



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Santos, Fernanda Gatez Trevisan dos; Mezzavila, Vanessa Aparecida Martim; Rêgo, Anderson da Silva; Salci, Maria Aparecida; Radovanovic, Cremilde Aparecida Trindade
Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial
Saúde em Debate, vol. 43, núm. 121, 2019, Abril-Junho, pp. 489-502
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912116>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369040017>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais informações do artigo
- ▶ Site da revista em redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial

Family and community approach to Primary Health Care for people with Hypertension

Fernanda Gatez Trevisan dos Santos¹, Vanessa Aparecida Martim Mezzavila¹, Anderson da Silva Rêgo¹, Maria Aparecida Salci¹, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic¹

DOI: 10.1590/0103-1104201912116

RESUMO A Hipertensão Arterial é uma morbidade crônica de alta prevalência no mundo. Nesse prisma, é importante conhecer o impacto da assistência prestada pelos profissionais, no contexto da Atenção Primária à Saúde, para compreensão e formulação de novas estratégias de atendimento. Este estudo objetivou analisar o enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 417 pessoas em tratamento da Hipertensão Arterial de 34 Unidades Básicas de Saúde do município de Maringá, localizado no noroeste do estado do Paraná, Brasil. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2016, utilizando instrumento adaptado e validado, que aborda atributos da Atenção Primária à Saúde, sendo utilizado, neste estudo, o atributo enfoque familiar e comunitário. Para tratamento das variáveis, foi utilizada análise inferencial. Foi possível observar que os atributos referentes ao envolvimento familiar no tratamento, incentivo à participação social na comunidade e realização de educação em saúde foram os quesitos com pior avaliação, sendo representados estatisticamente por pessoas com controle pressórico inadequado. Conclui-se que a atenção quanto ao enfoque familiar e comunitário possui fragilidades e que necessitam ser reavaliadas, integrando a família e a comunidade no tratamento de pessoas com Hipertensão Arterial.

PALAVRAS-CHAVE Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde. Família. Integração comunitária.

ABSTRACT *Hypertension is a chronic, high prevalence morbidity in the world. In this aspect, it is important to know the impact of care provided by professionals, in the context of Primary Health Care, to understand and formulate new care strategies. This study aimed to analyze the family and community approach in Primary Health Care for people with arterial Hypertension. This is a cross-sectional study carried out with 417 people undergoing treatment for arterial Hypertension in 34 Basic Health Units of the city of Maringá, located in the northwestern part of the state of Paraná, Brazil. The data were collected in the first half of 2016, using an adapted and validated instrument, which addresses the attributes of Primary Health Care, using the family and community approach in this study. For the treatment of variables, descriptive and inferential statistical analysis was used. It was possible to observe that the attributes related to family involvement*

¹Universidade Estadual de Maringá (UEM), Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PSE) – Maringá (PR), Brasil. anderson.dsre@hotmail.com



in the treatment, incentive to social participation in the community, and health education were the items with worse evaluation, being represented statistically by people with inadequate blood pressure control. It is concluded that the care to the family and community focus has weaknesses and needs to be re-evaluated, integrating the family and the community in the treatment of people with arterial Hypertension.

KEYWORDS Hypertension. Primary Health Care. Health services research. Family. community integration.

Introdução

A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença crônica, considerada um problema de saúde pública mundial devido a sua carga incapacitante e às complicações oriundas de sua cronicidade. A prevalência da HA é de aproximadamente 31%, responsável por 63% de um total de 38 milhões de óbitos mundiais de adultos^{1,2}. No Brasil, até o ano de 2017, a prevalência da HA era de aproximadamente 24,3% em indivíduos adultos, sendo as mulheres (26,4%) com prevalência maior em relação aos homens (21,7%)³.

O tratamento da HA é frequentemente auxiliado na integração de medicamentos para o controle pressórico, com alteração nos hábitos de vida, com promoção e adoção de práticas de exercício físico e mudança nos hábitos nutricionais e alimentar. Com o tempo, essas mudanças acarretam alterações emocionais que a pessoa com HA enfrenta para adaptação ao novo estilo de vida e convivência com a morbidade, afetando sua vida social, cultural, econômica, bem como atingindo os seus familiares e amigos, o que pode comprometer a adesão ao tratamento^{1,4,5}.

No que tange à acessibilidade ao tratamento, a Atenção Primária à Saúde (APS) consolidada vários atributos para o serviço de saúde, articulando uma assistência programática e

complementar, tornando-se a principal porta de entrada do sistema, completando e organizando a assistência, sendo o acesso, a acessibilidade, a adesão/o vínculo, o elenco de serviços, a coordenação do cuidado, o enfoque familiar e comunitário seus principais atributos^{6,7}. Cabe à APS ser o suporte primordial e básico à população, ampliando os serviços em saúde, com abordagem das morbidades, das premências e dos processos que compõem a saúde, que caracterizam o processo coletivo e/ou unitário, tornando-se ponto de comunicação para os demais serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, caracterizando a gestão da atenção^{6,7}.

