar outras variáveis, ou reforçar as já identificadas, que contribuam significativamente no controle da HA. Desse modo poder-se-á construir indicadores mais condizentes com a realidade descrita na literatura: que a HA cresce cada vez mais no grupo masculino da faixa etária dos 40 anos. Evidencia-se no cotidiano que os indivíduos mais frequentes nos SS são os idosos, sugerindo que, apesar da hipertensão ser frequente no grupo idoso os homens procuram tardiamente assistência ficando mais expostos as complicações advindas da hipertensão.

Para se avaliar com mais propriedade a efetividade dos SS no controle da HAS, far-se-ia mão das duas principais abordagens metodológicas: a quantitativa e a qualitativa. As duas se completam possibilitando a quantificação dos dados e a oportunidade de dar voz aos homens, a fim deles expressarem de que forma os SS de saúde poderiam atender as suas necessidades. Importante focar a acessibilidade nas dimensões geográfica, sócio-cultural e organizativa.

Essa necessidade reside no fato de se sanar algumas limitações apresentadas pelo estudo. Uma delas foi o tamanho da amostra, extraída da amostra maior da pesquisa de Paes (2008-

2009), que não havia sido projetada para se trabalhar especificamente com homens, e que além desse fator tornou-se ainda menor em função das perdas decorrente de mudanças, da dificuldade de encontrar o sujeito na sua residência e das recusas.

Outra limitação está no tempo em que se usou para avaliar a medida da pressão, sendo considerada apenas o registro da entrevista, que só ocorria uma única vez a cada ano, o que mostrou-se insuficiente para uma avaliação mais efetiva, já que os valores da pressão podem ser alterados por questões emocionais e ambientais. Ainda destaca-se a não utilização dos dados gerados no prontuário, que apesar de constarem no questionário ficaram como obsoletos, servindo apenas para identificar se o sujeito era acompanhado ou não, quando deveriam ter sido mais explorados.

Outra limitação encontra-se no instrumento Hiperdia, que por não apresentar nenhuma variável ou informação sobre dieta, esse ponto, tão importante quanto à atividade física, ficou com uma avaliação de pouco destaque no estudo. Essa variável também não aparece no instrumento de Paes (2008, 2009) e por isso não especificada no rol de variáveis desse estudo. Sendo explorada, de forma breve, na pesquisa qualitativa. No entanto, esse ponto, apesar de uma breve exploração, foi abordado na pesquisa qualitativa.

Apesar das limitações encontradas o estudo reforça o achado de outros estudos, nos quais se destaca a carência no meio acadêmico de pesquisas voltados para a saúde do homem, seja porque ela é uma política nova, ou porque a comunidade científica ainda está atrelada ao conceito de invulnerabilidade do homem e o ver como um ser quase livre do adoecimento. E por fim destaca-se que para avaliar a efetividade de um serviço de hipertensão deve-se ir mais além do simples agrupamento de dados, é necessário ir buscar significados, encontrar nas entrelinhas as fragilidades e potencializadas que cada setor/grupo traz consigo, para assim se ter maiores subsídios para emitir um julgamento.

Dentro do processo de tomada de decisão a combinação dos métodos quantitativos e qualitativos contribui para reforçar a avaliação dos serviços ofertados pela ESF para o controle da PA, desta feita dando ênfase para o grupo de hipertensos do sexo masculino, apontado pelas estatísticas como o grupo de maior prevalência para o agravo e como o menos freqüente nos SS. Esse estudo reforçou os resultados anteriores desenvolvidos a partir da base de dados das pesquisas de Paes (2008, 2009a), mantendo a hipótese de que não há diferença no controle da PA

para indivíduos acompanhados ou não, e com isso procura-se levantar propostas de ações para a mudança deste quadro.

A partir do modelo de decisão Regressão Logística foi possível atender a hipótese de que os fatores de risco sobrepeso/obesidade e sedentarismo têm influência direta no controle da PA. E através da abordagem qualitativa observou-se que uma explicação plausível para os indivíduos manterem sua pressão sem controle, é o fato dos hipertensos desconhecerem o conceito da doença. Ou seja, sem a devida compreensão do agravo eles se colocam em uma situação de descuido, não adotando medidas de combate e controle a hipertensão. Uma situação que não depende só dele, mas também da forma como a assistência ao hipertenso tem sido operacionalizada nos serviços.

Diante dos resultados alcançados propõem-se como atividades prioritárias para intervenção junto ao grupo masculino, ações voltadas para a orientação, a informação e a construção de grupos tendo como referencial a educação em saúde. A realização de uma consulta com mais qualidade, onde se enfatize os fatores mais significativos estatisticamente e seja incorporada a escuta comprometida .

Estas ações deverão ser desenvolvidas por parte de gestores e profissionais, junto ao grupo masculino, a fim de torná-los agentes ativos no processo, e promover a acessibilidade e a integralidade, levando a condição de uma melhora na qualidade de vida, utilizando como instrumento norteador a Política Nacional de Promoção da Saúde, priorizando os eixos de alimentação saudável, prática de atividade corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo e uso de álcool.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. N. S.; SIQUEIRA, A.L.; CAIAFFA, W. T. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.1, p.183-94, 2009.
- ALMEIDA, C; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
- AMODEO, C. et al. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. São Paulo: Manole, 2008.
- AMORIM, W. M. et al. Saúde Pública. In: SILVA, R. C. L; FIGUEIREDO, N. M. A, et al. **Enfermagem: teoria & dicas**. 3º Ed. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2010. Cap. 12, p. 429-490.
- ANDRADE, F. A. **Comparativo dos níveis pressóricos sistêmicos e associação dos fatores de risco entre hipertensos segundo os critérios de acompanhamento em Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa-Pb**. 132 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Departamento de Estatística - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.
- _____. **Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial e associação com fatores de risco em uma unidade de saúde da família do município de João Pessoa-PB**. Trabalho de conclusão do curso (Graduação em Estatística) – Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR -ANS (Brasil). **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico**. 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2007.
- ARAÚJO, F.N.F. **Efetividade das ações de controle da hipertensão arterial sob a ótica dos profissionais da atenção primária à saúde**. 85 f. Dissertação (Mestrado Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.
- ARAÚJO, J. C; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Publica**, Salvador, v. 41, n. 3, p. 368-374, 2007.
- ARAÚJO, J.S.S. **Contribuição da família e da comunidade na assistência à mulher hipertensa na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva da usuária**. 97 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Departamento de Estatística - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

BECK, C.C. et al. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes de município do sul do Brasil: prevalência e associações com variáveis sociodemográficas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.l.], v.14, n.1, p. 36-49, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diagnóstico Completo da Saúde do Homem**. Portal da saúde. 2011a. Disponível em portal.saude.gov.br. Acessado em 12/12/2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª Ed. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil**. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

_____. **DataSus: Informação de saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2008a.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Curso básico sobre o SUS: (re) descobrindo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos**. 2. ed. Programa Multiplica SUS. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Metodológico de Avaliação e Definição de Indicadores: Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Rede Carmen**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Caderno da Atenção Básica nº 15. Brasília, Ministério da Saúde, 2006a. 58p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Brasília, Ministério da Saúde, 2005. 36p.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Diário Oficial da União 1988. 5 de outubro:1 (anexos, col. 1)

BRUNNER, L. S.; SUDDART, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11^a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Vol.2.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, (Supl. 1), p. S63-S69, 2005.

CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed., São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006. 871p.

CASADO, L.; VIANA, L.M e THULER, L.C.S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 55, n.4, p. 379-388, 2009.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.693-705, abr, 2010.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v.91, n.1, p.31-35, 2008.

CHAZAN, A. C.; PEREZ, E. A. Avaliação da implementação do Sistema Informatizado de Cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Revista APS**, v. 11, n. 1, p. 10-16, jan./mar, 2008.

CIPPULO, J. P. et al. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. [on-line], v.92,n.1, p. 42-49, 2009.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L. Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa? **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v.8, n.1, p. 34-35, dez, 2006.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília, CONASS, 2009a. 100 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Notas técnicas. Conferências Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem**. Brasília, CONASS, 2009b. 100 p.

CONILL, E. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup. 1, S7-S27, 2008.

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**, [on line], v.88, n.1, p.59-65, 2007.

COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface. Comunicação saúde educação**, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun., 2010.

CPRM - Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea. Diagnóstico do município de Campina Grande, estado da Paraíba/ Organizado [por] MASCARENHAS et al . Recife: CPRM/PRODEEM, 2005.

DANIEL, W.W. **Bioestatistic**: A foundation for analysis in the health sciences. Eighth edition. Wiley, Hoboken - United States of America, 2005.

DIAS, E.M. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica cadastrados na Casa Saúde da Família Águas Lindas II, Belém, PA. **Revista Médica**. São Paulo, v.88, n.3/4, p. 191-8, jul.-dez., 2009.

DIAS, F. R. S. **Saúde do Homem: hábitos e práticas masculinas no cotidiano dos serviços de saúde**. 62 f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso). Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Ciências da Vida. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras, 2010.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FARIAS, E. K. A. **Hipertensão Arterial: fatores de risco modificáveis e não modificáveis em homens de município do alto sertão paraibano**. 59 f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso). Curso de graduação em enfermagem. Faculdade Santa Maria, 2011.

FERREIRA, S, R. G. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: BRASIL, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.43, supl.2, Nov., 2009.

FIGUEIRA, C. V. Modelos de regressão logística. 149 f. Dissertação (mestrado). Instituto de matemática da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2006.

FIGUEIREDO, W. S. **Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária**. 2008. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

FIORIN, L. J. **Elementos de análise do discurso**. 13ª edição revisada e ampliada. São Paulo: Editora contexto, 2005.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24,n.3, p.430-33, 2011.

