

Acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na estratégia saúde da família

Accessibility to the treatment of hypertension in the family health strategy

Accesibilidad al tratamiento de la hipertensión arterial en la estrategia de salud familiar



Anderson da Silva Rêgo^a

Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad^b

Maria Aparecida Salci^a

Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic^a

Como citar este artigo:

Rêgo AS, Haddad MCFL, Salci MA, Radovanovic CAT. Acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na estratégia saúde da família. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e20180037. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180037>.

RESUMO

Objetivo: Analisar a satisfação acerca da acessibilidade ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família.

Método: Estudo transversal, realizado com 417 pessoas residentes em um município do estado do Paraná, Brasil. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro a junho de 2016, utilizando instrumento de satisfação com serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde, empregando questões referentes a acessibilidade ao tratamento. Adotou-se análise descritiva e inferencial para tratamento das variáveis.

Resultados: Participaram do estudo 417 pessoas, em que 62,4% era idoso, 67,8% do sexo feminino e 55,2% era aposentado/pensionista. A acessibilidade econômica foi o indicador melhor avaliado. A avaliação regular dos serviços característicos da acessibilidade geográfica e organizacional foi significativamente associada ao acompanhamento inadequado desses usuários na Estratégia Saúde da Família.

Conclusão: Os serviços ofertados às pessoas com hipertensão arterial foram avaliados como regular, apresentando principais barreiras referente a aspectos geográficos e organizacionais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde. Enfermagem. Estratégia Saúde da Família. Saúde do adulto. Hipertensão.

ABSTRACT

Objective: To analyze the satisfaction about the accessibility to the treatment of people with hypertension accompanied by the Family Health Strategy.

Method: Cross-sectional study, conducted with 417 people living in a city in the state of Paraná, Brazil. The data collection was performed between February and June of 2016, using a satisfaction instrument regarding the services provided by the Primary Health Care, using issues related to treatment accessibility. A descriptive and inferential analysis to treat the variables was adopted.

Results: 417 people participated in the study, from which 62.4% were elderly, 67.8% were female and 55.2% were retired/pensioners. The economic accessibility was the best evaluated indicator. The regular evaluation of the services characteristic of the geographical and organizational accessibility was significantly associated to the inadequate monitoring of these users in the Family Health Strategy.

Conclusion: The services offered to people with arterial hypertension were evaluated as regular, presenting the main barriers related to geographical and organizational aspects.

Keywords: Primary Health Care. Health services research. Nursing. Family Health Strategy. Adult health. Hypertension.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la satisfacción acerca de la accesibilidad al tratamiento de personas con hipertensión arterial acompañadas por la Estrategia de Salud de la Familia.

Método: Estudio transversal, realizado con 417 personas residentes en un municipio del estado de Paraná, Brasil. Se realizó la recolección de datos entre febrero y junio de 2016, utilizando instrumento de satisfacción con servicios prestados por la Atención Primaria a la Salud, empleando cuestiones referentes a la accesibilidad al tratamiento. Se adoptó el análisis descriptivo e inferencial para el tratamiento de las variables.

Resultados: Participaron del estudio 417 personas, en las que el 62,4% eran ancianos, el 67,8% del sexo femenino y el 55,2% jubilados/pensionistas. La accesibilidad económica fue el indicador mejor evaluado. La evaluación regular de los servicios característicos de la accesibilidad geográfica y organizacional fue significativamente asociada al seguimiento inadecuado de estos usuarios en la Estrategia de Salud de la Familia.

Conclusión: Los servicios ofrecidos a las personas con hipertensión arterial fueron evaluados como regular, presentando principales barreras referentes a aspectos geográficos y organizacionales.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Investigación en servicios de salud. Enfermería. Estrategia de Salud Familiar. Salud del adulto. Hipertensión.