No âmbito do enfoque familiar, o papel dos profissionais de saúde em relação à assistência prestada à pessoa com HA pode ser evidenciado por meio das práticas assistenciais, inserindo a família como unidade de cuidado, como também em descrever os caminhos percorridos na busca por tratamento. Assim, as mudanças produzidas pelo diagnóstico de uma morbidade crônica, a adesão ao tratamento, as características sociais e culturais e os fatores emocionais acarretam alterações na dinâmica familiar que necessitam ser investigadas^{8,9}.

No que concerne à participação comunitária para tomada de decisões sobre as ações de saúde, esse atributo oferece parâmetros que muitas vezes não são compreendidos pelos

profissionais responsáveis pela atenção à determinada comunidade. No entanto, as pessoas com HA possuem fatores que justificam a não adoção ao tratamento, como infraestrutura inadequada, violência urbana e condições de saneamento básico. Não obstante, a população ainda tende a procurar atendimento médico apenas com a presença da doença; portanto, a prevenção necessita ser disseminada para que se promova um ambiente saudável para a comunidade^{9,10}.

Nesse aspecto, a avaliação dos serviços ofertados para as pessoas com HA, com destaque ao enfoque familiar e comunitário, é relevante para os serviços e programas em saúde fornecidos pela APS. Apesar de ser pouco explorada, a avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de saúde fornece informações que podem contribuir para a formulação de novas estratégias e manejo das ações de saúde adequadas às características desses grupos^{7,9-12}. Diante disso, o objetivo deste estudo é analisar o enfoque familiar e comunitário da APS a pessoas com HA.

Material e métodos

O estudo faz parte de uma pesquisa maior, intitulada 'Avaliação da satisfação de pessoas com Hipertensão Arterial com os serviços da Atenção Primária à Saúde'. O projeto do qual este estudo faz parte seguiu as consonâncias da Resolução nº 466/2012¹³, sendo aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Estadual de Maringá (UEM) sob o parecer de número 1.407.687/2016. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado em duas vias de igual teor, que foram lidas e assinadas por todos os participantes.

Trata-se de um estudo de abordagem transversal, realizado no município de Maringá, interior do estado do Paraná, Brasil. O município possui população estimada em 406.693 habitantes até o ano de 2016, com 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) atendendo de forma descentralizada e com auxílio de 74 equipes da

Estratégia Saúde da Família (ESF), perfazendo a cobertura populacional de 68%¹⁴.

Para a definição do cálculo amostral, baseou-se no número de 27.741 indivíduos que estavam em tratamento da HA e que se encontravam cadastrados no programa Sishiperdia. Utilizou-se, como parâmetros, a estimativa de erro de 5%, com 95% de intervalo de confiança e acrescida, para possíveis perdas, uma taxa de 15%. Após o cálculo, foi realizada a amostra estratificada dos usuários cadastrados em cada UBS incluída na pesquisa. A Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou a lista, com nome e código do cadastro no sistema interno da rede de atenção à saúde, que serviu de base para a realização de um sorteio aleatório conforme o número de pessoas atendidas em cada UBS. Com as perdas e recusas, a amostra final foi composta por 417 pessoas.

Os pacientes inclusos no estudo tinham 18 anos ou mais, de ambos os sexos, com visitas regulares ao atendimento fornecido pelas UBS, cadastrados no Sishiperdia há um ano antes da coleta de dados, para que houvesse o tempo de no mínimo 12 meses para responderem às perguntas relativas a este estudo. Os critérios de exclusão foram pacientes sem condições clínicas (dificuldades de verbalização) para participar do estudo, aqueles que não realizaram consultas anteriores até o momento da coleta de dados e gestantes.

Antes do início da coleta de dados, os gestores das UBS e enfermeiros responsáveis pelas reuniões do Sishiperdia foram abordados pelos pesquisadores, em que foram apresentados os objetivos do estudo e sua participação durante o procedimento. As reuniões aconteceram em horário fixo, que variou das 8h às 17h, de acordo com a organização das 74 equipes da ESF inclusas no estudo. Posteriormente, todos os participantes foram esclarecidos sobre informações da pesquisa; e a coleta de dados ocorreu nas dependências das UBS, em lugares reservados e livre de intercorrências.

