



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

WESLEY CAVALCANTE CRUZ

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VOLTADAS AO
CONTROLE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE, SOB PERSPECTIVA DOS GESTORES DA SAÚDE**

**CAMPINA GRANDE - PB
2015**

WESLEY CAVALCANTE CRUZ

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VOLTADAS AO
CONTROLE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE, SOB PERSPECTIVA DOS GESTORES DA SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
ao Departamento de Fisioterapia da
Universidade Estadual da Paraíba em
cumprimento às exigências para obtenção do
título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador(a): Ms. Maria Augusta Costa de
Moura

CAMPINA GRANDE - PB
2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

C957a Cruz, Wesley Cavalcante.

Avaliação das práticas de promoção da saúde voltadas ao controle e prevenção da hipertensão arterial no município de Campina Grande, sob a perspectiva dos gestores da saúde. [manuscrito] / Wesley Cavalcante Cruz. - 2015.

27 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.

"Orientação: Profa. Ma. Maria Augusta Costa de Moura, Departamento de Fisioterapia".

1. Promoção à saúde. 2. Hipertensão arterial. 3. Gestores da saúde. I. Título.

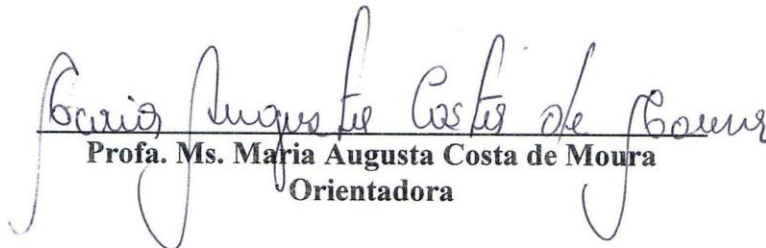
21. ed. CDD 613

WESLEY CAVALCANTE CRUZ

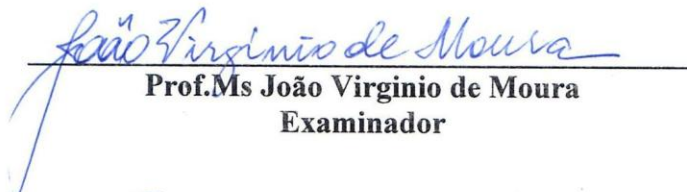
AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VOLTADAS AO
CONTROLE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE, SOB PERSPECTIVA DOS GESTORES DA SAÚDE.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
ao Departamento de Fisioterapia da
Universidade Estadual da Paraíba em
cumprimento às exigências para obtenção do
título de Bacharel em Fisioterapia.

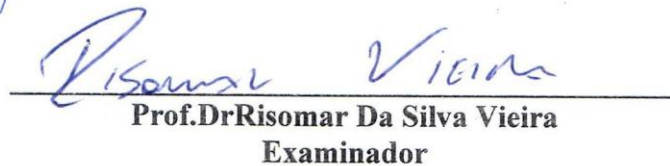
Aprovado em 09/06/2015



Profa. Ms. Maria Augusta Costa de Moura
Orientadora



Prof. Ms João Virginio de Moura
Examinador



Prof. Dr Risomar Da Silva Vieira
Examinador

RESUMO

AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE VOLTADAS AO CONTROLE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, SOB A PERSPECTIVA DOS GESTORES DA SAÚDE.

CRUZ, Wesley Cavalcante.

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Têm alta prevalência e baixas taxas de controle. **Objetivos:** Avaliar quais as práticas de promoção da saúde voltadas ao controle e prevenção da HAS no município de Campina Grande-PB sob a ótica dos gestores da saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de bases de dados do tipo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em 5 centros de saúde. Para coleta de dados foi utilizado um questionário adaptado desenvolvido por Almeida Westphal 2010 composto por 43 questões que versam sobre as práticas de promoção de saúde em centros de saúde. Os dados foram analisados por meio de estatística simples através do software Excel 2010. Os aspectos éticos relativos a pesquisa com seres humanos preconizados pela resolução 466/12 do conselho nacional de saúde foram cumpridos sendo a pesquisa submetida ao comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba(UEPB) sob o número de protocolo 10224713.4.0000.5187. **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo feminino (60%), a média de idade dos participantes foi de 48,57 anos, quanto a escolaridades 85,71% dos entrevistados possuíam graduação em curso das áreas da saúde. Quando questionados a respeito das modalidades de atenção presentes nos centros de saúde 71,43% afirmaram a existência de grupos de PACS. Quanto aos profissionais que fazem parte das unidades cerca de 85,71% afirmaram a presença do Enfermeiro e Psicólogo. Quando questionados a respeito das atividades desenvolvidas 100% dos entrevistados afirmaram a existência de consulta médica e da enfermagem. Por fim quanto questionados a cerca das atividades de promoção de saúde 85,72% afirmaram a existência de atividades de promoção. **Conclusão:** É Notória a existência de práticas de promoção de saúde que visam o controle e a prevenção da HAS no município de Campina Grande-PB, porém faz-se necessário a mudanças que visem uma melhor integração entre a secretária municipal de saúde com os respectivos centros de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial Sistêmica; Promoção de Saúde; Gestores de saúde.

ABSTRACT

PRACTICAL ASSESSMENT OF HEALTH PROMOTION TO geared CONTROL AND PREVENTION OF HYPERTENSION IN CAMPINA GRANDE COUNTY UNDER THE PERSPECTIVE OF HEALTH MANAGERS.