GAIOSO, V. P. **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GIL, A. C. ; LICHT, R. H. G.; SANTOS, B. R. M. Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde? **Caderno de Saúde**. São Caetano do Sul:Universidade IMES, 2006.v.1 n.2, jul/dez.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.19, n. 2, p.133-141, abr.-jun., 2010.

GOMES, Romeu. **Sexualidade Masculina, gênero e saúde**. Coleção criança, mulher e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 184p.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.565-574, mar, 2007.

GRAVINA, C. F; GRESPAN, S. M; BORGES, J. L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, n1, v14, p:33-36, 2007.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, vol. 22, n. 2, p. 201-210, Mai-Ago, 2006.

HILBE, J. M. **Logistic Regression Models**. United Staes of America, A Chapman & Hall Texts in statistical science, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA –IBGE. Censo Demográfico de 2011. www.ibge.gov.br.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. Brasil, Ministério da Saúde. Observatório da política Nacional de controle do Tabaco. 2011. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em Unidades de Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem**. UFSM, v.1,n.2,p. 144-152, Mai/Ago, 2011.

KALE, P. L.; COSTA, A. J. L.; LUIZ, R. R. Medidas de associação de impacto in **Epidemiologia**. MEDRONHO, R. A. 9ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Revista Ciência & Saúde Coletiva [on line]**, v.10, n. 1, p. 35-46, 2005.
- LEITE, D. F. et al. A influência de um programa de educação na saúde do homem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.1, p.50-56, 2010.
- LIMA, L. P. M; GAZETTA, C. E. Análise do programa de controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto. **Arquivos Ciências Saúde**, São João do Rio Preto, v. 14, n. 2, p. 88-94, 2007.
- LUCENA, M. M. **Conhecimento de Portadores de Hipertensão Arterial Acerca de seu Tratamento**. 64 f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso). Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Ciências da Vida. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras, 2010.
- MAGALHÃES, M. E. C. et al. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2010.
- MAGNABOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2007.
- MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.18, n.3, p. 269-75, 2005.
- MARTINS, M. S. A. S et al. Hipertensão Arterial e Estilo de Vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia [on-line]**, 2010.
- MELO, E. C. A. **Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica à estratégia de saúde da família em Campina Grande/PB**. 111f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Campina Grande, 2011.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29ª edição. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2010.
- MONTEIRO, P.C. et al. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. **Arquivos de Ciências da Saúde**. [on line], v. 12, n.2, p. 73-9, 2005.
- MOREIRA, R. N. **Qualificação e imputação de dados sobre satisfação de hipertensos cadastrados na estratégia saúde da família**. 112 f. Dissertação (mestrado em Modelos de Decisão e Saúde). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa: 2012.

NUNES, E. Consumo de tabaco. Efeitos no organismo. Dossier tabagismo. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Lisboa, v.22, p. 225-44, 2006.

NUNES, L. N; KLUCK, M. M e FACHEL, J. M. G. Uso da imputação múltipla de dados faltantes: uma simulação utilizando dados epidemiológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.268-278, fev., 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **Relatório Mundial de Saúde**. Atenção Primária em Saúde – Agora mais do que nunca. Organização Mundial de Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE-OPAS. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003.

_____. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil**. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PAES, N. A. **Desempenho do Programa de Saúde da Família comparado com os das Unidades Básicas de Saúde no controle da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em municípios do Estado da Paraíba: um estudo de coorte longitudinal**. Edital: MCT/CNPq/CT – Saúde No. 67/2009, 2009a.

_____. **Desempenho do Programa de Saúde da Família comparado com o das Unidades Básicas de Saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados em Municípios do Estado da Paraíba: Um estudo de coorte longitudinal**. Projeto FAPESC. Edital FAPESC N.º 02/2009, 2009b.

_____. **Avaliação da Efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do Nordeste do Brasil**. Edital: MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS No. 37/2008 – Processo No. 576671/2008-8, 2008.

PAIM, J. S. **O que é SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2009.

_____. Tempos de avaliação em saúde. Editorial. **Revista de ciências médicas e biológicas**, Salvador, v. 4, n. 1, p. 1-90, jan./abr., 2005.

PALOTA, L. **Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista**. Dissertação (Mestrado em enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, São Paulo, 2010.

PAULA, G.A. **Modelos de regressão com apoio computacional**. São Paulo: Instituto de Matemática e Estatística, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2012. Disponível em: < http://www.ime.usp.br/~giapaula/texto_2012.pdf >. Acesso em: 04/06/2012.

- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3ª ed. 11 reimpressão. São Paulo: Atlas, 2010.
- ROSÁRIO, T. M. et al. Fatores associados á hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT. **Revista Brasileira de epidemiologia**. v.12, n.2, p.248-57, 2009.
- SAJULIANI, A. F. Pré-hipertensão e risco cardiovascular global/Prehypertension and global cardiovascular risk factors. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.16, n. 2, p.103-107, 2009.
- SALES, C. M.; TAMAKI, E. M. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enfermagem**. v.12, n.2,p.157-63, abr/jun, 2007.
- SANTOS, F.A. Dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família. 126 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - Jequié, 2010.
- SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.10, n.19, p.25-41, 2006.
- SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciências & saúde coletiva**. V.12, n.4, p.999-1010, 2007.
- SARAPIONE, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v.85, p.65-82, Jun, 2009.
- SAVIOLI, F. P.; FIORIN, J. L. **Para entender o texto: leitura e redação**. 17ª edição. São Paulo: Editora Ática, 2007.
- SCHRAIBER, L. B; GOMES, R;. COUTO, M. T. Homens e Saúde na Pauta da Saúde Coletiva. **Revista Ciências & Saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.
- SILVA, A. T. M. C. **A reforma psiquiátrica em João Pessoa: limites e possibilidades de transformação do trabalho para produzir saúde mental**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2003.
- SILVA, B.Z. et al. Efeitos do programa de exercícios sobre a antropometria e pressão arterial de indivíduos obesos. **ConScientiae Saúde**. Universidade Nove de Julho. São Paulo, v. 10, n. 2, p. 256-262, 2011.
- SILVA, C. S. **Análise da dimensão adesão/vínculo dos hipertensos com níveis pressóricos não controlados nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa**. 118f . Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

SILVA, J. A. G. **A situação do tabagismo no Brasil:** dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 76 p.

SILVA, R. C; FIGUEIREDO, N. M. A. **Quimo nos concursos: Enfermeiro. Teorias & dicas.** Rio de Janeiro. Ed: Águia Dourada, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - SBN. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v.95, n.1, supl.1, p 1-51, 2010.

_____. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** São Paulo, 2006. 48p.

SIMONETTI, J. P; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de Saúde e Fatores de Risco em Pacientes Hipertensos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, maio/jun, p. 415-22, 2002.

SOUSA, L. B.; SOUSA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região sul do Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** São Paulo, v.87, n.4, p.496-503, 2006.

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

TOBE, S.W. et al. Impact of job and marital strain on ambulatory blood pressure: results from the double exposure study. **American Journal of Hypertension.** [S.l.], v.18, p. 1046-51, 2005.

TRAD, L. A. B. et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Caderno de Saúde Pública**[on line],v.26, n.4,p. 797-806, 2010.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos da pesquisa. **Revista de Saúde Pública.** v.39,n.3, p.507-14, 2005.

VIEIRA, L. C. S. et al. A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. **Enfermagem em Foco.** Rio de Janeiro, v.2, n.4, p.215-217, 2011.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia.** [S.l.], v. 35, n.6,jun., 2009.

ZAR, J. H. **Biostatistical Analysis.** Editora Third. Edição: 5ª. Prentice Hall, New Jersey, 1996. 662 p.

ZARTE, V. B. Cuidados alimentares e fatores associados em Canoas, RS, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde - Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil.** Brasília, V.19, nº 2, p. 143-154, abril/junho, 2010.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor,

Esta pesquisa é uma continuidade da pesquisa coordenada pelo Prof. Dr. Neir Antunes Paes intitulada Avaliação da efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco do Programa de Saúde da Família de municípios do Estado da Paraíba, conforme projeto 009/09, aprovado através do edital 002/2009 – FAPESC/MS/CNP.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que para o desenvolvimento da mesma necessita da realização de uma entrevista, através da qual estaremos, com as suas respostas, buscando explicações para dados que foram coletados junto ao senhor através da aplicação do questionário no ano 2011.

Solicitamos a sua colaboração para a realização das entrevistas, bem como sua autorização para a divulgação dos resultados em eventos e publicações em revistas científicas. Deixamos ciente que o seu nome será mantido em sigilo e que em nenhuma etapa ou momento, coleta ou publicação, o senhor será submetido a nenhum risco, para a sua saúde ou vida pessoal.

Esclarecemos que a sua participação é voluntária, e que o senhor só repassará as informações que achar necessária, mas, para que seja mantida a fidelidade de suas respostas, a mesma será gravada, com um instrumento eletrônico, o MP4, que lhe apresentamos agora, caso o senhor autorize.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que o senhor considere necessário em qualquer momento.