Participaram da coleta de dados dois enfermeiros estudantes de doutorado, vinculados a um programa de pós-graduação de uma

universidade do município, e quatro alunos de graduação em enfermagem, vinculados a um grupo de pesquisa da mesma instituição. Para todos os participantes da coleta de dados, foram dadas orientações sobre os procedimentos a serem realizados quanto a preenchimento dos instrumentos e abordagem aos participantes. Também foi realizado teste piloto para verificar a necessidade de mudança com os instrumentos realizados, não sendo necessário alteração quanto ao seu conteúdo.

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos e verificada a pressão arterial de todos os participantes. O primeiro instrumento foi utilizado para estimar o poder de compra dos entrevistados e de sua família, agrupados em seis classes: A, B1, B2, C1, C2 e DE¹⁵.

O segundo instrumento avaliou a satisfação individual do usuário do serviço de saúde diagnosticados com HA quanto aos profissionais colaboradores da UBS e aos serviços prestados pela APS. Esse instrumento foi elaborado e validado em duas cidades do nordeste brasileiro e teve como apoio o Primary Care Assessment Tool (PCATool), estudo desenvolvido pela Johns Hopkins Primary Care Policy Center, com os pressupostos de Starfield⁷.

Os domínios do instrumento são divididos em acesso ao diagnóstico, acessibilidade ao tratamento, adesão/vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar e orientação comunitária¹⁶. Para este estudo, utilizaram-se os indicadores referentes ao enfoque na família e orientação comunitária (*quadro 1*).

Quadro 1. Indicadores de enfoque familiar e orientação comunitária a pessoas com Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde. Maringá, Paraná, Brasil, 2016

Indicadores	Dimensões
Enfoque familiar	
EF1	Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?
EF2	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a HA, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?
EF3	Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?
Orientação comunitária	
OC1	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância da sua participação e da participação da sua família em instituições da comunidade (igrejas, associação de bairro etc.) como apoio para resolver seus problemas de saúde?
OC2	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/ colegas no seu tratamento?
OC3	Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HA com as igrejas, associações de bairro, escolas?

Fonte: Paes, 2014¹⁶.

As questões de cada dimensão são constituídas por proporcionalidades, chamada escala de Likert, atribuindo-se valores entre um e cinco, respectivamente, para as respostas: 1) 'nunca'; 2) 'quase nunca'; 3) 'às vezes'; 4) 'quase sempre' e 5) 'sempre'¹⁶. A classificação da avaliação foi

realizada de acordo com os seguintes pontos de corte: satisfatório (≥ 4), regular (< 4 e ≥ 3) e insatisfatório (< 3)⁸.

A pressão arterial foi aferida durante os procedimentos de coleta de dados, seguindo as diretrizes e orientações da VII Diretriz

Brasileira de Hipertensão Arterial¹⁷. Os valores coletados foram categorizados em adequado quando a pressão arterial sistólica (PAS) \leq 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) \leq 90 mmHg e inadequado quando PAS \geq 140 mmHg e PAD \geq 90 mmHg.

Os dados foram duplamente digitados em planilha eletrônica Microsoft Excel[®] 2016; e realizada análise estatísticas com o auxílio do *software* SPSS, versão 19.0. Realizou-se a identificação de normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors. Foi realizada análise descritiva dos resultados referente à situação sociodemográfica e categorização dos valores de pressão arterial.

Para a análise de variância, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis para obter a média dos escores dos domínios, medida de dispersão e para indicar se houve diferença nas médias em relação aos grupos de controle pressórico adequado e inadequado. Para melhor visualização dos

dados, foi realizada a apresentação dos valores medianos em diagramas de caixas, por meio de quartis, divididos entre a classificação do controle pressórico, sem suposição hipotética.

Resultados

Foram entrevistadas 417 pessoas em tratamento da HA. Destas, a maioria era idosa (31,9%), do sexo feminino (67,9%), da cor branca (62,4%). Quanto às questões sociais, grande parte tinha até o ensino fundamental (61,2%), era casada (58,3%), classificadas em extrato C2 (24,0%); e a maioria era aposentada/pensionista (55,2%) (*tabela 1*). Não houve diferença nos grupos de controle pressórico adequado e inadequado, estando os valores de porcentagens alusivos à caracterização total da população, como pode ser observado na *tabela 1*.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e econômico de pessoas com Hipertensão Arterial acompanhada pela Atenção Primária à Saúde. Maringá, Paraná, Brasil, 2016

	Total		Controle Pressórico			
			Adequado (n = 224)		Inadequado (n = 193)	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
20 - 29	15	3,6	9	4	6	3,1
30 - 39	25	6	11	4,9	14	7,3
40 - 49	37	8,9	24	10,7	13	6,7
50 - 59	80	19,2	51	22,8	29	15,0
60 - 69	127	30,5	64	28,6	63	32,6
> 70	133	31,9	65	29,0	68	35,2
Sexo						
Masculino	134	32,1	74	33,0	60,0	31,1
Feminino	283	67,9	150	67,0	133,0	68,9
Raça/Cor						
Branca	260	62,4	138	61,6	122	63,2
Preta	65	15,6	37	16,5	28	14,5
Parda	92	22,1	49	21,9	43	22,6

Tabela 1. (cont.)