CRUZ, Wesley Cavalcante.

Introduction: Systemic hypertension (SH) is considered a public health problem in Brazil and worldwide. They have high prevalence and low control rates. **Goals:** Assess which health promotion practices aimed at the prevention and control of hypertension in the municipality of Campina Grande-PB from the viewpoint of health managers. **Methodology:** This is a database of cross-sectional study, descriptive with quantitative approach. The survey was conducted in five health centers. For data collection it was used an adapted questionnaire developed by Almeida Westphal 2010 consists of 43 questions that deal with health promotion practices in health centers. Data were analyzed using simple statistics through Excel software 2010. The ethical aspects of research with human subjects recommended by Resolution 466/12 of the National Health Council so fulfilled and the research submitted to the Research Ethics Committee of the State University Paraíba (UEPB) under number protocolo10224713.4.0000.5187. **Results:** Most participants were female (60%), the average age of participants was 48.57 years, as the educational background 85.71% of respondents had ongoing graduation of health areas. When asked about the modalities of care present in health centers 71.43% stated the existence of PACS groups. As for the professionals who are part of the units about 85.71% said the presence of the nurse and psychologist. When questioned about the activities carried out 100% of respondents said the existence of medical consultation and nursing. Finally as asked about the health promotion activities 85.72% affirmed the existence of promotional activities. **Conclusion:** Notorious is the availability of health promotion practices aimed at the prevention and control of hypertension in the municipality of big-bp plain, however, that it is necessary to change bring about better integration of the municipal secretary of health with their health centers.

KEY WORDS: Hypertension; Health promotion; Health managers.

LISTA DE ABREVIACOES

ACS	Agente Comunitário de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
SF	Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
PA	Pressão Arterial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 OBJETIVO GERAL.....	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
3.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SOB A PERSPECTIVA DOS GESTORES DA SAÚDE	10
3.1.2 <i>O Atual Panorama da Hipertensão Arterial</i>	10
3.1.3 <i>A Promoção de saúde: Um dever do estado e um direito de todos.</i>	10
3.1.4 <i>A Participação dos Gestores enquanto agentes públicos na Promoção da Saúde</i>	11
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	13
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
5.1. <i>Caracterização dos Centros de Saúde de Campina Grande</i>	15
5.1.2 <i>Perfil dos Coordenadores</i>	15
5.1.3 <i>Modalidades de Assistência à saúde dos Centros de Saúde.</i>	17
5.1.4 <i>Profissionais que Fazem Parte das Unidades</i>	18
5.1.5 <i>Atividades de Controle e Prevenção da HAS desenvolvidas pelos centros</i>	19
5.1.6 <i>Atividades de promoção da saúde voltadas ao controle e prevenção da HAS</i>	20
5.2 <i>Barreiras e facilitadoras para realizar ações de controle e prevenção da HAS referidas pelos gestores</i>	21
6 CONCLUSÃO.....	24
7 REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

A intensa transformação socioeconômica no Brasil tem criado principalmente dificultosos fenômenos de transição demográfica e epidemiológica (COSTA, 2011). Neste cenário a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) enquadra-se como um notável problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Tem alta prevalência e baixas taxas de controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) e é um dos principais fatores de risco para doenças cerebrovasculares e coronarianas (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007). A HAS é considerada uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As políticas públicas voltadas à prevenção e controle das HAS é uma realidade desde 2002 no Brasil, por meio da Portaria nº 371 (HIPERDIA) que visa estabelecer metas voltadas a reorganização e atenção ao paciente com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Por meio de ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças. Sendo esta ferramenta indispensável para contribuir com a diminuição dos índices crescentes em nosso país.

É elevado o número de pessoas com HAS, tamanha é a demanda que se tornou uma questão de saúde pública. Com grande impacto no perfil da qualidade de vida e morbimortalidade na população brasileira. Assim, é indispensável a execução de programas que visem o controle e a prevenção da HAS. Para isso é necessário dados que demonstrem a realidade. Parte daí a necessidade de apresentar números capazes de acionar as autoridades competentes para esta situação, além de avaliar quais e como estão sendo cumpridos os programas e ações voltados ao controle da HAS.

Portanto, o presente trabalho foi baseado em um projeto de pesquisa da cota pibic 2014/2015, vinculado ao programa de iniciação científica da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, com o objetivo de mensurar como os gestores avaliam as práticas de promoção da saúde voltadas ao controle e prevenção da HAS no município de Campina Grande. Para isso utilizou-se o método descritivo baseado em um questionário semiestruturado desenvolvido por Almeida (2010), com 43 questões, que tem o foco nas práticas de promoção da saúde desenvolvidas nos Centros de Saúde/Unidades de Saúde da Família.