^a Universidade Estadual de Maringá (UEM). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

^b Universidade Estadual de Londrina (UEL). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Londrina, Paraná, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem como desafios para a saúde pública no mundo devido a sua alta prevalência de óbitos e de incapacidade física, acarretando grandes custos aos serviços de saúde por hospitalizações decorrentes das complicações destas doenças. Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) são mais prevalentes, sendo a hipertensão arterial (HA) responsável por 63% de um total de 38 milhões de óbitos em todo mundo. No Brasil, a prevalência dessa morbidade na população adulta é em média 20%⁽¹⁻²⁾.

De origem multifatorial, a HA possui tratamento específico e que necessita de avaliação constante, com ações para que o controle pressórico e sintomático da doença seja resolutivo. Nesse aspecto, estratégias de cuidado a morbidade são criadas e recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) e por outros órgãos públicos de diversos países, responsáveis pela promoção à saúde e prevenção de agravos, uma vez que, na maioria dos casos, a HA pode ser diagnosticada e tratada pela rede de Atenção Primária à Saúde (APS)⁽²⁻³⁾.

No Brasil, os serviços de saúde característicos da APS estão em grande crescimento desde a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que objetiva assegurar atendimento a toda a população, reduzindo as desigualdades de acesso⁽³⁾. Além disso, a ESF favorece a expansão e consolidação da APS sendo porta de entrada para o diagnóstico das necessidades de saúde e responsável por integralizar as ações de saúde e o acesso à continuidade terapêutica, com manejo das ações em saúde pautados na resolutividade das necessidades de saúde da população⁽⁴⁻⁵⁾.

Para o cuidado à pessoa com HA, o MS preconiza a adoção de estratégias, principalmente de caráter educativo, com esquemas terapêuticos baseados em consultas e ações equitativas realizadas pelos profissionais de saúde⁽⁵⁾. Estas ações podem potencializar a acessibilidade ao tratamento da doença, estimular a participação do usuário no controle dos agravos à saúde, de acordo com a dinâmica organizacional, econômica e geográfica estabelecida pela gestão de saúde dos municípios⁽⁶⁻⁷⁾.

A avaliação da satisfação com os serviços de saúde é crescente no país e pode proporcionar indicadores para a elaboração de novas políticas públicas e a qualificação das existentes, colocando em prática as diretrizes da APS, centrados na atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, competência cultural, orientação comunitária e familiar⁽³⁻⁴⁾. A participação do usuário na avaliação dos serviços pode favorecer a compreensão das diferentes óticas dos envolvidos que per-

meiam o serviço, incorporando-as nas decisões e planejamento de plano de cuidados⁽⁷⁾, baseado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de atendimento universal, integral e equitativo^(2,6).

Diante do exposto, visando as necessidades das pessoas em tratamento da doença frente aos serviços ofertados pela ESF e os pressupostos da APS, questiona-se: qual o nível de satisfação ao tratamento de pessoas com HA acompanhadas pela ESF? Assim, este estudo teve como objetivo analisar a satisfação acerca da acessibilidade ao tratamento de pessoas com HA acompanhadas pela ESF.

■ MÉTODO

Estudo transversal, realizado com pessoas em tratamento da HA, cadastrados em 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e acompanhados por 74 equipes da ESF, com cobertura populacional de 68,01%⁽⁸⁾, em um município localizado na região noroeste do estado do Paraná, Brasil.

Utilizou-se como critérios de inclusão, ter idade igual ou superior a 18 anos, residentes na área urbana do município, estar cadastrado no programa HIPERDIA e ter sido atendidos por profissionais de saúde das (UBS) nos últimos seis meses que antecedeu o início da coleta de dados. O critério de exclusão adotado foi estar gestante no momento das entrevistas, por ser acompanhadas por outro programa, desvinculando-se do HIPERDIA e devido a necessidade de coleta de dados referentes a variáveis antropométricas.

Para a definição do tamanho amostral considerou-se o número total de 27.741 indivíduos cadastrados no programa HIPERDIA até o ano de 2014, com erro de estimativa de 5% e 95% de intervalo de confiança e acrescido de mais 15% para possíveis perdas, resultando em 437 indivíduos. Para a seleção dos participantes, utilizou-se o processo de amostragem aleatória simples e posteriormente foram estratificadas de acordo com o número de atendidos em cada UBS do município. Considerando as perdas, por motivos de falecimento ou mudança de endereço e as recusas, a amostra final do estudo foi de 417 pessoas.