Escolaridade						
Não sabe ler/escrever	32	7,7	20	8,9	12	6,2
Ensino Fundamental	255	61,2	131	58,5	124	64,2
Ensino Médio	107	25,7	61	27,2	46	23,8
Ensino Superior	23	5,5	12	5,4	11	5,7
Situação Conjugal						
Sem Companheiro(a)	174	41,7	97	43,3	77	39,9
Com Companheiro(a)	243	58,3	127	57,5	116	60,1
Classificação Econômica - Abep*						
A	19	4,6	10	4,5	9	4,7
B1	33	7,9	18	8	15	7,8
B2	96	23,0	47	21	49	25,4
C1	83	19,9	41	18,3	42	21,8
C2	100	24,0	57	25,4	43	22,3
DE	86	20,6	51	22,8	35	18,0
Ocupação Atual						
Empregado	96	23	58	25,9	38	19,7
Desempregado	91	21,8	56	25	35	18,1
Aposentado(a)/Pensionista	230	55,2	110	49,1	120	62,2

Fonte: Elaboração própria.

* Abep - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

Na análise do atributo enfoque familiar, a questão relacionada ao envolvimento da família no tratamento apresentou menor média (EF3) (2,98±1,45), seguida do interesse dos profissionais de saúde em conhecer as pessoas que moram na mesma residência do entrevistado

(EF1) (3,04±1,45). Na análise de variância, os resultados evidenciam que pessoas com controle pressórico inadequado avaliaram negativamente os resultados referentes ao domínio EF1 (2,88±1,43 | p = 0,035) e ao domínio EF3 (2,79±1,40 | p = 0,011) (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da média do escore, desvio padrão e intervalo de confiança referentes aos atributos do enfoque familiar e orientação comunitária, da Atenção Primária à Saúde, por usuários com Hipertensão Arterial de acordo com o controle pressórico. Maringá, Paraná, Brasil, 2016

Indicadores	Total		Controle Pressórico				p
	M±SD	IC 95%	Adequado (n = 224)		Inadequado (n = 193)		
			M±SD	IC 95%	M±SD	IC 95%	
Enfoque na Família							
EF1	3,04±1,45	2,90-3,18	3,18±1,46	2,99-3,37	2,88±1,43	2,67-3,08	0,035
EF2	3,78±1,40	3,65-3,92	3,90±1,40	3,71-4,08	3,64±1,38	3,45-3,84	0,065
EF3	2,98±1,45	2,85-3,13	3,16±1,47	2,96-3,35	2,79±1,40	2,58-2,99	0,011
Orientação Comunitária							
OC1	3,07±1,47	2,93-3,22	3,24±1,48	3,05-3,44	2,88±1,44	2,67-3,08	0,012
OC2	3,79±1,25	3,67-3,91	3,90±1,40	3,73-4,06	3,66±1,23	3,48-3,84	0,053
OC3	3,72±1,31	3,60-3,85	3,86±1,30	3,69-4,03	3,56±1,30	3,37-3,74	0,017

Fonte: Elaboração própria.

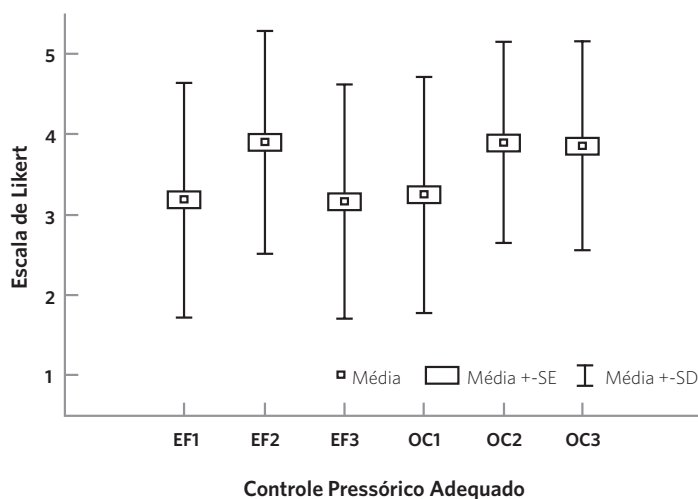
M±SD: Média e Desvio Padrão. Teste de Kruskal-Wallis.

