

de urbana de Montes Claros, Brasil. A HAS foi definida a partir dos níveis da pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg ou fazer uso de anti-hipertensivo. A glicemia capilar foi considerada elevada quando ≥ 140 mmHg. Para a genotipagem foi utilizada células da mucosa oral, e a genotipagem através da técnica *Restriction fragment length polymorphism*. A regressão de Poisson foi utilizada para estimar a razão de prevalência (RP) ajustada por idade, tabagismo, estado civil, renda, escolaridade e história de obesidade dos pais.

Resultados: Os resultados preliminares mostraram que a frequência da HAS na população foi de 41,88% (196) e de glicemia elevada foi de 13,68% (64). Quanto ao polimorfismo do receptor de leptina Gln223Arg, a frequência genótipo GG foi de 10,4% (49), AG 46,8% (220) e 42,8% de AA (201). Não foram observadas diferenças de prevalência entre os sexos ($p = 0,571$). Os genótipos AG (RP = 1,07; IC = 0,57-2,57) e GG (RP = 1,09; IC = 0,64-2,81), quando comparados à HAS bem como os genótipos AG (RP = 0,98; IC = 0,60-1,56) e GG (RP = 1,08; IC = 0,50-2,34) quando comparados à GE não demonstraram associação significativa.

Conclusão: O polimorfismo do receptor da leptina Gln223Arg não foi associado à HAS e GE nesta população.

Funding: FAPEMIG.

462. AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE, HIPERTENSÃO E CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: UMA ANÁLISE PARA O BRASIL E PORTUGAL

A.T. Carvalho, P. Oliveira, D. Mendonça, D. Malta, M.B. Barros, H. Barros

Universidade Federal da Paraíba; ISPUP-FMUP-Universidade do Porto; SVS-Ministério da Saúde-Brasil; Universidade Estadual de Campinas.

Antecedentes/Objetivos: Analisar a prevalência de autopercepção negativa de saúde, segundo sexo, escolaridade, faixa etária e presença de hipertensão em populações de Brasil e Portugal.

Métodos: Foram estudados indivíduos com idade ≥ 30 anos entrevistados por inquéritos do Brasil (VIGITEL, 2011) e de Portugal (4º Inquérito Nacional de Saúde, 2006). Foram incluídos, na análise do Brasil, 13.919 indivíduos residentes nas capitais da Região Nordeste e na análise de Portugal, 27.864 indivíduos. A variável dependente foi a autopercepção negativa da saúde e as variáveis independentes: sexo, faixa etária, escolaridade e hipertensão arterial referida como diagnosticada por médico. As análises foram realizadas no módulo de Amostras Complexas do SPSS (versão 20). A associação entre autopercepção de saúde e as variáveis independentes foi investigada por regressão logística.

Resultados: Nas duas análises predominavam pessoas do sexo feminino. A amostra do Nordeste do Brasil apresentou população mais jovem e mais escolarizada. Entre os entrevistados, 6,4% no Brasil e 20,6% em Portugal, consideraram a sua saúde como ruim. As prevalências de hipertensão foram de respectivamente 29,8% e 30,9% para as amostras do Brasil e de Portugal. Nos dois estudos o percentual de saúde autoavaliada como ruim foi significativamente maior entre as mulheres (Saúde ruim – Brasil: H: 4,3% e M: 8,1%, OR: 1,73 e Portugal. H: 15,5% e M: 25,1%, OR: 1,48) e entre as pessoas menos escolarizadas (Saúde-ruim: Brasil: s/ escolaridade: 15,9% e superior: 2,7%, OR: 5,01 e Portugal: s/ escolaridade: 48,2% e superior: 3,4%, OR: 9,68). Para as duas amostras os hipertensos apresentaram percentuais significativamente maiores de autopercepção negativa de saúde quando comparados com os não hipertensos. Para o Brasil: hipertensos: 11,5% e não hipertensos: 4,3%. OR bruto: 2,88 e para Portugal: hipertensos: 35,0% e não hipertensos: 14,2%. OR bruto: 3,27). Após ajustes para sexo, faixa-etária e escolaridade,

em ambas análises, as diferenças mantiveram-se significativas (Brasil, OR: 2,43 e Portugal, OR: 1,68). No entanto, os indivíduos que relataram hipertensão nas capitais do Nordeste do Brasil, apresentaram maior desigualdade na prevalência negativa da saúde em relação aos não hipertensos, quando comparados com a amostra de Portugal.

Conclusiones: Em ambos estudos foram observadas desigualdades na prevalência da autopercepção negativa da saúde entre os sexos, níveis de escolaridade e presença de hipertensão. Para a amostra das capitais do Nordeste do Brasil o fato de ser mulher ou hipertenso refletiu mais desfavoravelmente e para a amostra de Portugal a escolaridade pareceu ter maior peso.