A etapa da coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro a junho de 2016, durante o horário de funcionamento das UBS e das reuniões de grupo de pessoas pertencentes ao programa HIPERDIA, por meio de entrevista individual. Participaram da coleta de dados o autor principal deste estudo e três enfermeiras vinculadas a um programa de pós-graduação.

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados, que passaram pelo teste piloto para averiguar a necessidade de adaptação a população estudada, não sendo

necessário correções quanto a estrutura de ambos. O primeiro instrumento refere-se à avaliação da classe econômica, classificando o poder de compra do indivíduo e sua família⁽⁹⁾, agrupados neste estudo em AB, C e DE.

O segundo instrumento avaliou a satisfação com os serviços prestados pela APS, este foi adaptado e validado por Paes⁽¹⁰⁾, em duas cidades do estado da Paraíba. Baseado no *Primary Care Assessment Tool (PCAtool)*, de acordo com os pressupostos de Starfield⁽¹¹⁾. Este instrumento contempla questões referente a identificação, perfil sociodemográfico, dados antropométricos, presença de doenças concomitantes e associadas a complicações relacionados a HA e atributos referentes a APS, sendo: acessibilidade ao tratamento, adesão/vínculo, elenco de serviços, coordenação do cuidado, enfoque familiar e orientação a comunidade e que podem ser avaliados separadamente ou em conjunto.

Devido a extensão do instrumento, para este estudo, foi avaliado o domínio acessibilidade ao tratamento da HA, (acessibilidade geográfica, econômica e organizacional) e 13 variáveis que o compõe. A acessibilidade geográfica foi caracterizada por questões relacionada à distância média entre a população e as UBS que ofertam os serviços de saúde. A acessibilidade econômica estabelece relacionamento entre a utilização de recursos financeiros para obter a assistência ao tratamento como também, prejuízo por perda do dia de trabalho. A acessibilidade organizacional representa as barreiras de origem interna dos serviços, relacionados ao modo de como os profissionais se organizam e estabelecem os atendimentos.

Cada variável foi composta por perguntas com respostas correspondentes a uma escala Likert, atribuindo-se valores entre um e cinco para as respostas “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, além das opções “não se aplica” e “não sabe/ não respondeu” para viabilizar todas as possibilidades de resposta⁽¹⁰⁾. Além disso, foi utilizado dados referentes ao valor pressórico e adequado acompanhamento pelas equipes da ESF, para caracterização dos indivíduos investigados.

Utilizou-se os valores pressóricos aferidos durante o procedimento de coleta de dados, com equipamentos devidamente revisados e calibrados. Os valores foram codificados em “Controle Pressórico Inadequado” quando os valores de pressão arterial sistólica (PAS) \leq a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) \geq a 90mmHg, considerando os critérios da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial⁽¹²⁾.

Para analisar a adequação quanto o acompanhamento pelas equipes da ESF, foram analisados os prontuários eletrônicos após a realização das entrevistas ou em dias previamente agendados, conforme a disponibilidade do enfermeiro responsável pela equipe. Para a classificação do

acompanhamento, foi considerado os critérios propostos pelo Ministério da Saúde⁽⁷⁾, que estabelece acompanhamento regular aquele que comparece a UBS por no mínimo três vezes ao ano, com valores pressóricos aferidos e registrados no prontuário. Para este estudo, foi avaliado o período referente ao ano de 2015.

Os dados foram tabulados duplamente na planilha eletrônica Microsoft Office Excel 2013 e os procedimentos de análise estatística foram realizados no software IBM SPSS versão 19.0. Utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis, para análise de variância e a obtenção da média, índice de confiança a 95% e desvio padrão dos escores dos indicadores. Posteriormente foram classificados a partir do ponto de corte das médias dado pelo teste, dividindo em satisfatório (≥ 4), regular (< 4 e ≥ 3) e insatisfatório (< 3), conforme estudo realizado pelos autores do instrumento⁽²⁾.