Quanto ao atributo orientação à comunidade, a maioria dos entrevistados avaliou como regular a questão relacionada com o incentivo dos profissionais de saúde sobre a importância de sua participação em eventos comunitários, como em igrejas, associações de bairro, eventos escolares, como apoio para o tratamento da doença (OC1) (3,07±1,47), seguido do desenvolvimento de ações sobre HA em igrejas, associações de bairro e escolas (OC3) (3,72±1,31). Observa-se que, na análise de variância, as pessoas que avaliaram negativamente OC1 (2,88±1,44 | p = 0,012) e OC3 (3,56±0,09 | p

= 0,017) são as classificadas com controle pressórico inadequado (tabela 2).

Para maior compreensão da variação das médias para os entrevistados com controle pressórico adequado e inadequado, são apresentadas as variações de médias dos grupos descritos por meio do diagrama de caixa. Em relação à posição dos dados, observa-se o segundo quartil dos domínios EF1, EF3 e OC1 na linha da nota três, sendo considerada regular na visão de pessoas com controle pressórico adequado. Os demais domínios (EF2, OC2 e OC3) mantêm o segundo quartil ou mediana na linha entre a nota três e quatro (figura 1).

Figura 1. Diagrama de caixa das questões referentes ao enfoque familiar e orientação comunitária analisadas segundo o grupo de pessoas classificadas com controle pressórico adequado (n = 224). Maringá, Paraná, Brasil, 2016

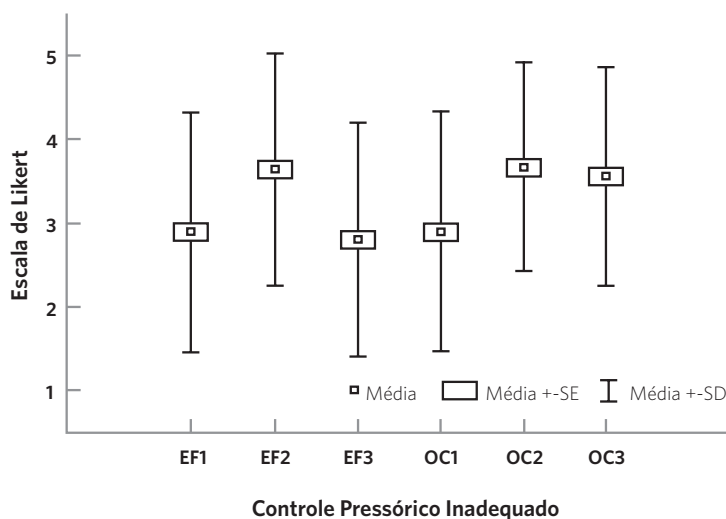


Fonte: Elaboração própria.

No diagrama de caixa dos indivíduos classificados com controle pressórico inadequado, o quartil dos domínios EF1, EF3 e OC1 estão entre as notas dois e três, interpretados como insatisfatório; e os domínios EF2, OC2 e OC3

estão entre as notas três e quatro (figura 2). Reitera-se que, nos diagramas de caixa, não é observada a presença de outliers, não havendo valores discrepantes nos resultados.

Figura 2. Diagrama de caixa das questões referentes ao enfoque familiar e orientação comunitária analisadas segundo o grupo de pessoas classificadas com controle pressórico inadequado (n = 193). Maringá, Paraná, Brasil, 2016



Fonte: Elaboração própria.

Discussão

A maioria dos entrevistados era de idosos, do sexo feminino e da cor branca, o que não diferenciou entre o grupo de controle pressórico adequado e inadequado. Esses dados corroboram estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul⁴, que avaliou a adesão ao tratamento entre seus entrevistados. Essas informações reforçam que a HA é prevalente na maioria das pessoas com idade mais avançada devido ao aumento da expectativa de vida e das questões fisiológicas que propiciam o surgimento de doenças crônicas^{1,2,4}.

O fato de a população feminina ser mais prevalente nesta pesquisa reforça os resultados de dois estudos de base populacional^{1,3}, os quais consideram que a mulher tem melhor percepção sobre o estado de saúde e sobre o próprio corpo com mais precisão e procura serviços de saúde com mais prevalência. Em relação a questões étnico-raciais, esta pesquisa encontrou divergência em estudo¹ de base populacional, em que houve a prevalência de pessoas que se autodeclaravam negras. Compreende-se que, apesar das disparidades entre os dois estudos, reforça-se o manejo das ações de saúde, independentemente de perfil étnico, reiterando a necessidade de considerar que complicações da HA são comumente mais frequentes em população negra².