Evaluación en salud pública

Jueves, 5 de septiembre de 2013. 13:00 a 14:00 h
Aula 8

Modera: Piedad Martín

709. EVALUACIÓN CUASI-EXPERIMENTAL DE LOS EFECTOS DE LA LEY DE BARRIOS SOBRE LA SALUD PERCIBIDA Y MENTAL EN BARRIOS DESFAVORECIDOS DE BARCELONA

R. Mehdipanah, M. Rodríguez-Sanz, D. Malmusi, C. Muntaner, L. Palència, X. Bartoll, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona, IIB Sant Pau; UDMPYSP PSMAR-UPF-ASPB; CIBERESP; University of Toronto; Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: Hay poca evidencia sobre el impacto de las regeneraciones urbanas sobre la salud y las desigualdades en salud. En 2004, la Generalitat de Cataluña estableció la Ley de Barrios que ofrecía subvenciones económicas a los ayuntamientos para mejorar el entorno de los barrios más desfavorecidos. Los proyectos estaban centrados en mejoras físicas, culturales y económicas. El objetivo del estudio fue analizar los efectos de la Ley de Barrios sobre la salud de las y los personas residentes en los barrios intervenidos en la ciudad de Barcelona.

Métodos: Se realizó un estudio de diseño cuasi-experimental entre un periodo pre y post-intervención en cinco barrios de Barcelona intervenidos por la Ley, comparándolos con un grupo control de barrios no intervenidos con características socioeconómicas similares según indicadores del Censo 2001. Se usó la Encuesta de Salud de Barcelona de los años pre (2001, 2006) y post (2011). La población de estudio fueron los mayores de 15 años. Se describieron, en los dos grupos de barrios, por sexo y año de encuesta, los porcentajes estandarizados por edad de mala salud percibida (mala y muy mala) y de mala salud mental (escala de Goldberg: GHQ-12 ≥ 3). Se estimaron con modelos de regresión de Poisson robusta las razones de prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza al 95% [IC95%] de mala salud percibida y mala salud mental comparando el año 2006 con el 2011, en los barrios intervenidos y control, introduciendo la interacción entre año de encuesta y grupo.

Resultados: De 2001 a 2006, la salud percibida y la salud mental empeoraron en los barrios intervenidos, y en cambio de 2006 a 2011 se observó una mejora significativa. La mala salud percibida mejoró en-

tre 2006 y 2011 (en mujeres $RP = 0,73 [0,55-0,97]$ y, en hombres $RP = 0,53 [0,36-0,78]$ usando 2006 como referencia). Al contrario, en los grupos controles, el único cambio significativo fue la mala salud mental de hombres que aumentó del 2006 a 2011 ($RP = 1,92 [1,23-3,00]$). El análisis se repitió excluyendo de la encuesta de 2011 a las personas que habían vivido menos de 5 años en el barrio observándose resultados similares a los observados en toda la población.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la Ley de Barrios tiene un efecto positivo sobre la salud de la población. Este estudio complementa los hallazgos del estudio cualitativo relacionado con la evaluación de este programa y proporciona resultados parecidos a los de otros contextos.

681. METODOLOGÍA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN 2011-2013 DE LA COMUNIDAD DE MADRID

C. García-Riolobos, N. Aerny, A. Fernández-Delgado, C. Minguet, N. Ramos, F. Domínguez-Berjón

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011-2013 se diseñó en 2010 en base a los datos del Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2009. Objetivo: describir las fases seguidas para la monitorización y evaluación del Plan y valorar la utilidad de la metodología aplicada.

Métodos: Evaluación interna, formativa, participativa, de diseño, estructura, proceso y resultados, orientada por criterios de valor, con perspectivas cuantitativa y cualitativa. Fases: 1. Estudio del objeto, previo a su evaluación mediante revisión y análisis del documento del Plan. Las actividades se categorizaron según una clasificación norteamericana de servicios de salud pública. 2. Monitorización de actividades con periodicidad semestral: balance del nivel de ejecución (ejecutadas, avance intermedio, iniciadas, reprogramadas y suprimidas) según indicadores de actividad y cobertura, previamente formulados. 3. Identificación y verificación semestral de productos generados. 4. Evaluación anual, cuyo objeto y metodología se establecen anualmente según análisis de necesidades de los actores internos implicados en la gestión del Plan mediante entrevistas individuales y grupales. 5. Análisis de la información, enjuiciamiento y elaboración de recomendaciones. 6. Informe final y comunicación de resultados a stakeholders en reuniones monográficas y mediante difusión en Intranet. 6. Seguimiento semestral de aplicación de recomendaciones mediante procesos internos de gestión con cada Unidad implicada.