Para a associação, foi utilizado o modelo de regressão logística, com o método Forward, considerando as variáveis que resultaram o valor de $p < 0,20$ na análise bruta. A magnitude das associações foi estimada pelo cálculo de *Odds Ratio* (OR), adotando o intervalo de confiança de 95% como medida de precisão, considerando o valor de $p < 0,05$ entre os testes realizados. As variáveis utilizadas foram à classificação da média da avaliação dos indicadores de acessibilidade e o resultado categorizado dos valores da pressão arterial aferidos nas entrevistas com o acompanhamento resultante da análise dos prontuários dos participantes do estudo.

Essa pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto recebeu parecer favorável do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme parecer n. 1.407.687/2016, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 47380215.6.0000.0104 e autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município de referência. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias por todos os participantes da pesquisa.

■ RESULTADOS

Participaram do estudo 417 pessoas com HA, vinculadas a 34 UBS e acompanhadas pela APS. A maioria dos participantes foi de pessoas idosa (62,4%), do sexo feminino (67,9%), da cor branca (62,3%), que possuía até o ensino fundamental (61,1%) e pertencia à classificação econômica extrato C (43,9%). Dos entrevistados, 62,8% foram classificados como acompanhamento adequado e 53,7% apresentaram adequação quanto o valor pressórico (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de pessoas com hipertensão arterial, usuários da Estratégia Saúde da Família (n=417). Paraná, Brasil, 2016

	N (%)
Faixa Etária	
20 - 29	15 (3,6)
30 - 39	25 (6,0)
40 - 49	37 (8,9)
50 - 59	80 (19,2)
60 - 69	127 (30,5)
≥ 70	133 (31,9)
Sexo	
Masculino	134 (32,1)
Feminino	283 (67,9)
Escolaridade	
Sem Escolaridade	32 (7,7)
Ensino Fundamental	255 (61,1)
Ensino Médio	107 (25,7)
Ensino Superior	23 (5,5)
Raça/Cor	
Branco	260 (62,3)
Preto	65 (15,6)
Pardo	92 (22,1)
Acompanhamento na ESF (2015)	
Adequado	262 (62,8)
Inadequado	155 (37,2)
Controle Pressórico	
Adequado	224 (53,7)
Inadequado	193 (46,3)
Classe Econômica	
AB	148 (35,5)
C	183 (43,9)
DE	86 (20,6)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

ESF: Estratégia Saúde da Família; Controle Pressórico Adequado: níveis pressóricos ≤ 140/90mmHg; Acompanhamento Inadequado na ESF: menos de três consultas anuais, considerando o ano de 2015 como base.

Na Tabela 2 observa-se que na dimensão geográfica, a necessidade de utilização de transporte para locomoção até a UBS obteve a menor média (3,86±1,48), que refletiu na avaliação da dimensão econômica, em que a questão obteve menor escore (4,04±1,39). Em relação a acessibilidade organizacional, a questão com maior pontuação foi à disponibilidade e entrega de medicamentos desde que foi diagnosticado com a morbidade (4,56±0,95). No entanto, as visitas domiciliares (3,72±1,39) e a espera por mais de 60 minutos pela consulta (3,73±1,51) receberam a menor avaliação (Tabela 2).

A classificação geral dos indicadores e avaliado a respectiva média pode ser observada na Tabela 3. O indicador de acessibilidade econômica foi o melhor, seguido da acessibilidade organizacional. A média geral do atributo também resultou em maioria pela avaliação satisfatória. Na análise multivariada, os usuários classificados com acompanhamento inadequado possuem chance de 1,96 vezes (IC95%: 1,23-3,10) de avaliar a acessibilidade organizacional como regular e chance de 1,46 vezes (IC95%: 1,27-1,78) de avaliar os serviços característicos da acessibilidade geográfica como regular.