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

Assinatura do participante da pesquisa

Contato com o pesquisador responsável:

Neir Antunes Paes

Endereço profissional: Universidade Federal da Paraíba (Dep. Estatística)

Telefone:(083) 3216-7075

Atenciosamente,

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador participante

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

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

PESQUISA: Avaliação da efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco do Programa de Saúde da Família de municípios do Estado da Paraíba

ROTEIRO DE ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____ N° QUESTIONÁRIO _____

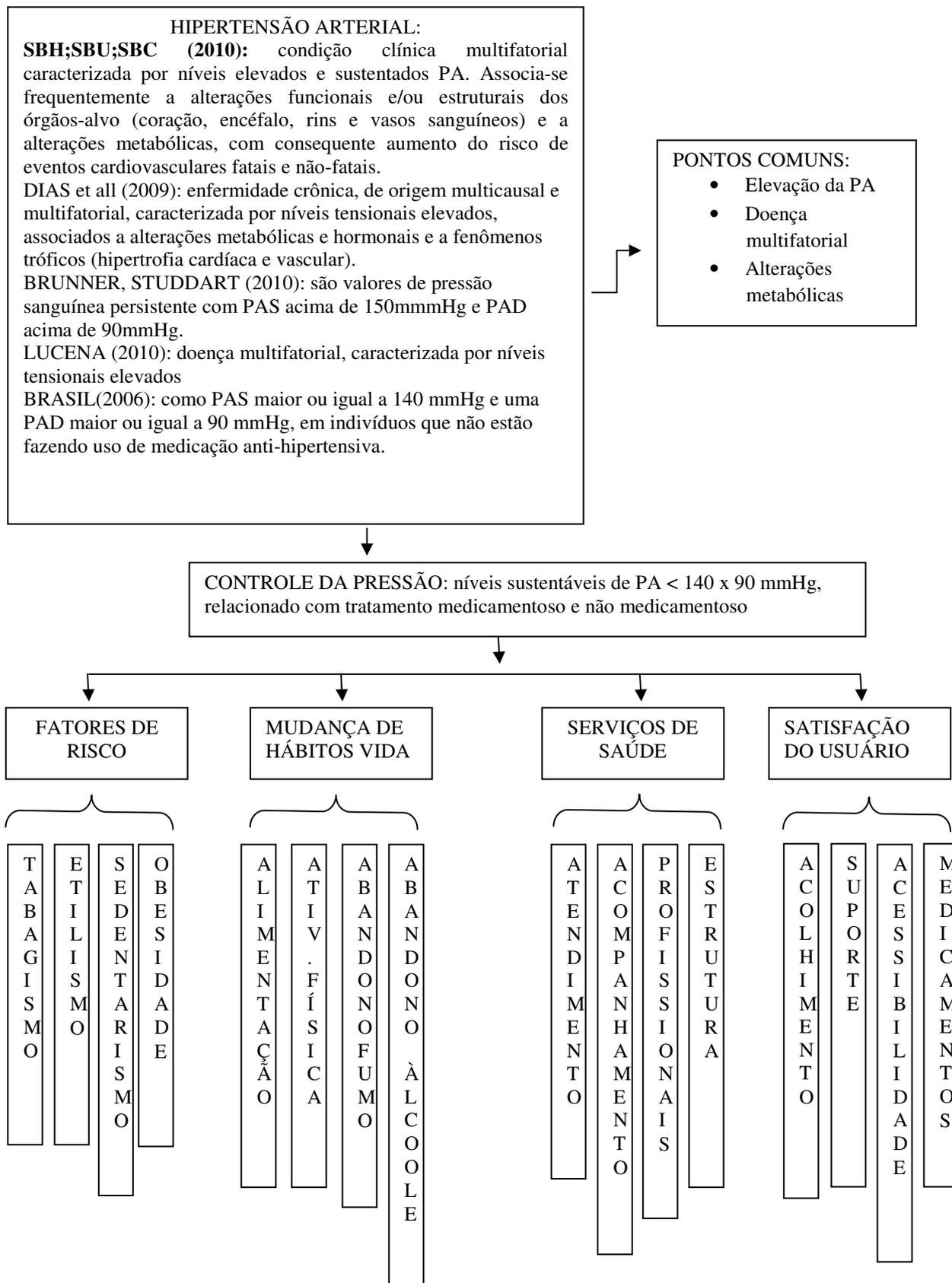
IDADE: _____ PA _____

Peso: _____ Altura: _____ Cintura: _____ Quadril _____

DADOS ESPECÍFICOS:

1. O senhor sempre morou em João Pessoa/Campina Grande?
2. O senhor trabalha em que?
3. No seu dia a dia como o senhor cuida de sua saúde?(cite uma situação de cuidado com sua saúde - exemplo)
4. O que o senhor sabe sobre hipertensão (fale sobre como o Sr compreende a pressão alta)?
(buscar conceitos/significados)
5. Como o senhor descobriu que era hipertenso? (ver se entra os fatores de risco, se não fazer uma provocação: a que o senhor explica ter chegado ao desenvolvimento desta doença)
6. O senhor se declarou não/ fumante, mas alguma vez na vida já fumou?
7. Com relação ao consumo de bebida alcoólica, o senhor já bebeu alguma vez?
8. O que o fumo e o álcool representam para o senhor? (porque o senhor fuma e bebe? situar no tempo)
9. Como são seus hábitos relacionados a sua alimentação? (o que comeu ontem e hoje)
10. O Senhor poderia descrever como foi seu último atendimento na unidade de saúde para acompanhamento da hipertensão.
11. Como sua pressão tem se mantido ultimamente? A que o senhor atribui o fato da sua pressão se manter neste padrão?

APÊNDICE C – MAPA CONCEITUAL



APÊNDICE D – DISTRIBUIÇÃO DO QUANTITATIVO DA AMOSTRA PARA PESQUISA QUALITATIVA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

DISTRITO I					
Nº	UNIDADE	Nº DE USUÁRIOS	50% DE USUÁRIOS	ORDEM DE SORTEIO	ENTREVISTADOR
01	Bairro das Industrias I	02	02	2ª	
02	Bairro das Industrias III	01			
03	Cruz das Armas IV	03	03	3º	
04	Cruz das Armas V	04	04(***)	4º	
05	Bairro dos Novais IV	03	03	1º	
06	Bairro dos Novais V	02	02(***)	5º	
07	Jardim Planalto I	03			
08	Jardim Planalto II	01			
09	Alto do Mateus	00			
	TOTAL	19	10		01 (*)
DISTRITO II					
01	Cristo Conjunto	01		3ª	
02	Rangel	02		2ª	
03	Funcionários III	04		5ª	
04	Presidente Médice	03			
05	Maria de Nazaré	01		1ª	
06	Geisel III	01			
07	Geisel IV	01		4ª	
08	Nova República	00			
	TOTAL	13	7		01(**)
DISTRITO III					
01	Bancários	04		3ª	
02	José Américo	01		2ª	
03	Paratibe	03		6ª	

04	Ambulantes	01		4 ^a	
05	Coqueiral	01		1 ^a	
06	Mussumago II	04			
07	Cidade verde	02			
08	Valentina II	02			
09	Valentina IV	03		5 ^a	
10	Cristo Rei	01			
11	Monte das Oliveiras	00			
	TOTAL	22	11		01(**)
DISTRITO IV					
01	Varadouro II	03		4 ^a	
02	Roger II	02		5 ^a	
03	Cordão Encarnado	03		3 ^a	
04	Distrito Mecânico	02		2 ^a	
05	Alto do Céu	02		1 ^a	
	TOTAL	12	06		01(*)
DISTRITO V					
01	Castelo Branco III	02		3 ^a	
02	São Rafael	01		1 ^a	
03	São José I	03		2 ^a	
04	TOTAL	06	03		01(*)
	TOTAL GERAL	73	37		02

APÊNDICE E - DISTRIBUIÇÃO DO QUANTITATIVO DA AMOSTRA PARA PESQUISA QUALITATIVA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE

DISTRITO I					
Nº	UNIDADE	Nº DE USUÁRIOS	50% DE USUÁRIOS	ORDEM DE SORTEIO	ENTREVISTADOR
01	José Pinheiro I	05	(***)	5 ^a	
02	Jardim Américo I	02	(***)	3 ^a	
03	Jardim Tavares	03	03	2 ^a	
04	Francisco Brasileiro	01	(***)	4 ^a	
05	Monte Castelo	06	06	1 ^a	
06	José Pinheiro II	00			
07	Francisco Brasileiro II	00			
08	Monte Castelo I	00			
	TOTAL	17	09		01(*)
DISTRITO II					
01	João Rique I	04	04(***)	4 ^a	
02	João Rique II	02	02	1 ^a	
03	Bodocongó	01	01	2 ^a	
04	Bodocongó I	02	02	3 ^a	
05	João Rique II Equipe II	00			
	TOTAL	09	05		01(*)
DISTRITO III					
01	Monte Santo I	03	03(***)	4 ^a	
02	Monte Santo II	02	02	1 ^a	
03	Inácia Maya	02	02	2 ^a	
04	Bonald Filho	02	02(***)	5 ^a	
05	Conceição	02	02(***)	3 ^a	
	TOTAL	11	05		01(**)
DISTRITO IV					
01	Tambor I	02	02	1 ^a	
02	Porteira de Pedra	07	07(***)	2 ^a	
03	N.S. Aparecida	02	02(***)	3 ^a	
	TOTAL	11	05		01(**)
DISTRITO V					
01	Serra da Borborema	03	03(***)	3 ^a	

02	Catolé do Zé Ferreira	03	03(***)	2 ^a	
03	Velame V	06	06	1 ^a	
	TOTAL	12	06		01(**)
DISTRITO VI					
01	Malvinas	01	01	3 ^a	
02	Ramadinha II	02	02	1 ^a	
03	Ramadinha III	03	03(***)	4 ^a	
04	Rocha Cavalcante	02	02	2 ^a	
	TOTAL	08	04		01(*)
	TOTAL GERAL	68	34		