A partir desses questionários foi possível alcançar resultados no sentido de conhecer a realidade do município de Campina Grande e acionar as autoridades competentes para as

mudanças necessárias de integração e melhoramento do serviço público em especial as práticas adotadas para prevenir e tratar os portadores de HAS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as práticas de Promoção de Saúde voltadas ao controle e prevenção da Hipertensão Arterial no Município de Campina Grande sob a perspectiva dos Gestores da saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar políticas, planos e legislações da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande voltados ao controle da Hipertensão Arterial;
- Mapear as ações previstas e as ações implementadas no controle da Hipertensão Arterial, no campo da atenção básica;
- Estabelecer os facilitadores e as barreiras referidas por gestores e membros da equipe dos Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde para implantação dos programas de controle da Hipertensão Arterial.
- Mensurar o perfil de Gestores relacionados aos programas de controle da Hipertensão Arterial;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SOB A PERSPECTIVA DOS GESTORES DA SAÚDE

3.1.2 O Atual Panorama da Hipertensão Arterial

É sabido a problemática que circunda em torno da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), tamanha é a demanda, que esta se tornou uma questão de Saúde de Pública, inclusive pela quantidade de casos novos que têm sido evidenciados. No Brasil cerca de 30% da população apresenta a referida doença, está mais prevalente em homens até os 50 anos, e mulher a partir da quinta década (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). A HAS caracteriza-se por ser uma condição clínica multifatorial, assintomática e responsável pelo surgimento ou exacerbação de doenças cerebrovasculares e coronarianas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os fatores de risco associados à HAS são classificados como de duas formas: modificáveis - obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo e uso de anticoncepcionais, e não modificáveis - idade, hereditariedade e sexo (SILVA e SOUZA, 2004).

A incorporação de políticas de prevenção da HAS representa um grande desafio para os gestores da saúde. No Brasil cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS). A prevenção e o diagnóstico precoce são as formas mais efetivas para evitar a doença e devem ser metas prioritárias dos programas de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Entretanto, as condições de saúde e qualidade de vida da população passam por avanços a passos lentos, além da notável dificuldade na incorporação de programas e ações de promoção da saúde (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

3.1.3 A Promoção de saúde: Um dever do estado e um direito de todos.

A Carta Constitucional da República Federativa do Brasil em sua seção destinada à saúde, especificamente no artigo 196, aduz *in verbis*:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A partir do que se insere em nossa carta constitutiva, temos que a saúde fora tratada como um direito e garantia fundamental, cabendo ao Estado a sua execução, por intermédio da criação de políticas públicas que visem em especial à promoção, proteção e recuperação

quando necessária da saúde. Tais políticas devem surgir de forma verticalizada, tendo a União o dever de formulá-las, e, cabendo os estados e municípios a competência de aplicá-las e criarem, quando necessário, a suas especificidades locais, medidas internas que vão de encontro ao preestabelecido nacionalmente.

No que tange ao conceito de Promoção de Saúde, em linhas gerais é a ferramenta de capacitação de uma população, comunidade ou grupo social de forma a torna-los aptos a modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida em consonância com o estabelecido pela Carta de Ottawa (1986).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como característica principal objetivo promover a qualidade de vida e minimizar vulnerabilidades e riscos à saúde, que tenham relação com os seus determinantes e condicionantes: modos de viver, habitação, condições de trabalho, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010). A criação de programas voltados à atenção básica tem aumentado, sobretudo em virtude da abordagem, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o SISHIPERDIA - um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*, captados e vinculados às unidades de saúde ou equipes da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde – SUS (CHAZAN-PEREZ, 2008).

3.1.4 A Participação dos Gestores enquanto agentes públicos na Promoção da Saúde

Quando se fala em saúde, de acordo com a OMS é o completo bem-estar biológico, psicológico e social, e não apenas a ausência de doença. Partindo deste pressuposto temos que no sistema de saúde pátrio ainda impera uma visão por parte dos gestores de um modelo meramente biomédico, com ênfase na cura da doença. Portanto, esse conceito fica restrito e impede, muitas vezes, a implantação de ações voltadas a prevenção das enfermidades.

A sensibilização por parte dos gestores de saúde é uma meta a ser alcançada quando se discute saúde pública. Os gastos poderiam ser minimizados se, ao invés de buscar o tratamento da doença, houvesse ações que busquem a sua prevenção. Os gestores públicos, portanto, podem e devem estabelecer metas que devem ser cumpridas para que os índices de saúde não alcancem dados alarmantes. Por isso o investimento maciço no nível de atenção primária deve ser uma ação concreta.

Acerca das ações voltadas ao controle e prevenção da HAS temos que necessariamente aconteceram se, e somente se, tivermos a participação efetiva dos gestores da saúde, o

conhecimento das políticas nacionais e sua devida implantação devem estar pautadas nas mais diversas esferas do governo, pois dados mostram o quanto é oneroso para união o gasto com pacientes acometidos com tal condição. Os custos hospitalares para hipertensos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e suas principais complicações está cada vez mais elevado (LESSA, 2006). De acordo com Mazzocante, Moraes e Campbell (2012) apenas no ano de 2011 a relação de gastos com hipertensão arterial pelo SUS foi de R\$ 42.939.897,85.

Portanto fica evidenciada a importância da integração entre o conhecimento de ações que promovam a prevenção e o controle da HAS e a devida aplicação pelas autoridades competentes, para que os custos sejam minimizados e os índices de morbimortalidade sejam reduzidos.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este estudo caracteriza-se por se de base de dados, do tipo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. Têm como “medidas de análise” as práticas de promoção da saúde voltados ao controle e prevenção da hipertensão arterial no município de Campina Grande, sob a óptica dos gestores dos Centros de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Campina Grande, através da Estratégia de Saúde da Família.