Tabela 2 - Indicadores de acessibilidade pelos usuários com hipertensão arterial da Estratégia Saúde da Família (n=417). Paraná, Brasil, 2016

Acessibilidade	Média	DP	IC 95%
Geográfica			
Quando o (a) Sr. (a) vai a UBS para consultar seu problema de HA precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?	3,86	1,48	3,72 - 4,01
O (a) Sr. (a) faz o tratamento da HA no serviço de saúde mais próxima da sua casa?	4,29	1,14	4,18 - 4,40
O (a) Sr. (a) tem dificuldade para se deslocar até a UBS para ser consultado?	4,00	1,40	3,86 - 4,13
Índice Composto	4,05	1,34	3,72 - 4,13
Econômica			
Quando o (a) Sr. (a) vai a UBS para consultar seu problema de HA, perde seu turno de trabalho ou compromisso?	4,32	1,31	4,19 - 4,44
Quando o (a) Sr. (a) vai a UBS para consultar, paga pelo transporte?	4,04	1,39	3,91 - 4,18
Índice Composto	4,18	1,35	3,91 - 4,44
Organizacional			
Se o (a) Sr. (a) passar mal por causa da medicação ou da HA, consegue uma consulta no prazo de 24hs na UBS de saúde que faz tratamento?	4,05	1,27	3,92 - 4,17
Os profissionais da UBS que acompanham seu tratamento de HA costumam visitá-lo em sua moradia?	3,72	1,39	3,59 - 3,83
Desde quando iniciou o seu tratamento para HA faltou medicamento?	4,56	0,95	4,47 - 4,66
Quando o (a) Sr. (a) vai a UBS para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?	3,76	1,51	3,61 - 3,90
O (A) Sr. (a) consegue realizar exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?	4,29	1,18	4,17 - 4,40
O (a) Sr. (a) consegue no período de 10 dias receber os resultados dos exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?	4,12	1,23	4,00 - 4,24
O (a) Sr. (a) encontra um profissional na UBS para atendê-lo em todos os dias úteis da semana?	4,14	1,21	4,02 - 4,26
É agendada a sua consulta de retorno?	3,78	1,40	3,65 - 3,92
Índice Composto	4,05	1,10	3,59 - 4,66

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

DP: Desvio Padrão; IC95%: Índice de Confiança; UBS: Unidade Básica de Saúde; HA: Hipertensão Arterial; Índice Composto: média das questões referente a acessibilidade geográfica, econômica e organizacional.

Tabela 3 - Avaliação dos indicadores da acessibilidade ao tratamento pelos usuários com hipertensão arterial da Estratégia Saúde da Família (n=417). Paraná, Brasil, 2016

Acessibilidade Organizacional	Total	Acompanhamento		Análise Univariada			Análise Multivariada		
	N (%)	Adequado	Inadequado	OD	IC 95%	P	OD	IC 95%	P
Satisfatório	269 (64,5)	179	90	1			1		
Insatisfatório	29 (7,0)	19	10	1,04	0,46-2,34	0,912	1,08	0,46-2,48	0,856
Regular	119 (28,5)	64	55	1,70	1,10-2,65	0,017*	1,96	1,23-3,10	0,004

	Total	Acompanhamento		Análise Univariada			Análise Multivariada		
	N (%)	Adequado	Inadequado	OD	IC 95%	P	OD	IC 95%	P
Acessibilidade Econômica									
Satisfatório	259 (62,1)	154	105	1					
Insatisfatório	61 (14,7)	37	24	0,97	0,50-1,89	0,95			
Regular	97 (23,2)	71	26	0,86	0,48-1,54	0,629			
Acessibilidade Geográfica									
Satisfatório	313 (75,1)	195	118	1			1		
Insatisfatório	43 (10,2)	27	16	0,95	0,53-1,98	0,864	0,97	0,48-1,58	0,656
Regular	61 (14,7)	40	21	1,53	1,32-2,89	0,019*	1,46	1,27-1,78	0,014
Acessibilidade Composto									
Satisfatório	268 (64,3)	164	104	1					
Insatisfatório	44 (10,6)	28	16	0,9	0,46-1,74	0,758			
Regular	105 (25,2)	70	35	0,78	0,49-1,26	0,326			
Controle Pressórico									
Adequado	224 (53,7)	139	85	1					
Inadequado [†]	193 (46,3)	123	70	0,93	0,62-1,38	0,931			

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

OD: Odds Ratio; IC95%: Índice de Confiança; Classificação: satisfatório (≥ 4), regular (< 4 e ≥ 3) e insatisfatório (< 3); *p < 0,20; [†]PAS ≤ a 140 mmHg e PAD ≥ a 90mmHg; Acessibilidade Composto: média das questões referente a acessibilidade geográfica, econômica e organizacional.