(*)Entrevistador 1

(**)Entrevistador 2

(***) Reserva parcial e total

APENDICE F - AGRUPAMENTO DAS PALAVRAS CHAVE POR TEMA

CUIDADO COM A SAÚDE	
ATITUDES ESPERADAS	ATITUDES NÃO ESPERADAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicamento adequado = J593 -L.32, NJ428-L. 29, CN057- L.10 2. Dieta normalmente = J593-L.32, 3. Tomo medicamento = NJ434-L.18, NJ358- L.30, CN0-16 L.22, J305-L.16, J106-L.17, CN-214,L.16 4. Verifico a pressão = J311-L.21 5. Vou ao médico = J488 -L.23 6. Tomo remédio = J311 -L.21, J613-L.21,NJ 433- L.26, NJ326- L.44, CN198-L.10, CN 069- L.13,CN197 -L. 17,CN092- L. 8, CN209 -L. 12, J558-L.22, J470-L.32, J469-L.30, J466-L.16, C081- L.18, CN077-L.11, CN406-L.13, CN069-L.18, CN199-L.16 7. Tomo comprimidos = NJ398 -L.29, NJ317- L.23, J586-L.26 8. Faço caminhadazinha = NJ398 -L.36, C111- L.18, J508- L.19, J338-L.17, CN143-L.11, C006-L.12, CN42-L.11, CN185-L.16 9. Tomar medicação = NJ489-L.45, NJ016-L. 29, NJ450- L.21, CN185-L.16 10. Alimentação= NJ434- L.18, NJ518-L.25, NJ428-L. 29, J088-L.16, J347-L.13, C036-L.16, CN056-L.23 11. Evito esforço = NJ358- L.30 12. Ginástica = NJ450- L.21 13. Caminhada = CN10- L.21, C137 -L.16, J088-L.16, J471-L.17, C036-L.14 14. Conselho médico = C104 -L.14 15. Exercícios = C137- L.18, CN030-L.16 16. Fisioterapia = CN172 L.18 17. Não comer comida gorda = CN221-L.14 18. Vou lá no posto = CN 162 -L.13 19. Deixar cerveja = J420- L.26 20. Deixar o doce = J420- L.27 21. Comer = J422-L. 21, J148-L.33, C034-L.18 22. Dormir = J422-L. 21, J148-L.33, J458-L.14, J347-L.13, C034,L.18 23. Passear = J148-L.33 24. Lavo = J438 -L.31 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não faço nada =J488- L.23, NJ403-L. 22, NJ124- L.12, J015-L. 14, C143-L.15, CN145-L.20 2. Não posso fazer nada = NJ482-L.42 3. Médico na crise=J504 -L.20

<p>25. Passo = J438 -L.31 26. Varro casa = J438 -L.31 27. Chá = CN156-L.14 28. Atividade diária = C099-L.13 29. Não faço extravagância = J429- L.58 30. Regime = C104- L.14, CN160-L.15 31. Desparecer = CN016 L.18</p>	
---	--

CONCEITO/ENTENDIMENTO DA HIPERTENSÃO	
CONCEITOS CONVERGENTES	CONCEITOS DIVERGENTES
<p>1. Descompensação na pressão = C104- L.42 2. Estreitamento das veias=CN030-L.53</p>	<p>1. Algo que perturba = J593 -L.43, J504-L.35 2. Provoca infarto e derrame = J311-L.31, C137- L.29, C143-L.22 3. É perigoso = J488 -L.27, J429 L.68, J422-L. 37 4. Muito ruim = J613-L.36, J470-L.49, CN156-L.23 5. Não sei = NJ398 -L.45, NJ124 -L.28, CN10- L.33, CN172- L.28, J508 -L.29, CN209- L. 28, J148-L.43, J558-L.31, J106- L.27, J347-L.24, J015-L. 46, CN185-L.20, CN145-L.67,CN077-L.16, CN160-L.51, C036-L.22, C006-L.24, CN056-L.37 6. Se não cuidar Mata = NJ 433-L.32 7. Coração dá uma pancada = NJ326-L.61 8. Ataque cardíaco = NJ434 -L.20, NJ317-L.38, CN156-L.26 9. Quintura = NJ518 -L.38, 10. Dor de cabeça = NJ016-L. 38, NJ403-L. 30, NJ428-L. 35, J305-L.26, J338-L.39, J471-L.27, C081 -L.28; CN199-L.32 11. Num sinto nada = NJ358- L.40, 12. Mal súbito = NJ450- L.28, 13. Sal = CN221 L.26, CN 198- L.16, J420 -L.33, CN057 L.12 14. Nunca procurei saber = CN 069- L.19 15. Eu não entendo = NJ482-L.58, CN016- L.28, CN092- L. 13, J586-L.31, CN214-L.23 16. Obesidade = CN057 L.12 17. Atinge o coração= CN143-L.26,</p>

	<p>CN42- L.18</p> <p>18. Problema no coração = C137- L.29, CN 162- L.25, C111- L.24, CN069-L.25</p> <p>19. Não faz regime = CN197 -L. 18</p> <p>20. Histórico familiar = J088-L.30</p> <p>21. Problema no juízo=J469-L.48</p> <p>22. Requer calma=J466-L.33</p> <p>23. Quase nada/pouca coisa =C099-L.18, C034-L.25</p> <p>24. Nada = NJ489-L.41, J438- L.35</p> <p>25. Coração acelera =J458-L.31</p> <p>26. Fazer o certo =CN406- L.16</p>
--	--

CONTROLE DA PRESSÃO	
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO/NÃO MED	OUTRAS DIMENSÕES QUE INFLUENCIAM
<p>1. Uso de medicação =NJ489 -L.265,NJ016- L. 153, J106- L.104, J088-L.152, CN185- L.90; CN069-L.114</p> <p>2. Comer sem sal=J593 -L.182</p> <p>3. Num faço extravagância =J488- L.132, C111- L.96</p> <p>4. Num como comida salgada =J488 -L.132, NJ482-L.236</p> <p>5. Tomo remédio =J613-L.130,NJ326 L.44, NJ403-L. 189, CN221 -L.101, J148-L.176, CN156-L.98, CN143-L.124; CN145-L.192</p> <p>6. Corte de massa, gordura =NJ 433-L.105, NJ482-L.236</p> <p>7. Tomo medicamento=J311-L.132, NJ398- L.183, NJ434- L.114, NJ428-L. 128, NJ450- L.205, C099-L.86, C034-L.163, CN214-L.93</p> <p>8. Evitar comida salgada =NJ518- L.194, J305-L.136</p> <p>9. Alimentar direito=CN057- L.92, J458- L.97, J338-L.156, J471-L.129, CN42-L.82</p> <p>10. Abaixo o sal =CN016 -L.145</p> <p>11. Evitar estresse =NJ358- L.178</p> <p>12. Evitar esforço físico =NJ358 -L.178</p> <p>13. Regime =J420 L.125,</p> <p>14.Caminhada =J508 -L.113, J471-L.129, CN143-L.124</p> <p>15. Ando de bicicleta =NJ317- L.166</p> <p>16. Tomo comprimido =J586-L.104, J558- L.174, CN160-L.145, C143-L.114</p>	<p>1. Não sei =NJ326- L.274, J429- L.318, NJ124- L.101, CN172 -L.112, J504- L.115, J470-L.153, J015-L. 83, CN077- L.103, C081- L.121, CN406- L.109, CN030-L.206, C036-L.91</p> <p>2. Idade =CN197 -L. 111</p> <p>3. Bebida =CN 198- L.131, J422-L. 122</p> <p>4. Aperreio=J469-L.212,</p> <p>5. Estresse =J466-L.260, C006-L.81; CN199-L.118</p> <p>6. Transplante=CN185-L.90 (Fator que se sobrepõe a outro)</p> <p>7. Comer sem dieta =NJ016-L. 153</p> <p>8. Família =C104- L.121, CN 198 -L.133</p> <p>9. Trabalho =CN 069- L.64</p> <p>10. Nada =J438- L.197</p>

17. Abaixo a bebida=CN056-L.173 18. Trabalhar =NJ016-L. 153 19. Felicidade =C137- L.156 20. Parei de beber =CN 162 -L.86	
---	--

FATORES DE RISCO	
FUMO	
1. Influência =NJ398 -L.102, NJ 433- L.55, NJ326- L.123, NJ489 L.146, NJ434 L.39, NJ016-L. 79, NJ358 -L.94, NJ317 -L.89, CN 198- L.59, CN016- L.87, J422-L. 61, J558-L.57, J438 -L.71, J106 -L.51, J471-L.68, CN199-L.87 2. Brincadeira =J311-L.61, CN197- L. 70 3. Diversão =NJ482-L.142, J466-L.91 4. Enxerimento =J429- L.133 5. Socialmente =J488- L.23, J088-L.74 6. Distrair =NJ518- L.68, NJ124- L.62, J106-L.63 7. Vício =J593 -L.87, J613-L.61, CN10 - L.59, CN221- L.64, J305-L.75, CN077-L.70, CN160-L.92, CN406- L.46, CN030-L.93, CN185-L.47, CN069-L.52, C034-L.93	8. Moda =C137- L.74, CN209-L. 83 9. Entreter =CN172 -L.84 10. Gostava =C172- L.47, J148-L.82 CN056-L.100, J470-L.83 11. Via os outros =C081- L.68 12. Trabalho=C137- L.63 13. Prazer =C104- L.63, CN077-L.14 14. Charme =CN057- L.45 15. Bonito =C036-L.61 16. Se amostrar=CN143-L.77 17. Vontade =CN197- L. 70, CN092- L. 59 CN209 L. 59, C081 L.68, CN214, L48; 18. Vingança =CN 198- L.77 19. Aparece =CN209- L. 84
ÁLCOOL	
1. Influência =NJ398- L.102, J429- L.158, NJ489- L.175, NJ403-L. 88, NJ317 -L.111, NJ450- L.96, CN10- L.10, CN016 -L.87, J422-L. 76, CN092- L. 59, J148-L.96, J438-L.84, J088-L.93, C099-L.51, CN42-L.40, CN199-L.87 2. Diversão/festinha =J311-L.71, J488- L.64, J613-L.71, NJ326 -L.154, NJ434- L.56, NJ482-L.142, NJ016-L. 108, C111- L.51, CN209- L. 72, J305-L.75, J106- L.61, J458-L.52, J088-L.74, J469-L.121, J466-L.91, J471-L.69, J015-L. 34, CN077-L.34, CN156-L.44, CN030-L.104, CN069-L.60, C036-L.66, CN143-L.57, C034-L.90 3. Não referiu =CN 069, CN056-L.100	4. Distrair=NJ124 -L.62; C143-L.70 5. Sentir o gosto =J420 -L.72 6. Comemoração =J508- L.57 7. Por esporte =CN197- L. 598 8. Trabalho =J429 -L.229, C137- L.63, CN145-L.97 9. Gostar =CN221- L.4, J470-L.83 10. Não sabe =CN092- L. 97 11. Vício=J593 -L.87, CN057 L.51, J586-L.65, J558-L.67, CN160-L.92, CN406-L.46, CN185-L.47 12. Prazer =C104- L.63 13. Incentivo =CN 162 -L.57 14. Bonito =CN209-L. 83 15. Vingança=CN 198-L.77 16. Para curtir=NJ428-L. 73 17. Socialmente =NJ358- L.123