Nossa amostra foi composta por sete gestores, sendo cinco diretores dos Centros de Saúde, a saber: Centro de Saúde da Liberdade, Centro de Saúde da Bela Vista, Centro de Saúde da Palmeira, Centro de Saúde do Catolé, Centro de Saúde Francisco Pinto. Da Secretária de Saúde foram entrevistados um Coordenador do programa Hiperdia no município de Campina Grande e um Coordenador do Sistema Integrado de Atenção Básica (SIAB).

Vale ressaltar que inicialmente nossa amostra continha nove gestores, sendo os sete acima mencionados e a secretária de saúde do município, porém após exaustivas idas à sede da Secretária de Saúde, a secretária, utilizando-se da justificativa de que sua demanda era bastante alta e estava assoberbada, resolveu por não participar, porém autorizou que colhêssemos os dados necessários para a execução da referida pesquisa. Da mesma forma a diretora do centro de saúde de São José da Mata que compreende o distrito sanitário que abarca a zona rural de Campina Grande recusou-se a participar, não atribuindo qualquer justificativa, apenas a recusa de imediato, após ter lido o pré-projeto da pesquisa.

A pesquisa se deu com uma apresentação prévia aos Diretores dos Centros de Saúde contemplados no projeto de pesquisa, sendo solicitada aos mesmos a autorização para aplicação do questionário adaptado sobre práticas de promoção. Esta mesma abordagem se deu na Secretária Municipal de Saúde onde foi acionada, no Departamento de Atenção a Saúde – DAS, o Coordenador do Programa Hiperdia no Município de Campina Grande e o Coordenador do Sistema Integrado de Atenção Básica.

A escolha dos Centros de Saúde considerou as representações dos distritos sanitários, sendo também o local de onde partem todo o gerenciamento dos programas de controle e prevenção da HAS no município.

A pesquisa teve como base o questionário adaptado desenvolvido por Almeida, AMB e Westphal, MF, 2008, onde o mesmo é composto por 43 questões e tem foco nas ações de promoção nos Centros de Saúde/Unidades de Saúde da Família. Através deste instrumento foi possível mensurar quais às práticas de promoção de saúde realizadas nesses locais, a saber: conceito de promoção da saúde; realização de grupos; atividades para o desenvolvimento de

estilos de vida mais saudáveis; realização de palestras; terapias comunitárias identificação de problemas ou vulnerabilidades locais, atividades de educação lazer e geração de renda; definição de políticas locais de promoção da saúde; participação em conselhos; parcerias estabelecidas; atividades relacionadas aos fatores de risco – atividade física, nutrição, tabagismo e álcool e as principais barreiras e facilitadores referidos pelos gestores de saúde.

Os dados foram analisados por meio de estatística simples, através de apresentação em média, desvio padrão da média e proporção. As informações estatísticas foram adquiridas através do software Excel versão 2010 e os dados transcritos por meio de gráficos e tabelas

No presente estudo foram observados os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, conforme a *Resolução n.º* 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS. Esta pesquisa foi avaliada pela Plataforma Brasil e, posteriormente encaminhada para avaliação por um Comitê de Ética em pesquisa sob o número de protocolo 10224713.4.0000.5187.

Toda a pesquisa foi realizada de acordo com os princípios éticos da Declaração de Helsinque, sendo os sujeitos informados dos procedimentos, seus resultados e da liberdade de saírem da pesquisa sem ônus a qualquer momento. Por conseguinte, registraram sua concordância em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sendo solicitada, também, aos diretores das instituições envolvidas, uma Carta de Anuência, para realização da pesquisa nas dependências das mesmas.

..

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

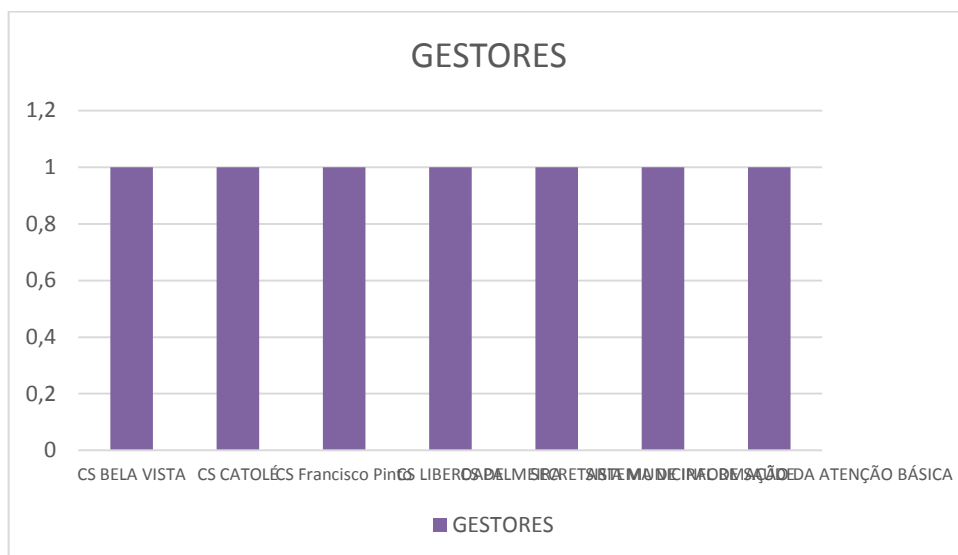
5.1. Caracterização dos Centros de Saúde de Campina Grande

Os centros de saúde de Campina Grande estão distribuídos por várias localidades da cidade, e um especificamente na zona rural. Essa distribuição se dá em consonância com os respectivos distritos sanitários, pois são os centros de saúde que funcionam como gerências locais dos distritos sanitários, tendo para tanto controle do funcionamento das unidades básicas e programas da atenção básica do município.