Entre os entrevistados, grande parte tinha até o ensino fundamental, era casada, pertencia à classe econômica extrato C2 e era aposentada e/ou pensionista. Esses dados corroboram estudo⁵ realizado na Índia, em que a população menos escolarizada e com menor renda está mais propícia a apresentar inadequação ao controle pressórico e a compreender as orientações que são fornecidas pelos profissionais de saúde, havendo necessidade de identificação e ações de educação em saúde mais assertivas a essa parcela da população⁵.

O instrumento utilizado na coleta de dados deste estudo, por ter um alcance abrangente, propiciou a apresentação de questões relacionadas com o enfoque familiar como estratégia

de apoio social para o tratamento da HA. Nesse ponto, os entrevistados avaliaram como incipiente o interesse dos profissionais de saúde em conhecer a família e incorporá-la ao tratamento.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em Manaus¹⁰, no qual os entrevistados relataram pouco interesse dos profissionais de saúde para o conhecimento e envolvimento da família no tratamento, e que a abordagem permaneceu no indivíduo, como foco da atenção. Essas ações realizadas pelos profissionais, em que a família é pouco incorporada ao manejo das práticas assistenciais, acabam desconsiderando a característica intervencionista que o arrojo familiar possui¹⁸.

Ainda no enfoque familiar, a maioria dos entrevistados avaliou como regular a orientação dos profissionais de saúde sobre a importância do envolvimento da família no tratamento. Esses resultados se assemelham a estudo⁹ realizado na capital da Paraíba, em que a maioria dos entrevistados dos cinco distritos investigados apresentou satisfação regular com o desempenho citado.

A participação da família no tratamento de doenças crônicas, especialmente a HA, temática deste estudo, pode ser o facilitador da aderência à terapêutica de escolha por se constituir no apoio social do membro adoecido e por incentivar a adoção de práticas de autocuidado. Barreto e Marcon¹⁸, ao avaliar a participação da família de pessoas com HA, no tratamento da morbidade, constataram que a família contribui para as questões culturais e que podem ser integradas às orientações realizadas pelos profissionais de saúde quanto ao entendimento dessas ações e ao incentivo em realizá-las.

A análise de dados revelou que houve diferenças significativas na questão do envolvimento da família no tratamento, em que pessoas com controle pressórico inadequado são mais suscetíveis a avaliar insatisfatoriamente o desempenho dos profissionais de saúde nesse indicador proferido. Em estudo¹⁸ realizado no interior do estado do Paraná,

as dificuldades da família em envolver-se nas práticas de autocuidado e de manejo das orientações de saúde ao membro adoecido prejudicavam a aderência ao regime terapêutico de escolha, acarretando inadequação no controle pressórico.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)⁶, a família deve ser integrada nas intervenções realizadas para o controle de qualquer doença, considerando que é no arranjo familiar que se concentram as práticas de saúde baseadas no aparato cultural, que podem estar fragmentadas ao modelo biomédico, da cura centrada na doença e que deve ser corrigida. Nesse contexto, Rêgo e Radovanovic⁸ reiteram a importância da escuta terapêutica e das orientações para o tratamento, havendo criação de vínculo entre profissional e usuário, resultando em uma melhor aderência ao tratamento e adequação ao controle pressórico.

Com relação à adesão/vínculo, a família deve ser o foco da atenção e deve abordada como constituinte do processo de construção do cuidado, com abordagens que favoreçam o tratamento. Em estudo conduzido por Brito e colaboradores, realizado com trabalhadores pertencentes da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), para abordagem ao familiar adoecido, é necessário que os profissionais de saúde verifiquem quais são suas necessidades pessoais, avaliem as questões relacionadas com o ambiente em que este está inserido, a disposição de materiais e as condições em que o cuidado é realizado, o que poderá facilitar a compreensão do processo de cuidado, tanto dos profissionais quanto dos membros familiares e do indivíduo adoecido¹².

Quanto à orientação comunitária, a maioria dos entrevistados avaliou de forma regular o domínio referente ao incentivo dos profissionais de saúde na sua participação em ações sociais, como associações de bairros, igrejas e escolas. Esse resultado corrobora estudo⁹ realizado em João Pessoa, no estado da Paraíba, sobre sua incumbência nos processos que envolvem a participação popular.

Reitera-se que esse domínio estava relacionado estatisticamente com o grupo de pessoas com controle pressórico inadequado, sendo avaliado insatisfatoriamente.

A participação social é uma concepção organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) que favorece a construção de usuários proativos, com capacidade de analisar seu contexto e desenvolver estratégias de enfrentamento e cuidado da sua doença crônica, no caso, HA. Além disso, propicia a construção coletiva de práticas de autocuidado a partir da troca de experiências, amparadas na ajuda e na solidariedade, de acordo com as orientações clínicas adequadas¹⁹.