DISCUSSÃO

A acessibilidade geográfica apresentou resultados satisfatórios em mais da metade dos entrevistados, corroborando com estudo realizado com pessoas de características semelhantes, residentes em um município do nordeste brasileiro⁽¹³⁾. No entanto, a análise multivariada demonstrou que as pessoas com acompanhamento inadequado possuem mais chances de avaliar a acessibilidade geográfica como regular.

A necessidade de utilização de transporte para locomoção até a UBS foi o atributo pior avaliado, seguido da dificuldade de deslocamento dos usuários até o serviço. Estes resultados podem ser explicados pela maioria dos participantes ser idoso, uma vez que a prevalência de doenças crônicas tende a se elevar com o envelhecimento, havendo necessidade de adoção de políticas públicas, pelo sistema de saúde, devido ao impacto da morbidade e suas complicações, quando relacionadas à dificuldade de locomoção e na resolutividade do tratamento⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Reitera-se que a avaliação satisfatória sobre a acessibilidade geográfica, relacionada ao tratamento mais próximo a sua residência, fortalece a APS como porta de entrada prioritária, certificando as diretrizes da ESF em demarcar os limites da área geográfica para a oferta e atuação das equipes de saúde, de reconhecer a comunidade e definir

a cobertura da população residente na área de atuação das equipes⁽²⁾. Tal fato também pode explicar a avaliação satisfatória da acessibilidade econômica, em que não foi encontrado resultado significativo quando associado ao acompanhamento inadequado dos entrevistados nos serviços de saúde.

O resultado positivo do indicador de acessibilidade econômica também revela o cenário evolutivo dos serviços de saúde, com ações ofertadas em regiões periféricas, distante das áreas centrais da cidade e que aponta esta descentralização como facilitador ao tratamento, com equipe de saúde mais flexível às peculiaridades dos usuários, de acordo com sua condição social e econômica, com compreensão das suas necessidades de saúde^(2-3,14).

A satisfação dos usuários com a acessibilidade econômica não garante que os resultados dos serviços sejam eficazes na continuidade do tratamento e no controle pressórico da população. Apesar da classificação adequada de grande parte dos entrevistados, é importante considerar e analisar a falta de assiduidade entre os demais, visto a necessidade de continuidade de terapêutica, tendo em vista a redução de complicações da doença^(5,14).

Na avaliação da acessibilidade organizacional, o indicador referente à utilização de medicamentos para tratamento e controle da doença foi o melhor avaliado e assemelha-se a resultado de estudo⁽²⁾ realizado no estado da Paraíba, que

apontou a entrega de medicações como ação prioritária, sendo este indicativo preconizado pelo Ministério da Saúde⁽⁷⁾.

A frequência das visitas domiciliares foi um dos indicadores de acessibilidade organizacional com pior avaliação, sendo classificado como regular, assemelhando a estudo também realizado com pessoas em tratamento da HA na ESF⁽²⁾. Considerando a promoção da saúde, como enfoque do modelo de atenção à saúde no Brasil, as abordagens para mudança de comportamento e incentivo a adoção as práticas de autocuidado, necessita romper o modelo hegemônico, centrado na doença, para o reconhecimento mais amplo das necessidades das pessoas^(5,15). Entretanto, os profissionais de saúde podem utilizar as visitas domiciliares para compreender como as pessoas cuidam de si e de sua família e como esse conhecimento sobre cuidado interfere no processo de adesão ao tratamento medicamentoso⁽⁵⁾.