No período da coleta de dados, existiam seis centros de saúde, dos quais cinco funcionavam na zona urbana e um na zona rural. Do total de centros, responderam ao questionário cinco (90%), sendo o responsável pelo preenchimento seu Coordenador.

Quanto à secretária de saúde do município o preenchimento do questionário se deu pelo Coordenador do programa Hiperdia no município bem como pelo Coordenador do sistema integrado de atenção básica (SIAB), como mostra no gráfico abaixo de distribuição dos gestores da amostra por unidade.

Figura 1: Distribuição de gestores da amostra por unidade



5.1.2 Perfil dos Coordenadores

Dos 7 coordenadores, 4 eram do sexo feminino (60%). Este é um fato que pode se dar em virtude dos cargos específicos de coordenação não serem tão atrativos para o sexo masculino, ou que de fato as mulheres são mais organizadas para exercer cargos de gestão. Esse dado corrobora com o estudo de Almeida (2010) onde a mesma afirma quanto ao perfil

dos coordenadores em seu estudo que retrata a reorientação dos serviços de saúde tendo como orientador a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que cerca de 80% dos coordenadores entrevistados eram mulheres por serem mais idealistas e terem um melhor perfil para a gestão de centros de saúde. Estes dados são evidenciados na tabela abaixo.

Tabela 1: Distribuição da Amostra por gênero

SEXO	Masculino	Feminino	TOTAL
GESTORES	3	4	7

Em relação a variável idade, que em nosso estudo assume o caráter quantitativo discreto, foram obtidas as estatísticas descritivas média, máximo e mínimo, obtendo-se uma média de 48,57 anos (tabela 2).

Tabela 2: Média da Idade em anos

Estatísticas	Desvio			
	Média	Padrão	Máximo	Mínimo
GESTORES	48,57143	12,89518	68	27

Quanto ao nível de escolaridade todos os entrevistados possuíam ensino médio completo (100%), cerca de 87,71% possui graduação, 57,14% algum curso de especialização e nenhum dos coordenadores possui mestrado ou qualquer outro título como expressa a tabela 3

Tabela 3: Índice de Escolaridade– percentual por nível de instrução

Nível de instrução	Ensino				
	Médio	Graduação	Especialização	Mestrado	Doutorado
GESTORES	100,00%	85,71%	57,14%	0,00%	0,00%

Acerca do nível de escolaridade foi possível perceber que todos os que possuíam graduação eram em cursos da área da saúde, o que diverge do estudo realizado por Almeida, 2010 onde dos 66 coordenadores entrevistados, cerca de 41% possuíam graduação na área da saúde, mas sendo encontrado também profissionais da área de administração e economia, o que não aconteceu no presente estudo.

A tabela a seguir mostra o tempo médio em anos, dos coordenadores no cargo atual (1,7 anos) o que evidencia uma passagem de transição de governo uma vez que esses cargos são classificados como funções de confiança que possuem a característica da livre nomeação e livre nomeação/exoneração.

Tabela 4: Tempo no cargo atual (em anos)

Estatísticas	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
GESTORES	1,7778	1,2334

5.1.3 Modalidades de Assistência à saúde dos Centros de Saúde.

Entende-se por modalidades de assistência a saúde o perfil de serviço encontrado nos centros de saúde com objetivo de atuar conforme as necessidades locais. O programa de saúde da Família (PSF) tem com escopo a atenção voltada ao coletivo com a presença de vários profissionais da saúde, que irão atuar nas necessidades locais tendo as ações preventivas como marca de sua atuação. O Programa de agentes comunitários de saúde tem em sua estrutura a presença marcante do ACS (Agente comunitário de Saúde). Profissional que está em contato direto com a população, pois sua função está voltada a mapear a localidades permitindo conhecer os pontos críticos e as necessidades inerentes de cada localidade. As Unidades básicas de Saúde da Família (UBSF) são os pontos de referência que abarcam o PSF, conhecidas também como postos de saúde que objetivam atender uma área específica mapeado dentro de uma localidade com características próprias.

Quando questionados acerca das modalidades de atenção presentes nos centros de saúde/secretária de saúde, tivemos que 71,43% apontaram para o PACS como modalidade mais presente, seguida por 57,14% ,PSF e 42,86% mencionaram UBSF (Tabela 5):

Tabela 5: Modalidades de assistências à saúde presentes nos Centros de saúde (%)

MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA	GESTORES
PSF	57,14%
PACS	71,43%
UBSF	42,86%
PA	0,00%
AE	0,00%

Almeida (2010) demonstrou em seu estudo que cerca de 76% dos centros de saúde do município de Fortaleza apresentavam a modalidade PSF, sendo esta característica presente em função da área de abrangência, muitas vezes localizadas em zonas periféricas da cidade. Esse dado discrepa do encontrado no presente estudo, pois em Campina Grande percebeu-se a presença de equipes do PACS.

Em maior proporção isso se dá pela característica do município, que faz de seus centros, unidades de gerenciamento da atenção básica, necessitando, para tanto, da presença

marcante de equipes do PACS, já que são essas equipes que realizam o mapeamento das áreas e suas vulnerabilidades, de modo a atentarem os centros para quais as medidas a serem tomadas em determinadas localidades.