MUDANÇA DE HÁBITO	
CONSCIÊNCIA	IMPOSIÇÃO
1. Eu queria =J488- L.52 2. Chegando a idade =J488- L.54, J469-L.128 3. Eu quis =J398- L.108, NJ326 -L.125, J470-L.80; 4. Criando juízo =NJ326 L.159 5. Senti vontade =J593-L.43, NJ434 -L.47, NJ317 -L.95 6. Vontade própria=J593 -L.81, J311-L.76, J429- L.248, NJ482-L.143, NJ428-L. 67, CN172- L.57, C111 -L.55, CN197 -L. 72, CN209 -L. 80, J586-L.58, J148-L.86, J558-L.78, J015-L. 34, CN077-L.70, CN143-L.68 7. Não era certo=CN214-L.50 8. Vou deixar =NJ358- L.106 9. Imbecil =C104 -L.62 10. Não era bom =CN214-L.50 11. Tomei nojo=CN145-L.89 12. Num dava mais =CN10- L.69 13. Ficando velho=J508 -L.60	1. Baixei hospital =NJ 433- L.65 2. Briga da mulher =NJ434- L.47, CN016 - L.88 3. Doença =NJ518 -L.84, J466-L.72, CN406- L.57, CN185-L.33 4. Castigo= NJ482-L.133 5. Evangélico =NJ450- L.85, CN199-L.74 6. Ofendendo =CN160-L.100 7. Fui proibido =CN 162 -L.41 8. Prejudicando=J305-L.70, J088-L.97, C036-L.62 9. Médica pediu =J398- L.108 10. Condição financeira =J429 -L.158, NJ489- L.164 11. Passava mal =NJ016-L. 83, NJ403-L. 102 12. Encontro com Jesus =J438- L.79

SERVIÇO DE SAÚDE/ACESSIBILIDADE	
MOTIVO DA PROCURA	NÃO PROCURA
1. Receber medicamento=J593 -L.168, CN172- L.94, CN 198- L.103, J106- L.90, J015-L. 67, CN156-L.71 2. Vou pegar as coisas =J311-L.104 3. Pegar medicamento =NJ398- L.173 NJ403-L.128, C137- L.115, CN221 L.92, CN160-L.131, CN030-L.160, CN185-L.73, CN056-L.141 4. Pegar comprimido =C081-L.104 5. Trabalho =C137- L.63 6. Prazer =C104- L.63 7. Pego remédio =J488 L.104, NJ 433- L.96, CN197 -L. 93, J558-L.132, J438 -L.155, J347-L.74. J470-L.117, C N406- L.85, CN143-L.109 8. Consulta =NJ613-L.104, NJ434 -L.78, NJ016-L. 142, NJ428-L. 119, NJ317- L.148, CN016 -L.132, J422-L. 107, J148-L.144, J338-L.131, 9. Fui tirar pressão=NJ326 -L.260, J420 L.123, J338,L.131, J469,L.171, CN069,L.93;	1. Não vou =NJ518- L.137, NJ124- L.83, CN209 -L. 106, C099-L.69, CN214-L.67 2. Horário não permite =NJ450- L.184 3. Vem aqui =J504- L.98, J088-L.125

<p>10. Medi a pressão=J488 L.101; NJ358 L.170, J471,L.100</p> <p>11. Pegar requisição=NJ482L.269,</p> <p>12. Pegar receita =NJ403L. 128, J458L.85, J466,L.192; C034,L.144</p> <p>13. Fazer exame =J420 L.123,1</p> <p>14. Aferir pressão =NJ489 L.231</p> <p>15. Apresentar exame =J305L.110</p>	
--	--

ACOMPANHAMENTO	
FREQUENTE	ESPORÁDICO
<p>1. O mês passado =NJ398- L.169, J469- L.169</p> <p>2. Todo mês =NJ 433-L.96, CN160-L.133, C081-L.100</p> <p>3. Toda semana =NJ326 -L.255, J508- L.22, J015-L. 67</p> <p>4. Quinze dias =NJ613-L.105, J429- L.292</p> <p>5. Semana retrasada =J488- L.99, NJ428- L.112, J305-L.105</p> <p>6. Sempre vou =J508- L.87, J422-L. 98, J338-L.133,1</p> <p>7. Faz 3 meses =NJ016-L. 141, CN 198- L.103, CN057- L.82; CN056-L.139;</p> <p>8. Faz 2 meses =NJ317- L.148, J148-L.145</p> <p>9. Semana passada=J586-L.94, J470-L.115, J466-L.193</p> <p>10. Todo mês =J438 -L.155</p>	<p>1. Não fico freqüentando =J593-L.148, CN016 L.127</p> <p>2. Mais de ano =J558-L.150, J106- L.96</p> <p>3. Ano passado =NJ434- L.80</p> <p>4. Quando preciso =J311-L.107, J471,L.112</p> <p>5. Mais de 2 anos =NJ358 -L.165, NJ450- L.184</p> <p>6. Não tenho tido oportunidade =C104- L.87</p> <p>7. Às vezes=NJ489 -L.231</p> <p>8. Bocado de tempo =CN 162-L.99</p> <p>9. Faz tempo =NJ518- L.137, J458-L.71</p> <p>10. Ano passado =NJ482-L.244</p> <p>11. 6 meses =NJ403-L. 167, CN077-L.77</p> <p>13. Deixei de ir =CN209- L. 106</p>

AVALIAÇÃO DA CONSULTA/ATENDIMENTO	
QUALIDADE POSITIVA	QUALIDADE NÃO POSITIVA
<p>1. Boa =MJ398- L.179, NJ428-L. 114, CN016 -L.132, CN197 -L. 99, J148- L.147</p> <p>2. Ótimo =NJ 433- L.98, CN 162 -L.92, J504 -L.99, C034-L.135</p> <p>3. Bom =J593 -L.172,N J613-L.118, NJ326- L.267, NJ403-L. 170, NJ358 - L.168, NJ317- L.153, C104 L.111, CN057- L.69, J586-L.99, J438 -L.184, J338-L.133, J466-L.220, CN077-L.79, CN156-L.71, C036-L.83, CN143-L.107, C006-L.69,CN42-L.69,CN199- L.126,CN145-L.153</p>	<p>1. Razoável =J311-L.111</p> <p>2. Ruim=NJ450- L.194</p> <p>3. Regular =NJ489 -L.248, NJ434 -L.97</p> <p>4. Num atende=NJ518- L.148</p> <p>5. Num gosto =J558-L.135,1,1</p> <p>6. Mal =CN 198- L.107,</p> <p>7. Demora muito =NJ482-L.266, CN209- L. 110</p>

AÇÕES REALIZADAS	
ESPERADAS	NÃO ESPERADAS
<p>1. Pesa =J593-L.170, C137- L.118, CN172 -L.101, CN221 -L.98, CN057 - L.71, CN092- L. 84,CN197- L. 103, CN209 -L. 115, C036-L.85, CN143-L.109, C006-L.71, CN42-L.73,C143-L.102, CN145-L.67</p> <p>2. Mede altura =C137- L.118, CN172-L.100, C036-L.85, C006-L.71, CN145-L.163</p> <p>3. Pergunta =CN172- L.101, C111- L.85, CN057- L.72, CN160-L.151, CN199-L.131</p> <p>5. Passa medicação =CN221- L.88, CN42,L.73</p> <p>6. Tiram pressão=NJ403-L. 177, NJ358-L.170, CN221- L.98, CN 069- L.61, J504- L.99, J420- L.123, CN092- L. 84, J469-L.176, C081- L.110, CN077-L.81, CN160-L.108, CN143-L.109 , CN406-L.87, C036-L.85, C006-L.71, C143-L.102, CN145,L.163</p> <p>7. Passa remédio =C081-L.110</p> <p>8. Mede cintura =CN172 -L.101</p> <p>9. Palestra =C137- L.119, C143-L.99</p> <p>10. Visita =NJ489 -L.258, C104 -L.98, C099-L.69</p> <p>11. Entrega medicação=NJ450- L.198, CN 069- L.61, CN016- L.138, CN197- L. 100, CN406- L.87, C143-L.102</p> <p>12. Mede a pressão =J593 -L.170, NJ326- L.258, NJ358 L.170 , CN197 L. 102, CN156-L.74, C099-L.78, C104 L.98</p> <p>13. Verifica a pressão =C137- L.118, CN057- L.74, CN42-L.73</p> <p>14. Pede exame =NJ434 -L.82, NJ482- L.298</p> <p>15. Dá receita=C104- L.98, J458-L.85, J470-L.145</p> <p>16. Informações =NJ326- L.268 , CN077-L.81</p> <p>17. Consulta =J311-L.88</p> <p>18.Examinou=C104- L.98, J469-L.176</p> <p>19. Acompanha =J311-L.108</p>	<p>1. Só entrega remédio=CN030-L.174</p>