Concomitantemente a isso, a participação social possibilita a produção da autonomia no cuidado da própria saúde, na construção da cidadania e na busca por direito à saúde de acordo com suas necessidades. No entanto, alguns profissionais de saúde ainda geram práticas que podem fragilizar a construção da independência dos usuários dos serviços de saúde quando não apresentam e incentivam a prática e modos de tecer a busca por cuidado¹¹.

Nesse aspecto, compreende-se que a participação das pessoas em ações sociais na comunidade permeia a construção de consciência a respeito da saúde, reflexões relacionadas com a temática, ocasionando movimentos em prol de mudanças nas políticas de saúde coletiva que podem potencializar as aplicações de recursos públicos para a necessidade de saúde das pessoas e da comunidade envolvida¹⁹.

Os resultados deste estudo ainda apontam que a maioria dos entrevistados avaliou insatisfatoriamente a realização de ações de educação em saúde em associações de bairros, igrejas e escolas, estando significativamente atreladas ao grupo de pessoas com controle pressórico inadequado. Esses resultados assemelham-se aos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)²⁰.

A necessidade de educação em saúde é atuante no País e palco de políticas públicas, principalmente pela expansão da EFS nos

últimos anos, sendo crucial para o conhecimento e construção do cuidado do usuário e da comunidade sobre questões relacionadas com a saúde, e doenças crônicas^{20,21}. Em estudo realizado com 816 equipes da ESF no Rio Grande do Sul que aderiram ao PMAQ-AB, foram efetivadas orientações e educação em saúde visando hábitos de vida saudáveis, práticas de atividades físicas e alimentares, mas com foco nas pessoas com doenças crônicas já instaladas e com hábitos de vida inadequado, e não focadas na promoção da saúde²¹.

Este estudo não possui o foco de determinar que tipo de atividade educativa é realizada, mas se há incentivo à prática de educação em saúde para a comunidade, limitado a informações contidas no instrumento de coleta de dados. Dessa forma, tendo o contexto que são realizadas as atividades pertinentes aos grupos de Sishiperdia, a oferta ainda é centrada nas doenças e não explora questões relativas à comunidade; e, sim, a uma população específica, havendo necessidade de ações para alterar esta realidade.

É necessário que novas abordagens a determinantes sociais sejam criadas e implementadas, com organização do processo de trabalho, rompendo paradigmas de práticas individualizadas. Dessa forma, pode-se contribuir para a construção do compromisso em torno da educação em saúde, com estímulo da participação popular e ampliação do cuidado e controle da própria saúde^{20,21}.

Este estudo aponta que as atitudes dos profissionais de saúde necessitam desempenhar a integralidade do cuidado, com ruptura das práticas voltadas ao modelo biomédico, de atenção e cuidado fragmentado. Os esforços para estimular novas práticas em saúde no contexto familiar e comunitário devem ser assertivos e que atendam à necessidade da população, comprometidos com a qualidade de vida dessas pessoas^{12,22}.

As ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde devem ser fundamentadas na intersetorialidade, alcançando áreas além das UBS, com predomínio do contexto social, econômico,

político, cultural e na conjuntura coletiva da comunidade; garantindo, com isso, a promoção da autonomia e a capacidade de autocuidado, com ações resolutivas em saúde²².

Este estudo limita-se ao aspecto geográfico por ter sido realizado em apenas um município, o que impede sua generalização para os demais estados do País. No entanto, os achados podem contribuir para o fortalecimento das ações em saúde, abarcando a integralidade do sujeito dentro do seu contexto familiar e encontrando meios dinâmicos que informem a comunidade sobre seu papel reivindicatório, com incentivo a mudanças na gestão pública dos serviços ofertados pelo município, reforçando as práticas de educação em saúde. Além disso, pode subsidiar novas metodologias de ensino, construindo novos modelos operacionais com as fragilidades apontadas nesta pesquisa.

Conclusões

O estudo permitiu identificar que a maioria dos entrevistados avaliou insatisfatoriamente os domínios relacionados com o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os integrantes e o incentivo da família no tratamento da HA. No contexto comunitário, os participantes avaliaram insatisfatoriamente o incentivo dos profissionais de saúde sobre sua participação em ações sociais desenvolvidas por igrejas, associações de bairros e escolas. Ademais, avaliaram como regular o desenvolvimento de ações de educação em saúde nessas mesmas instituições.

O estudo aponta necessidades de preparar melhor os futuros profissionais para desenvolverem uma assistência integral e resolutiva, de forma equânime, com conhecimento da realidade de cada indivíduo e da comunidade envolvida. Destaca-se a importância de trabalhar com os profissionais de saúde, identificando suas necessidades, incentivando-os a organizar o trabalho entre as equipes com discussões e estudo de caso,

principalmente dos usuários com HA, para que reduzam as iniquidades da assistência, promovendo melhores condições de trabalho e melhor qualidade assistencial à população aderente aos serviços da APS.