5.1.4 Profissionais que Fazem Parte dos Centros de Saúde

A tabela 6 mostra quais os profissionais que fazem parte dos centros de saúde/secretária de saúde, onde foi possível mensurar que 85,71% apresentam a figura do Enfermeiro, Psicólogo e Assistente Social, seguindo por Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Farmacêutico com 71,43%. A figura do médico, apontada pelos entrevistados, está presente em 57,14% dos Centros de Saúde. Um dado que deve ser ressaltado é o índice negativo de respostas, que oscilaram de 14,29% para alguns profissionais e 28,57% para outras categorias.

Tabela 6: PROFISSIONAIS QUE FAZEM PARTE DO CENTRO DE SAÚDE APONTADA PELOS GESTORES – por categoria (%)

Profissionais	SIM	NÃO)
Médico de Família	57,14%	28,57%
Enfermeiro	85,71%	14,29%
Auxiliar de enfermagem	42,86%	28,57%
ACS	71,43%	14,29%
Nutricionista	28,57%	14,29%
Psicólogo	85,71%	14,29%
Assistente Social	85,71%	14,29%
Educador Físico	14,29%	14,29%
Farmacêutico	71,43%	14,29%

Souza (2006) em seu estudo, que caracteriza a presença de profissionais na atenção básica, relata que em sua maioria as equipes não apresentam a figura do médico. Isso se dá muitas vezes em função da formação acadêmica voltada para a clínica hospitalar, o que acaba por afastar esses profissionais da atenção básica, ou incentivo à busca por residências médicas em áreas específica como cirurgia, fazendo com que essa categoria profissional se volta para o nível terciário da atenção.

Esse é um dado que corrobora com o encontrado neste trabalho, pois nota-se que apenas 57,14% dos centros entrevistados tinham a presença do médico em seus quadros de profissionais. Nesse sentido os coordenadores justificaram que os salários nem sempre são atrativos em detrimento a outras áreas, e ainda há as condições de trabalho, levadas em consideração para que os mesmos não queiram se voltar para a atenção básica.

5.1.5 Atividades de Controle e Prevenção da HAS desenvolvidas pelos centros

Quanto às atividades desenvolvidas no tocante ao controle e prevenção da hipertensão arterial no município, os entrevistados apresentaram como percepção, que são realizadas consultas médicas e da enfermagem (100%), sendo esses procedimentos caracterizados como padrão, seguindo de visita domiciliar dos ACS com 85,71% seguido de visita domiciliar do enfermeiro (71,43%). A dispersão de medicamentos aparece logo depois com 57,14%, como mostra a tabela 7.

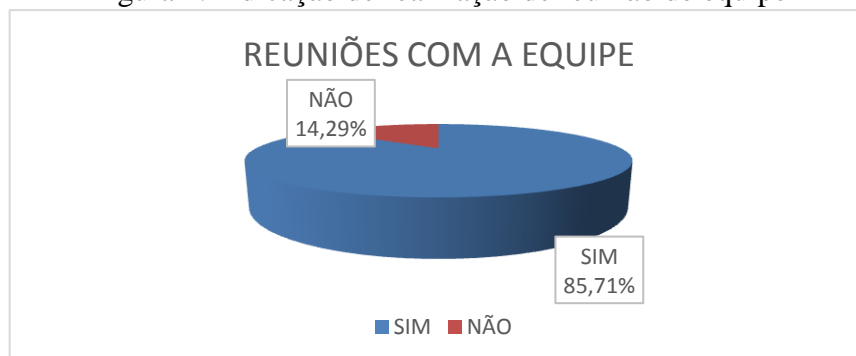
Tabela 7: Atividades indicadas (%)

ATIVIDADES	GESTORES
Consulta Médica	100,00%
Consulta de Enfermagem	100,00%
Pronto Atendimento	28,57%
Primeiros Socorros	0,00%
Dispensação de Medicamentos	57,14%
Aplicação de Medicamentos	28,57%
Visita domiciliar do médico	14,29%
Visita domiciliar do enfermeiro	71,43%
Visita domiciliar do ACS	85,71%
Visita domiciliar do auxiliar de enfermagem	28,57%
Identificação de grupos de risco	28,57%
NÃO RESPOSTA	0,00%

Pode-se observar que a presença do ACS, bem como a sua atuação é de fundamental importância para execução de atividades preconizadas pelo município, pois esses profissionais são os que estão mais próximos da população conhecendo de perto as várias realidades. (OLIVEIRA e SPIRI, 2006).

No tocante a realização de reuniões com toda a equipe 85,71% dos entrevistados afirmou ter como mostra o figura 2 abaixo.

Figura 2: indicação de realização de reunião de equipe



Esse dado torna-se importante, pois a prática de reuniões em equipe mostra que há uma interação e que todos os atores envolvidos devam conhecer a realidade local.

Quanto às parcerias estabelecidas com a sociedade civil organizada e suas várias entidades temos que 71,43% afirmaram a realização de parcerias com escolas públicas de sua localidade, seguindo de 42,86% com hospitais públicos por meio de encaminhamentos por se tratarem de centros de referência e contra referência, 28,57 % afirmaram realizar parcerias com igrejas ou grupos religiosos e 14,29% mencionaram outro tipo de parceira como mostra a tabela abaixo.