Estudo realizado com os profissionais da saúde evidenciou a baixa adesão as visitas domiciliares, como também, a ausência de plano de cuidado para a família da pessoa com HA, sendo a escassez de materiais e de transporte para locomoção dos profissionais até as residências, os principais fatores que impedem a realização das visitas⁽³⁾. Esta situação poderá potencializar a probabilidade de exposição desses indivíduos a vulnerabilidade social e ao agravamento das complicações, resultantes da cronicidade da doença⁽⁵⁾.

Cabe ressaltar, que a avaliação da acessibilidade ao tratamento, sob a ótica abrangente, que envolve o indivíduo e sua rede social, pode oportunizar os resultados positivos das ações que são realizadas pelos profissionais. Em estudo de intervenção⁽¹⁵⁾, realizado com pessoas em tratamento da HA, os autores concluíram que seguir as orientações dos profissionais de saúde promovia autonomia das pessoas, de acordo com adequado acolhimento, reconhecimento e discussão de um melhor plano de cuidado para o usuário.

A avaliação regular referente a espera por mais de 60 minutos para ser atendido, corrobora com outras pesquisas, mostrando resultados insatisfatório referente a questão da espera e da fragilidade do acolhimento⁽²⁻⁴⁾. O acolhimento é uma estratégia para resolutividade da situação de saúde das pessoas, visto a redução das filas para consulta, de acordo com planejamento dos profissionais de saúde para atendimento da demanda, de caráter humanizado, com ofertas de serviço mais eficazes⁽¹⁶⁾.

A continuidade do acesso favorece a redução de custos e de atendimento desnecessário em Serviços de Urgência, uma vez que a possibilidade da criação do vínculo dos usuários com os profissionais fortalece a adesão ao tratamento. A fragmentação dos serviços realizados nas UBS pode provocar a desorganização na atenção à demanda, principalmente quando há demora no atendimento, indisponi-

bilidade de consultas e horários de atendimento que não são favoráveis à dinâmica habitual do usuário⁽⁴⁾.

Estudo realizado nos Estados Unidos verificou a efetividade de intervenções junto aos profissionais para melhoria do acesso dos usuários aos serviços prestados, com redução de filas e de resultados resolutivos as necessidades das pessoas. O estudo concluiu que a alocação de usuários com consultas pré-agendadas nos primeiros horários do turno de trabalho possibilita o atendimento a comunidade que compõe a demanda de serviços⁽¹⁷⁾.

Quanto às consultas de enfermagem, estudo observacional realizado junto a 27 UBS, de 10 estados brasileiros, revelou que o tempo gasto pelos profissionais de saúde em consultas assistenciais a pacientes está de acordo com o preconizado pelo MS, porém, a necessidade de resolução de problemas burocráticos e de tempo dedicado a preenchimentos de relatórios e documentos, resulta em uma menor disponibilidade para a assistência. O estudo conclui que há necessidade de redimensionamento dos serviços de saúde prestados e de políticas públicas para a área de recursos humanos⁽¹⁸⁾.

Identificou-se um grande número de indivíduos com inadequação dos valores pressóricos e acompanhamento regular pelas equipes da ESF. Tal fato é preocupante, pois se reitera que a manutenção pressórica e o bom estado de saúde do indivíduo com HA, que pode apresentar muitas complicações de acordo com sua cronicidade, não pode ser conduzido somente com a distribuição de medicamentos⁽¹¹⁾, que foi um dos indicadores com melhor avaliação neste estudo.

Não obstante, a adequação da oferta de serviços estabelece ainda o agendamento de retorno destes usuários até a UBS para favorecer o acesso contínuo ao tratamento e que também apresentou avaliação regular nesta pesquisa. Em estudo realizado com profissionais de saúde no estado do Paraná⁽³⁾, identificou-se que não era realizado controle e busca ativa de usuários faltosos nas reuniões de grupo de HIPERDIA e nem realizado agendamento periódico de consultas de retorno. Sendo assim, é possível compreender que a dificuldade na adequação dos serviços é relacionada principalmente a organização dos profissionais, uma vez que não é um problema comum de todas as UBS em que a pesquisa foi desenvolvida.