Reitera-se a importância de os profissionais de saúde trabalharem com vista à integralidade da assistência e, em equipe, executarem o planejamento de práticas educativas inovadoras, tentando a promoção e a educação em saúde, buscando empoderar a comunidade para gerir o autocuidado necessário à condição crônica.

Colaboradores

Santos FGT (0000-0001-7082-6949)*, Rêgo AS (0000-0002-0988-5728)* e Radovanovic CAT (0000-0001-9825-3062)* participaram da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados; redação revisão crítica do artigo e aprovação da versão submetida. Salci MA(0000-0002-6386-1962)* e Mezzavila VAM (0000-0001-8163-7908)* participaram da análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo e aprovação da versão final. ■

Referências

1. Zangirolani LTO, Assumpção D, Medeiros MAT, et al. Self-reported hypertension in adults residing in Campinas, Brazil: prevalence, associated factors and control practices in a population-based study. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2018 set 12]; 23:1221-1232. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.16442016>.
2. Perini W, Agyemang C, Snijder MB, et al. Ethnic disparities in treatment rates for hypertension and dyslipidemia: an analysis by different treatment indications the Healthy Life in an Urban Setting study. *J. hypertens.* [internet]. 2018 [acesso em 2018 set 12]; 36(7):1540-1547. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/HJH.0000000000001716>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
4. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2018 set 12]; 42:179-90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811614>.
5. Balasubramanian A, Nair SS, Rakesh P, et al. Adherence to treatment among hypertensives of rural Kerala, India. *J Family Med Prim Care* [internet]. 2018

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- [acesso em 2018 set 13]; 7(1):64-69. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_423_16.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
 7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
 8. Rêgo AS, Radovanovic CAT. Adherence of hypertension patients in the Brazil's Family Health Strategy. *Rev. bras. enferm.* [internet]. 2018 [acesso em 2018 set 14]; 71(3):1030-1037. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0297>.
 9. Araújo JSS, Silva CS, Paes NA, et al. Satisfação de mulheres hipertensas na atenção primária com relação aos atributos essenciais família e comunidade. *Saúde debate* [internet]. 2015 [acesso em 2018 set 14]; 39:411-422. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002009>.
 10. Silva NCd, Giovanella L, Mainbourg EMT. The family in the practices of Family Health teams. *Rev. bras. Enferm.* [internet]. 2014 [acesso em 2018 set 16]; 67(2):274-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140037>.
 11. Mendes R, Fernandez JCA, Sacardo DP. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde debate* [internet]. 2016 [acesso em 2018 set 18]; 40:190-203. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080016>.
 12. Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. Purpose of work in the Family Health Strategy. *Interface (Botucatu, Online)* [internet]. 2018 [acesso em 2018 set 14]; 22(64):77-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0672>.
 13. Conselho Nacional de Saúde. Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*. 12 Dez 2012.
 14. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico Município de Maringá [internet]. Curitiba: Iparides; 2016 [acesso em 2018 set 16]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf.php?Municipio=87000&btOk=ok>.
 15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Adoção do CCEB 2008: critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: Abep; 2015.
 16. Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev. panam. salud pública* [internet]. 2014 [acesso em 2018 set 14]; 36(2):87-93. Disponível: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v36n2/03.pdf>.
 17. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq. bras. cardiol.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 set 16]; 107(3):1-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/0066-782X-abc-107-03-s3-0067.pdf>.
 18. Barreto MS, Marcon SS. Patient perspectives on family participation in the treatment of hypertension. *Texto & contexto enferm.* [internet]. 2014 [acesso em 2018 set 17]; 23(1):38-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100005>.
 19. Lima FA, Galimberti PA. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral-CE. *Physis (Rio J.)* [internet]. 2016 [acesso em 2018 set 17]; 26(1):157-175. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100010>.
 20. Medina M, Aquino R, Vilasbôas ALQ, et al. Health Promotion and Chronic Disease Prevention: What Are Family Health Teams Doing? *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 set 15]; 38(esp):69-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0069.pdf>.
 21. Kessler M, Thumé E, Duro SMS, et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol. Infect.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 set 15]; 144(1):1-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/S0950268815001000>.

miol. serv. saúde [internet]. 2018 [acesso em 2018 set 16]; 27(2):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200019>.

22. Viegas SMF, Penna CMM. The dimensions of the comprehensiveness on healthcare within the routine of the Family Health Strategy in the Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil. *Interface (Botucatu, Online)*

[internet]. 2015 [acesso em 2018 set 17]; 19(55):1089-100. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>.

Recebido em 30/09/2018
Aprovado em 02/04/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)