Tabela 8: Indicação de parcerias para o controle e prevenção da HAS (%)

CATEGORIAS	Escolas públicas	Escolas privadas	Igrejas/grupos religiosos	ONGs locais	Hospitais públicos	Soc. Amigos	
						Bairro	Outro
GESTORES	71,43%	14,29%	28,57%	14,29%	42,86%	14,29%	14,29%

A realização de parcerias com a comunidade é uma ferramenta indispensável para o controle e prevenção de condições como a HAS (CARVALHO FILHA, 2012). O incremento da sociedade nas ações configura o objetivo primordial de promover saúde, pois esse indivíduo será um agente propagador de conhecimento adquirido acerca de determinada condição tornando-se capaz de levar essa mensagem a várias localidades agindo dessa forma como coparticipante no processo de Promoção de Saúde. (OLINDA; SILVA, 2007; BRASIL, 2010).

Almeida (2010) em seu estudo afirma que as parcerias com escolas constituem uma ferramenta importante no combate aos índices crescentes de pessoas com HAS, pois muitas vezes é a falta de informação que leva o indivíduo a ter tal condição instalada. Por isso a parceria com escolas possibilita a disseminação de informações valiosas, muitas vezes não realizadas nas unidades. Esse dado aponta em consonância com o encontrado nesta pesquisa, pois a maioria dos centros (71,43%) realiza essa parceria, com o intuito de ter as escolas públicas como seu aliado no combate a HAS.

5.1.6 Atividades de promoção da saúde voltadas ao controle e prevenção da HAS

Promoção de saúde pode ser entendida como a necessidade de integração da comunidade com as ações que visam estabelecer uma melhor qualidade de vida. (ROSEN, 1994). A Promoção de saúde, portanto compreende ações de educação em saúde e ações estruturais do estado para melhorar as condições de vida da população (WESTPHAL, 2006).

Quando questionados acerca da realização de atividades de promoção de saúde 85,72% dos entrevistados afirmaram a existência de tais práticas, sendo 14,28% negando a existência dessas práticas como mostra a tabela 9 a seguir:

Tabela 9: Realização de atividades de promoção da saúde

Resposta	SIM	NÃO
GESTORES	85,72%	14,28

Quando questionados quais as principais atividades realizadas 71,43% afirmaram a realização de campanhas, seguidas de 57,14% realização de palestras e aconselhamento individual, tendo as atividades em grupo uma menor proporção 28,57%. Desse modo, veja-se a tabela abaixo:

Tabela 10: Atividades de promoção da saúde apontadas – por categoria (%)

ATIVIDADES	Aconselhamento Individual	Realização de campanhas	Palestras	Atividades em grupo
GESTORES	57,14%	71,43%	57,14%	28,57%

Para Almeida (2010) a realização de campanhas apresenta pouca regularidade, pois necessita de uma mobilização maior do apoio dos veículos de comunicação e muitas vezes não se concretizam. O mesmo estudo mostra que as atividades em grupo e palestras têm uma maior eficácia, visto que são mais propagadoras. Essas informações divergem dos dados encontrados na presente pesquisa.

Tal divergência pode ser atribuída à presença diminuta dos usuários nos respectivos centros em dias de orientação. Alguns gestores relataram que os mesmos vão ao centro apenas com o intuito de receber a medicação e que muitos não chegam a ficar para as palestras e/ou atividades em grupo.

5.2 Barreiras e facilitadores para realizar ações de controle e prevenção da HAS referidas pelos gestores

Um dos objetivos do presente trabalho foi mensurar quais as principais barreiras e os principais facilitadores, apontados pelos gestores dos centros de saúde/secretaria municipal de saúde quanto à execução de atividades de promoção da saúde, mais especificamente ações de controle e prevenção da HAS.

Podemos entender que os facilitadores denotam o caminho e as estratégias que permitem avanços e que servem de espelho para outros setores, além de ilustrar as realidades locais e chamar para uma reflexão sobre o que de bom vem sendo realizado, de modo a contribuir com o controle e prevenção da HAS no município. Já as barreiras ajudam a dimensionar quais os pontos críticos, obstáculos e desafios a serem vencidos, e sua importância consiste em sinalizar às autoridades competentes para quais mudanças devem ser tomadas a fim de possibilitar a melhoria do serviço, de um modo geral.

No tocante as principais barreiras apontadas pelos gestores temos que 71,42% referiram a dificuldade na marcação de exames/consultas, seguida por capacitação dos profissionais com 14,29% e integração entre centros de saúde e secretária de saúde também com 14,29% , como demonstra a tabela abaixo.

Tabela 11: Barreiras citadas para realizar ações de prevenção e controle da HAS

BARREIRAS	Marcação de consultas/exames	Integração entre centros/secretária	Capacitação	Não resposta
GESTORES	71,42%	14,29%	14,29%	0,00%

Almeida (2010) dividiu seu estudo em 04 estágios das possíveis barreiras apontadas pelos gestores, foram elas: a) barreiras relacionadas ao processo de gestão; b) barreiras relacionadas a postura da comunidade; c) barreiras relacionadas aos profissionais; e, d) barreiras relacionadas ao modelo de gestão, totalizando com isso 148 respostas que estão alocadas nos 4 estágios acima citados. Quanto ao quarto estágio, cinco dos nove gestores entrevistados (3%) apontaram para a falta de profissional capacitado, mencionando para isso que faltam cursos de capacitação para os profissionais que lidam direto com essa temática, o que torna a abordagem mais clínica. Os dados apontados corroboram com o presente estudo pois cerca de 14,29% dos gestores mencionaram a falta de capacitação como uma barreira a ser vencida.