Resultados: El Plan consta de 7 líneas estratégicas, 27 programas y 247 actividades, 164 (66,3%) de las cuales destinadas a profesionales sanitarios y 83 (33,6%) a población. El tipo de actividad más frecuente en profesionales sanitarios fue el desarrollo de protocolos y estrategias (50% de las dirigidas a ellos) y en población, las de educación para la salud (83%). En 2011 se evaluó la implantación y conocimiento del Plan entre los stakeholders según criterios de pertinencia, suficiencia, factibilidad, utilidad, cobertura, satisfacción y eficacia. En 2012 se identificaron los productos generados y sus efectos en la práctica habitual de los profesionales de centros de salud según criterios de uso, utilidad, pertinencia, suficiencia, calidad y accesibilidad. Se han elaborado 3 informes cuyas recomendaciones han sido aplicadas.

Conclusiones: La metodología de seguimiento está siendo útil para verificar el cumplimiento y ajuste del Plan. Las evaluaciones anuales proporcionan información relevante sobre los efectos del Plan. Se visibilizan las limitaciones de ejecución de un plan complejo que implica la coordinación de múltiples actores.

770. VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LA VERSIÓN ARGENTINA DEL PCAT-AE PARA EVALUAR LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

S. Berra, L. Hauser, Y. Audisio, J. Mántaras, V. Nicora, M.M. de Oliveira, B. Starfield, E. Harzheim

Universidad Nacional de Córdoba/CONICET; Universidad Federal do Rio Grande do Sul; John Hopkins University.

Antecedentes/Objetivos: El cuestionario PCAT (Primary Care Assessment Tool) se compone de preguntas para evaluar la atención primaria de salud midiendo las funciones esenciales de primer contacto, continuidad, coordinación, e integralidad, así como las funciones secundarias de enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural. En Argentina se realizó un proceso de adaptación cultural y al sistema sanitario. El objetivo de este trabajo fue determinar la validez y la fiabilidad de la versión dirigida a usuarios adultos (AR-PCAT-AE).

Métodos: Se realizaron estudios piloto transversales en muestras de personas adultas con diferentes características socioeconómicas y de cobertura de salud, una de afiliados de una obra social (entidad similar a los seguros sociales) y otra de adultos jóvenes con una alta proporción de cobertura pública de salud y menor nivel de escolaridad. Se aplicaron cuestionarios mayoritariamente autoadministrados. Se analizaron 91 ítems equivalentes a la versión original de los PCAT y otros 13 propuestos por el grupo de expertos locales que realizó la adaptación, para que fueran adicionados a la versión argentina. Se examinó la validez factorial y la fiabilidad de las puntuaciones de cada dimensión. Los indicadores de validez del modelo para decidir la inclusión o exclusión de ítems fueron: los factores debían tener tres o más ítems con una carga factorial $> 0,35$; correlación ítem-total $> 0,30$; interpretación de la solución en consecuencia con el modelo teórico.

Resultados: El análisis factorial resultó en nueve factores que explicaron 57,4% de la variabilidad. Considerando los criterios de validez preestablecidos, se excluyeron 2 ítems de las dimensiones de continuidad e integralidad y se adicionaron 4 en integralidad y 2 competencia cultural. En las dimensiones, el porcentaje de preguntas con correlación ítem-total mayor de 0,30 osciló entre 67% y 100% y el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach entre 0,44 (subdimensión de sistemas de información para la función de coordinación) y 0,90 (función de continuidad de la atención).

Conclusiones: El cuestionario AR-PCAT-AE quedó tiene validez y fiabilidad adecuadas, con limitaciones en una de sus dimensiones, manteniendo una alta equivalencia con la versión original. La adición de ítems actualiza algunos componentes de la función de integralidad y hace más exigente la función de orientación comunitaria, acorde con consensos previos para la valoración de la APS en América Latina. La disponibilidad de esta herramienta abre importantes posibilidades de evaluar la APS en Argentina desde la perspectiva de los usuarios.

1074. AVALIAÇÃO DO CUIDADO NO ATENDIMENTO A PACIENTES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM VITÓRIA-ES

R.C. Duarte Lima, J.P. Cola, H. Scabelo Galavote, T. Nascimento do Prado, E. Coelho de Azevedo Bussinger, T. Batista Franco, M.A. Carvalho Andrade, E.L. Noia Maciel

Universidade Federal do Espírito Santo; Universidade Federal Fluminense.

Antecedentes/Objetivos: O Ministério da Saúde (MS), em 1999, lançou o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), e definiu a doença como prioridade entre as políticas governamentais de saúde. Em 2004 o PNCT reconheceu a importância de descentralizar as ações de combate a Tuberculose (TB) para a Atenção Primária à