**APÊNDICE G - AGRUPAMENTO DAS PALAVRAS CHAVE
DAS ENTREVISTAS POR CATEGORIA**

COMO CUIDAM DA SAÚDE	
ATITUDES ESPERADAS	ATITUDES NÃO ESPERADAS
<p>Uso de Medicação =1-J593 -L.32, NJ42-8L. 29, CN057- L.10, NJ434- L.18, NJ358 - L.30,CN016- L.22,J305-L.16, J106- L.17, CN214-L.16, J311 -L.21, J613-L.21,NJ 433-L.26, NJ326 -L.44,CN 198 -L.10, CN 069-L.13,CN197- L. 17, CN092- L. 8, CN209-L. 12,J558-L.22,J470-L.32, J469-L.30-J466-L.16, C081- L.18, CN077-L.11, CN406-L.13,CN069-L.18, CN199-L.16, NJ398-L.29, NJ317- L.23, J586-L.26, NJ489-L.45, NJ016-L. 29,NJ450- L.21, CN185-L.16, CN156-L.14</p> <p>Dieta =J593-L.32, CN221- L.14, NJ434-L.18, NJ518- L.25, NJ428-L. 29, J088-L.16, J347-L.13, C036-L.16,CN056-L.23,J429-L.58</p> <p>Atividade física =NJ398- L.36, C111-L.18,J508- L.19,J338-L.17, CN143-L.11,C006-L.12,CN42-L.11, CN185-L.16, NJ450- L.21,CN10-L.21, C137- L.16, J088-L.16, J471-L.17, C036-L.14, C137-L.18,CN030-L.16,CN172-L.18, J420-L.27, J422-L. 21, J148-L.33,C034-L.18, J148-L.33, J438-L.31, J438-L.31, J438- L.31, C099-L.13, C104- L.14, CN160-L.15</p> <p>Atendimento profissional = J311-L.21, J488- L.23, C104-L.14, CN 162- L.13</p> <p>Repouso = NJ358-L.30, J422-L. 21,J148-L.33,J458-L.14,J347-L.13, C034-L.18</p>	<p>Não cuidar =J488- L.23, NJ403-L. 22,NJ124- L.12,J015-L.14, C143-L.15,CN145-L.20,NJ482-L.42,J504- L.20</p>

CONCEITO/ENTENDIMENTO DA HIPERTENSÃO	
CONCEITOS CONVERGENTES	CONCEITOS DIVERGENTES
<p>1. Descompensação na pressão = C104-L.42</p> <p>2. Estreitamento das veias= CN030-L.53</p>	<p>Sintomas = NJ326-L.61, NJ518-L.38,NJ016-L. 38, NJ403-L. 30, NJ42-8L. 35, J305-L.26, J338-L.39, J471-L.27, C081 - L.28; CN199-L.32, J458-L.31, J469-L.48</p> <p>Complicações = J311-L.31, C137-L.29,C143-L.22, NJ434- L.20, NJ317-L.38, CN156-L.26,C137- L.29,CN 162- L.25, C111- L.24, CN069-L.25, CN143-L.26, CN42-L.18</p> <p>Percepção do agravo = J593- L.43, J504-</p>

	<p>L.35,J488-L.27,J429- L.68, J422-L.37,J613-L.36, J470-L.49, CN156-L.23, NJ 433-L.32, NJ450- L.28</p> <p>Desconhecimento =NJ398- L.45, NJ124-L.28,CN10-L.33, CN172- L.28,J508-L.29, CN209-L. 28, J148-L.43,J558-L.31,J106-L.27, J347-L.24, J015-L. 46, CN185-L.20,CN145-L.67,CN077-L.16, CN160-L.51,C036-L.22, C006-L.24, CN056-L.37, CN 069-L.19, NJ482-L.58, CN016 - L.28,CN092- L.13, J586-L.31, CN214-L.23, C099-L.18,C034-L.25,NJ358- L.40, NJ489-L.41, J438- L.35</p> <p>Fator predisponente =CN221-L.26,CN 198- L.16,J420- L.33, CN057-L.12, CN197- L. 18, J088-L.30,J466-L.33, CN406- L.16</p>
--	---

CONTROLE DA PRESSÃO	
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO/NÃO MED	OUTRAS DIMENSÕES QUE INFLUENCIAM
<p>Uso de medicação =NJ489- L.265, NJ01-L.153, J106- L.104, J088-L.152,CN185-L.90,CN069-L.114,J613-L.130,NJ326-L.44, NJ403-L. 189, CN221- L.101, J148-L.176, CN156-L.98, CN143-L.124,CN145-L.192, J311-L.132, NJ398- L.183, NJ434-L.114,NJ428-L. 128, NJ450-L.205,C099-L.86,C034-L.163,CN214-L.93, J586-L.104, J558-L.174, CN160-L.145, C143-L.114</p> <p>Dieta= J593 -L.182, J488 -L.132,NJ482-L.236, NJ 433- L.105, NJ482-L.236, NJ518- L.194, J305-L.136, CN057- L.92, J458-L.97, J338-L.156, J471-L.129,CN42-L.82,CN016- L.145, J420- L.125</p> <p>Atividade física= J508-L.113, J471-L.129,CN143-L.124, NJ317-L.166</p> <p>Hábitos saudáveis= J488- L.132,C111-L.96, NJ358- L.178, CN056-L.173, NJ016-L.153, CN 162- L.86, C137- L.156,</p>	<p>Desconhecimento =NJ326-L.274,J429-L.318,NJ124- L.101, CN172-L.112,J504-L.115,J470-L.153,J015-L. 83, CN077-L.103, C081- L.121, CN406-L.109, CN030-L.206, C036-L.91, J438-L.197</p> <p>Idade =CN197- L. 111</p> <p>Hábitos nocivos =CN 198- L.131, J422-L.122, J469-L.212, J466-L.260, C006-L.81,CN199-L.118,NJ016-L. 153</p> <p>Ambiente=C104-L.121,CN 198- L.13, CN 069-L.64</p>

FATORES DE RISCO	
FUMO	
MOTIVO	
<p>Influência familiar/amigos= NJ398-L.102, NJ 433-L.55,NJ326- L.123,NJ489-L.146,NJ434- L.39, NJ016-L. 79, NJ358-</p>	<p>Vício= J593-L.87, J613-L.61, CN10- L.59, CN221- L.64, J305-L.75, CN077-L.70, CN160-L.92, CN406- L.46, CN030-L.93,</p>

L.94, NJ317- L.89, CN 198- L.59, CN016- L.87, J422-L. 61, J558-L.57, J438-L.71, J106- L.51, J471-L.68, CN199-L.87, C137- L.63, J470-L.83 Aceitação social = NJ482-L.142, J466-L.91, J488-L.23, J088-L.74, CN209- L. 84 Reprodução de comportamento = J429- L.133, C137- L.74, CN209- L.63, C081- L.68, CN143-L.77, CN057- L.45	CN185-L.47, CN069-L.52,C034-L.93 Satisfação pessoal =CN172- L.84, C172- L.47, J148-L.82, CN056-L.100, C104-L.63, CN077-L.14, CN197- L. 70, CN092- L. 59, CN209- L. 59, C081- L.68, CN214-L48, C036-L.61, NJ518 -L.68, NJ124- L.62, J106- L.63
--	---

ÁLCOOL	
MOTIVO	
Influência família/amigos = NJ398- L.102, J429- L.158, NJ489- L.175, NJ403-L. 88, NJ317- L.111, NJ450-L.96, CN10- L.10, CN016- L.87, J422-L. 76, CN092- L. 59, J148-L.96, J438- L.84, J088-L.93, CN 162- L.57, C099-L.51, CN42-L.40, CN199-L.87, J420-L.72, J429- L.229, C137 -L.63, CN145-L.97 Aceitação social = J311-L.71, J488- L.64, J613-L.71, NJ326- L.154, NJ434- L.56, NJ482-L.142, NJ016-L. 108, C111- L.51, CN209- L. 72, J305-L.75, J106- L.61, J458-L.52, J088-L.74, J469- L.121, J466-L.91, J471-L.69, J015-L. 34, CN077-L.34, CN156-L.44, CN030- L.104, CN069-L.60, C036-L.66, CN143- L.57, C034-L.90, NJ358- L.123, J508- L.57, CN209- L. 83	Satisfação pessoal = CN092-L. 97, C104-L.63, NJ428-L. 73, CN221- L.4, J470-L.83, CN197 - L. 59, CN056-L.100, NJ124- L.62, C143-L.70 Vício =J593-L.8, CN057- L.51, J586-L.65, J558-L.67, CN160-L.92, CN406- L.46, CN185-L.47

MUDANÇA DE HÁBITO	
CONSCIÊNCIA	IMPOSIÇÃO
Vontade própria = J488- L.52, J398- L.108, NJ326- L.125, J470-L.80, J593- L.43, NJ434- L.47, NJ317-L.95, J593- L.81, J311-L.76, J429- L.248, NJ482- L.143, NJ428-L. 67, CN172- L.57, C111- L.55, CN197-L. 72, CN209- L. 80, J586-L.58, J148-L.86, J558-L.78, J015-L. 34, CN077-L.70, CN143-L.68, NJ358- L.106, CN145-L.89, C104- L.62, Maturidade : J488-L.54, J469-L.128, NJ326- L.159, J508- L.60, CN214-L.50, CN10-L.69;	Aconselhamento profissional : CN 162-L.41, J398-L.108 Religião : NJ482-L.133, NJ450- L.85, CN199- L.74, J438- L.79 Condição clínica : NJ 433- L.65, NJ518- L.84, J466-L.72, CN406- L.57, CN185-L.33, CN160-L.100, J305-L.70, J088-L.97, C036- L.62,NJ016-L. 83, NJ403-L. 102 Condição financeira :J429- L.158, NJ489- L.164 Familiar = NJ434- L.47, CN016- L.88