No tocante ao primeiro estágio realizado por Almeida (2010), 1 % dos gestores apontaram para a falta de integração com a secretária municipal. Este é um dado que também ratifica a presente pesquisa, pois 14,29% dos entrevistados mencionaram a falta de integração dos centros de saúde com a secretária municipal, o que muitas vezes dificulta o andamento das ações.

O óbice mais referido pelos gestores na presente pesquisa foi a dificuldade na marcação de consultas/exames, atingindo 71,42% dos entrevistados. Tal dado diverge do encontrado por Almeida (2010) em seu estudo, pois cerca de 30% dos gestores entrevistados apontaram como facilitador a marcação de consultas/exames. Isso pode se justificar em função de os centros de

saúde do município de Fortaleza, local do referido estudo possuem um quantitativo profissional maior e a presença das residências multiprofissionais, facilitando, desse modo, o acesso da população local a consultas e exames periódicas.

No que diz respeito aos principais facilitadores mencionados pelos gestores temos que: 71,43% dos entrevistados apontaram para a presença do ACS como um facilitador nas ações de prevenção e controle da HAS, seguido pela integração entre programas dos centros de saúde como mostra a tabela abaixo.

Tabela 12: Facilitadores citados para realizar ações de prevenção e controle da HAS

FACILITADORES	Presença do ACS	Integração entre programas	Capacitação	Não resposta
GESTORES	71,43%	28,57%	0,00%	0,00%

Almeida (2010) em seu estudo demonstrou que 17(11%) dos 54 gestores entrevistados, mencionaram a presença do ACS como um facilitador nas ações de prevenção e controle. Isso se dá em função deste profissional estar em contato direto com a população, conhecendo de forma clara as particularidades de sua área de abrangência e que atuam como uma verdadeira “ponte” entre o usuário/comunidade e o centro de saúde. Esse dado corrobora com a presente pesquisa, pois 71,43% dos gestores mencionaram a presença do ACS como um facilitador na execução das ações, isso se dá em função da quantidade de equipes de PACS presentes nos centros, o que facilita o mapeamento das localidades que tem como profissional executor dessas ações o ACS.

6 CONCLUSÃO

Conhecer o funcionamento dos programas de controle e prevenção da HAS é de grande importância para o desenvolvimento de ações que possam melhorar os indicadores do serviço. É notável a existência de ações que visem integrar e promover o controle da HAS no município de Campina Grande, porém o fator determinante para que essas ações se concretizem passam por uma melhor estruturação do serviço.

As mudanças quanto à integração dos centros de saúde e secretaria de saúde são, de fato, uma medida emergencial a ser tomada, uma vez que não se deve conceber que uma secretária de saúde não conheça as particularidades dos vários distritos sanitários que compreendem toda a gerência de atenção básica do município.

A formação continuada de profissionais da saúde é uma máxima estabelecida no marco regulatório do sistema único de saúde (SUS), regulamentado pela lei nº 8.080 /90. A necessidade de incrementar nos currículos de graduação o conhecimento de legislações pertinentes ao SUS bem como da visão integral da atenção básica devem favorecer a mudança de visão arraigada no modelo biomédico curativista, permitindo desta forma que se tenha profissionais preocupados em prevenir a instalação de doenças e não apenas em tratar.

Dessa forma, a presente pesquisa permitiu conhecer a realidade do município de Campina Grande no tocante as práticas adotadas para controlar e prevenir a HAS, possibilitando que as autoridades competentes possam estar atentas para quais mudanças devem ser adotadas de modo a melhorar a qualidade do serviço público, e uma melhor integração entre o que é preconizado nacionalmente com o que de fato é implementado.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.M.B. **Promoção de saúde e a reorientação dos serviços de saúde no município de Fortaleza: a hipertensão arterial como analisador**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação**. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL, **Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de set de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de set de 1990; nº 182, p.18055-18059.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Tradução: Luis Fernando Fonseca- Brasília- DF, 1996.

BRASIL, Senado Federal. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

CHARZAN, A. C; PEREZ, E. A. **Avaliação da implementação do Sistema Informatizado de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) nos municípios do Estado do Rio de Janeiro**. Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 10-16, Jan./Mar, 2008.

CARVALHO FILHA, Francidalma S.S. **Avaliação do programa de hipertensão arterial e diabetes na perspectiva de profissionais de saúde e usuários**, 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI.

OLMOS, R.D.; LOTUFO, P.A. **Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo**. Rev. Bras. Hiperten., v. 9, n. 1, p. 21-23, jan/mar. 2002.

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

SOUSA, L.B.; SOUZA, 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**. Arq. Bras. Cardiol., v. 87, p. 496-503, 2006.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Arq Bras Cardiol.**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol., v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, J. L. **Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente**. Revista Eletrônica de Enfermagem., v. 06, n. 03, 2004.

OLINDA, Q.B.; SILVA, C.A.B. **Retrospectiva do discurso sobre Promoção da Saúde e as Políticas Sociais.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde., v. 20, n. 20, p. 65-67, 2007.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. **Dilemmas on Health promotion in Brazil: considerations on the national policy.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.11, n.22, p.223-38, mai/ago 2007.