SERVIÇO DE SAÚDE/ACESSIBILIDADE	
MOTIVO DA PROCURA	NÃO PROCURA
<p>Receber medicamento=J593-L.168, CN172- L.94, CN 198- L.103, J106-L.90,J015-L. 67, CN156-L.71, J311-L.104, NJ398- L.173, NJ403-L.128, C137- L.115, CN221- L.92, CN160-L.131, CN030-L.160, CN185-L.73, CN056-L.141,C081-L.104, J488- L.104, NJ 433-L.96, CN197-L. 93, J558-L.132, J438-L.155, J347-L.74, J470-L.117, CN406- L.85, CN143-L.109</p> <p>Consulta= NJ613-L.104, NJ434- L.78, NJ016-L. 142, NJ428-L. 119, NJ317-L.148, CN016-L.132, J422-L. 107, J148-L.144, J338-L.131, J305-L.110, J420- L.123</p> <p>Aferir pressão= NJ326- L.260, J420-L.123, J338-L.131, J469-L.171, CN069-L.93, J488-L.101, NJ358-L.170, J471-L.100, NJ489- L.231</p> <p>Pegar requisição= NJ482-L.269, NJ403-L. 128, J458-L.85, J466-L.192, C034-L.144</p>	<p>NJ518- L.137, NJ124-L.83, CN209- L. 106, C099-L.69, CN214-L.67, NJ450 -L.184, J504-L.98, J088-L.125</p>

ACOMPANHAMENTO	
FREQUENTE	ESPORÁDICO
<p>Semanal =NJ326- L.255, J508- L.22, J015-L. 67</p> <p>Quinzenal =NJ613-L.105, J429- L.292, J488- L.99, NJ428-L. 112, J305-L.105, J586-L.94, J470-L.115, J466-L.193</p> <p>Mensal =NJ398- L.169, J469-L.169, NJ 433- L.96, CN160-L.133, C081- L.100, J438 L.155</p> <p>Sempre vou=J508- L.87, J422-L. 98, J338-L.133</p> <p>Faz 3 meses=NJ016-L. 141, CN 198 - L.103, CN057- L.82, CN056-L.139,</p> <p>Faz 2 meses=NJ317- L.148, J148-L.145</p>	<p>Não fico freqüentando=J593 -L.148, CN016-L.127, CN209- L. 106, NJ518- L.137, J458-L.71, CN 162-L.99</p> <p>Mais de 6 meses=J558-L.150, J106- L.96, NJ434 -L.80, NJ358- L.165, NJ450- L.184, NJ482-L.244, NJ403-L. 167, CN077-L.77</p> <p>Quando preciso=J311-L.107, J471-L.112, C104 -L.87</p> <p>Às vezes=NJ489- L.231</p>

AVALIAÇÃO DA CONSULTA/ATENDIMENTO	
QUALIDADE POSITIVA	QUALIDADE NÃO POSITIVA
<p>Boa/bom = MJ398 L.179; NJ428L. 114;CN016 L.132; CN197 L. 99; J148L.147; J593,L.172;N J613-L.118;</p>	<p>Razoável=J311-L.111; NJ489 L.248; NJ434 L.97;</p> <p>Ruim= NJ450 L.194; CN 198 L.107,</p>

<p>NJ326 L.267; NJ403L. 170; NJ358 L.168; NJ317 L.153; C104, L. CN057 L.69; J586,L.99; J438 L.184; J338,L.133; J466,L.220; CN077,L.79; CN156,L.71;C036,L.83; CN143,L.107; C006,L.69; CN42,L.69; CN199,L.126; CN145,L.153; Ótimo=NJ 433 L.98; CN 162 L.92; J504 L.99; C034,L.135</p>	<p>Num atende = NJ518 L.148 Num gosto=J558L.135 Demora muito: NJ482L.266; CN209 L. 110</p>
---	---

AÇÕES REALIZADAS	
ESPERADAS	NÃO ESPERADAS
<p>Atendimento= J593-L.170, C137-L.118, CN172 -L.101, CN221- L.98, CN057- L.71, CN092 -L. 84, CN197- L. 103, CN209 -L. 115, C036-L.85, CN143-L.109, C006-L.71, CN42-L.73, C143-L.102, CN145-L.67, C137- L.118, CN172- L.100, C036-L.85, C006-L.71, CN145-L.163, J593 -L.170, NJ326- L.258, NJ358- L.170, CN197- L. 102, CN156-L.74, C099-L.78, NJ403-L. 177, NJ358- L.170, CN221- L.98, CN 069- L.61, J504- L.99, J420 -L.123, CN092- L. 84, J469-L.176, C081-L.110, CN077-L.81, CN160-L.108, C104- L.98, CN143-L.109, CN406- L.87, C036-L.85, C006-L.71, C143-L.102, CN145-L.163, CN172- L.101, NJ450- L.198, CN 069- L.61, CN016- L.138, CN197- L. 100, CN406- L.87, C143-L.102, C137- L.118, CN057- L.74, CN42-L.73 Orienta=CN172 -L.101, C111- L.85, CN057- L.72 CN160-L.15108, CN199- L.131, NJ326- L.268 Consulta= CN221- L.88, CN42- L.73,C104- L.98, J458-L.85, J470-L.145, C081- L.110, NJ434 -L.82, NJ482- L.298, J311-L.88, C104 -L.98, J469- L.176, J311-L.108 Palestra =C137 -L.119, C143-L.99 Visita=NJ489- L.258, C104- L.98, C099-L.69</p>	<p>Só entrega remédio= CN030-L.174</p>

Anexo A – Questionário da Pesquisa de Paes (2009a)

Nº _____

Projeto: Desempenho do Programa Saúde da Família comparado com os das Unidades Básicas de Saúde no controle da hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em municípios do Estado da Paraíba: um estudo de coorte longitudinal 2011

QUESTIONÁRIO A (ACOMPANHADO)

A. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO				
Município: () João Pessoa () Campina Grande Pesquisador: _____				
Data da coleta de dados: ____/____/____		Supervisor de campo: ____/____/____ Ass: _____		
Data da digitação 1: ____/____/____ Ass: _____		Data da digitação 2: ____/____/____ Ass: _____		
B. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO				
B.1 Nome do usuário: _____				
B.2 Endereço: _____				
B.3 Telefone: _____				
B.4 Contato: _____				
C. INFORMAÇÕES GERAIS (FONTES SECUNDÁRIAS)				
C.1	Cód. SIA/SUS: _____			
C.2	Nº Prontuário: _____	Data nascimento: ____/____/____		
C.3	Nome da Unidade de Saúde (US) _____ Distrito (US): _____			
C.5	Endereço da US: _____			
C.6	Tipo de Unidade	UBS	1 ()	
		UBS/PACS	2 ()	
		UBSF/PACS	3 ()	
C.A Pressão arterial e dados antropométricos no momento do cadastro Hiperdia				
C.7	Data do cadastro 2006/2007: ____/____/____			
C.8	Pressão Arterial Sistólica	mmHg		
C.9	Pressão Arterial Diastólica	mmHg		
C.10	Peso	kg		
C.11	Altura	cm		
C.12	Cintura	cm		
C.B Dados antropométricos (1ª medida de 2010)				
C.13	Peso	kg		
C.14	Altura	cm		
C.15	Cintura	cm		
C.C Pressão arterial e antropometria (momento da entrevista)				
C.16	Pressão Arterial Sistólica	mmHg		
C.17	Pressão Arterial Diastólica	mmHg		
C.18	Peso 1 _____	Peso 2 _____	kg	
C.19	Altura 1 _____	Altura 2 _____	cm	
C.20	Cintura 1 _____	Cintura 2 _____	cm	
C.21	Quadril 1: _____	Quadril 2: _____	cm	
C.D ACOMPANHAMENTO EM 2010 e 2011 ()				
	PA Sistólica	PA Diastólica	Nº de Medicamentos da HAS	
Data 1ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 2ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 3ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 4ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 5ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 6ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 7ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 8ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 9ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 10ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 11ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 12ª consulta 2010:	____/____/____			
Data 1ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 2ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 3ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 4ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 5ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 6ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 7ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 8ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 9ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 10ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 11ª consulta 2011:	____/____/____			
Data 12ª consulta 2011:	____/____/____			
D. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS				
			Hiperdia	Usuário
D.1	Sexo	Feminino	0a ()	0b ()
		Masculino	1a ()	1b ()
D.2	Idade		____anos	____anos
D.3	Situação familiar/ conjugal	Convive c/ companheiro(a) e filho (a)	1a ()	1b ()
		Convive c/ companheiro(a) c/ laços conjugais e s/ filho (a)	2a ()	2b ()
		Convive c/ companheiro(a) c/ filho (a) e outros familiares	3a ()	3b ()
		Convive c/ familiares s/ companheiro(a)	4a ()	4b ()
		Convive c/ outras pessoas s/ laços consanguíneos e/ou laços conjugais	5a ()	5b ()
		Vive só	6a ()	6b ()
D.4	Escolaridade	Não sabe ler/escrever	1a ()	1b ()
		Alfabetizado	2a ()	2b ()
		Ensino fundamental incompleto (1º grau incompleto)	3a ()	3b ()
		Ensino fundamental completo (1º grau completo)	4a ()	4b ()
		Ensino médio completo (2º grau incompleto)	5a ()	5b ()
		Ensino médio completo (2º grau completo)	6a ()	6b ()
		Ens. superior (incompleto)	7a ()	7b ()
		Ens. superior (completo)	8a ()	8b ()
		Especialização/Residência	8a ()	8b ()
		Mestrado	9a ()	9b ()
		Doutorado	10a ()	10b ()
D.5	Raça/Cor	Branca	1a ()	1b ()
		Preta	2a ()	2b ()
		Amarela	3a ()	3b ()
		Parda	4a ()	4b ()
		Indígena	5a ()	5b ()

		Parda	4a ()	4b ()			
		Indígena	5a ()	5b ()			
Para as questões D.6 e D.7 responda: S – sim; N – não;							
D.6	O(a) Sr(a) trabalhava antes de saber que tinha HAS?			1.() S 2.() N 9.() NS/NR			
D.7	O(a) Sr(a) teve que mudar ou parar de trabalhar por causa da HAS?			1.() S 2.() N 9.() NS/NR			
D.8	Ocupação		Antes HAS	Depois HAS			
		desempregado	0a ()	0b ()			
		Do lar: contribuinte	1a ()	1b ()			
		Do lar: não-contribuinte	2a ()	2b ()			
		Empregado contribuinte	3a ()	3b ()			
		Empregado não contribuinte	4a ()	4b ()			
		Autônomo Contribuinte	5a ()	5b ()			
		Autônomo não contribuinte	6a ()	6b ()			
	Aposentado	7a ()	7b ()				
	Outro	8a ()	8b ()				
D.9 COMPOSIÇÃO DA FAMÍLIA							
	NOME	GRAU PARENTESCO	IDADE	RENDA NO ÚLTIMO MÊS (VALOR R\$)			
SUB TOTAL							
D.10 OUTRAS RENDAS							
1	Bolsa Família						
2	Bolsa Escola						
3	Aluguel						
4	Outras: _____						
TOTAL RENDA FAMILIAR							
E. FATORES DE RISCO E DOENÇAS CONCOMITANTES							
		hipertensão			usuário		
E.1	Antecedente familiar Cardiovascular	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.2	Diabetes T1	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.3	Diabetes T2	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.4	Tabagismo	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.5	Sedentarismo	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.6	Sobrepeso/Obesidade	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.7	Infarto Agudo Miocárdio	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.8	Outra Coronariopatia	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.9	AVC	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.10	Pé diabético	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.11	Amputação por diabetes	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.12	Doença Renal	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E. A	Informações do prontuário			Informações do usuário			
E.13	Etilismo	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.14	Menopausa	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2

E.15	Uso de anti-contraceptivo hormonal	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.16	Nº de medicação da HAS:						
E.17	Nº de vezes que retornou em 2008 (no prontuário)						
F. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE HAS							
Para as questões F.1, F.2 e F.3 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR							
F.1	Alguma vez o(a) Sr.(a) deixa de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer), por conta da HAS?						
F.2	Com que frequência o(a) Sr.(a). deixa de tomar a medicação para HAS?						
F.3	Alguma vez o(a) Sr.(a) achou que o medicamento lhe trouxe algum efeito desagradável?						
Para as questões F.4 e F.6 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR							
F.4	O(a) Sr(a) pratica atividade física, com que frequência?						
F.5	Alguma vez o(a) Sr(a) foi orientado(a) a fazer atividade física, por algum profissional de saúde da sua unidade?						
F.6	Com que frequência, o(a) Sr(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da sua unidade?						
G. ACESSO AO DIAGNÓSTICO							
Para a questão G.1 responda: 1-UBSF/PACS; 2-UBS; 3-UBS/PACS; 4-Hospital Público; 5-Hospital Privado; 6-Consultório Particular; 8-Outros(_____); 0-Não se aplica; 99-NS/NR							
G.1	Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr(a) estava doente de HAS?						
Para a questão G.2 responda: 1 – 5 ou mais vezes; 2 – 4 vezes; 3 – 3 vezes; 4 – 2 vezes; 5 – 1 vez; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR							
G.2	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), quantas vezes precisou procurar a unidade de saúde para descobrir que era hipertenso?						
Para a questão G.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR							
G.3	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), procurou o serviço de saúde mais próximo da sua casa?						
Para as questões G.4 a G.8 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR							
G.4	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) e procurou o serviço de saúde para consultar, demorou mais de 60 minutos para ser atendido?						
G.5	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?						
G.6	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?						
G.7	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde?						
G.8	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) perdeu o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviço de saúde?						
H. ACESSO AO TRATAMENTO							
Para a questão H.1 e H.2 responda: 1-UBSF/PACS; 2-UBS; 3-UBS/PACS; 4-Hospital Público; 5-Hospital Privado; 6-Consultório Particular; 8-Outros(_____); 0-Não se aplica; 99-NS/NR							
H.1	Qual o serviço de saúde que o(a) Sr(a) faz as consultas para o tratamento da HAS?						
H.2	Qual o serviço de saúde que o(a) Sr(a) recebe a medicação para o tratamento da HAS?						
Para a questão H.3 a H.5 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR							
H.3	Se o(a) Sr(a) passar mal por causa da medicação ou da HAS, consegue uma consulta no prazo de 24hs na unidade de saúde que faz tratamento?						
H.4	Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia?						

**Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico
Pressão Arterial (mmHg)**

Outros fatores de risco ou doença	Pressão Arterial (mmHg)		
	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 OU pad 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 OU pad 100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS >=180 ou PAD >=110
I- Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
II- 1-2 Fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III- 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV- Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Diabetes Tipo 1 - ocorre principalmente em crianças, jovens e adultos jovens, Precisam usar insulina para controlar a glicose no sangue desde o momento do diagnóstico.

Diabetes Tipo 2 - aparece geralmente após os 40 anos de idade, freqüentemente em pessoas que têm excesso de peso

Tabagismo - é igual ao consumo de 01 um ou mais cigarros por dia.

Sedentarismo - quem realiza menos que 30 (trinta) minutos de exercícios, 03 (três) vezes por semana e não faz esforço físico pesado em casa ou no trabalho. EX: faxima, lavagem de roupas, carrega carga pesada, movimentação britadeira etc.

Sobrepeso ou Obesidade - classificação de acordo com a tabela:

Classificação	IMC (peso em Kg/altura ao quadrado)	Risco de co-morbidade
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0-29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Grave
Obeso Classe III	>= 40,0	Muito grave

TABELAS DE REFERÊNCIAS

Raça/Cor	
Código	Descrição
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena

Certidão/Tipo	
Código	Descrição
1	Nascimento
2	Casamento
3	Separação/Divórcio

Situação familiar/Conjugal	
Código	Descrição
1	Convive c/ companheira(o) e filho(s)
2	Convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/filhos
3	Convive c/ companheira(o) e filho(s) e/ou outros familiares
4	Convive c/ familiares, com companheira(o)
5	Convive c/ outra(s) pessoa(s) sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6	Vive só

Escolaridade	
Código	Descrição
01	Não sabe ler/escrever
02	Alfabetizado
03	Fundamental incompleto (1º. Grau incompleto)
04	Fundamental completo (1º. Grau completo)
05	Médio Incompleto (2º. Grau incompleto)
06	Médio completo (2º. Grau completo)
07	Superior incompleto
08	Superior completo
09	Especialização/Residência
10	Mestrado
11	Doutorado

Órgão Emissor	
Código	Descrição
10	SSP
41	Ministério da Aeronáutica
42	Ministério do Exército
43	Ministério da Marinha
44	Polícia Federal
60	Carteira de Ident. Clássica
61	Cons. Reg. de Administração

62	Cons. Reg. de Ass. Social
63	Cons. Reg. de Biblioteconomia
64	Cons. Reg. de Contabilidade
65	Cons. Reg. de Corretores de Imóveis
66	Cons. Reg. de Enfermagem
67	Cons. Reg. de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
68	Cons. Reg. de Estatística
69	Cons. Reg. de Farmácia
70	Cons. Reg. de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
71	Cons. Reg. de Medicina
72	Cons. Reg. de Med. Veterinária
73	Cons. Reg. de Músicos do Brasil
74	Cons. Reg. de Nutrição
75	Cons. Reg. de Odontologia
76	Cons. Reg. de Prof. Relações Públicas
77	Cons. Reg. de Psicologia
78	Cons. Reg. de Química
79	Cons. Reg. de Repr. Comerciais
80	Cons. Reg. de advogados do Brasil
81	Outros Emissores
82	Documento Estrangeiro

Anexo C – Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião Ordinária, realizada no dia 29-04-09, o projeto de pesquisa do interessado Professor Neir Antunes Paes, intitulada “AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E ASSOCIAÇÃO COM FATORES DE RISCO COMPARANDO A ATENÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DO NORDESTE DO BRASIL”. Protocolo nº. 0101.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.


Etiane Marques D. de Souza
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB

Anexo D – Encaminhamento do pesquisador

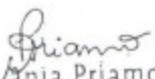
Prefeitura Municipal de João Pessoa
Secretaria de Saúde

João Pessoa, 04 de junho de 2009.

ENCAMINHAMENTO

Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos o (a) pesquisador (a) NEIR ANTUNES PAES, para realização de coleta de dados da pesquisa intitulada "AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E ASSOCIAÇÃO COM FATORES DE RISCO COMPARANDO A ATENÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DO NORDESTE DO BRASIL", a ser realizada nas Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários I, II, III, IV e V, relacionadas em anexo na cópia do processo.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me,


Vania Priamo
Gerente de Educação em Saúde
Mat.: 51.972-3

Atenciosamente,

Vania Priamo
Gerente de Educação na Saúde