Resultados de um estudo de metanálise⁽¹⁹⁾, em que a maioria dos indivíduos eram asiáticos, revelou que a HA primária, com medida terapêutica pautada em mudanças nos hábitos de vida, estava significativamente associada a mortalidade quando comparada a pessoas que apresentavam valores de pressão arterial acima dos níveis normais. O estudo afirmou ainda que os profissionais de saúde res-

ponsáveis pelo atendimento primário devem estar atentos ao diagnóstico correto, melhor escolha terapêutica e ao acompanhamento as pessoas com HA⁽¹⁹⁾.

Estudo realizado com profissionais de saúde revelou que a consulta de enfermagem não era realizada por mais de 68% dos entrevistados e a decisão do esquema terapêutico não tinha participação de quase 94% dos indivíduos investigados⁽³⁾. De acordo com o MS, as consultas as pessoas com HA podem ser realizadas pelo enfermeiro e posteriormente pelo médico⁽⁷⁾ e que também é recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)⁽¹¹⁾, como método oportuno para melhor controle e prevenção de agravos causados pela cronicidade da doença. Estes dados podem justificar a avaliação regular pelos entrevistados classificados com acompanhamento inadequado quanto a acessibilidade organizacional ao tratamento da morbidade.

Desta forma, atenta-se para que a capacitação profissional seja um instrumento de melhoria dos serviços prestados à população, a partir de uma equipe de saúde preparada para atender as necessidades em saúde de forma equitativa, resolutiva, com processo de trabalho de acordo com a demanda de serviços. Salienta-se ainda que a capacitação profissional é uma recomendação do MS⁽⁷⁾.

O atendimento inadequado ou ineficaz pode ser um fator contribuinte para o tratamento não resolutivo, com baixa adesão a terapia medicamentosa, não apenas da HA, mas de diversas doenças, principalmente as crônicas e degenerativas. Concernente a profissionais capacitados, motivados, as utilizações dos serviços prestados pela APS podem ser medidas decisórias para melhoria da qualidade da assistência e de saúde da comunidade⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Diante desse contexto, esse estudo retrata um tema importante para o SUS, evidenciando problemas que podem ser solucionados quando é dado real valor a satisfação de quem é atendido pelos serviços. O estudo também sinaliza importantes avanços na assistência prestada a pessoas com HA, potencializando a compreensão dos profissionais de saúde, em destaque o enfermeiro, sobre a necessidade de acompanhamento destas pessoas e de facilidade ao tratamento, promovendo adesão e vínculo a terapêutica de escolha.

■ CONCLUSÃO

De acordo com os resultados da análise da satisfação de pessoas com hipertensão arterial acerca da acessibilidade ao tratamento e associados ao acompanhamento realizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, pôde-se observar que a maioria das pessoas com HA, cadastradas no programa HIPERDIA e acompanhadas pela ESF avaliaram satisfatoriamente os serviços referentes ao atributo.

No que tange a acessibilidade geográfica e econômica, a maioria dos entrevistados avaliaram de forma satisfatória, diferenciando-se da acessibilidade organizacional, em que a falta de visitas domiciliares foi um dos indicadores com avaliação regular pelos entrevistados. Estes resultados podem favorecer a discussão mais aprofundada entre as equipes de ESF e gestores para a criação de novas estratégias de oferta de serviços para atender a demanda, visando à redução de filas de espera.

O estudo limita-se nas variáveis referentes aos prontuários eletrônicos em que se encontrou dificuldade em identificar os registros de atendimento, visto que muitas equipes ainda utilizam o modelo de prontuário impresso, potencializando a necessidade de capacitação profissional, considerando as inovações tecnológicas que surgem para auxiliar a assistência.

No que tange implicações ao ensino, o estudo aponta necessidades no melhor preparo dos futuros profissionais para assistência integral e resolutiva, de forma equânime, com conhecimento da realidade de cada indivíduo e da comunidade em que está inserido. Quanto às contribuições para a assistência, os achados deste estudo podem contribuir com a organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem, propiciando a revisão e o manejo das ações assistenciais em saúde, que são implementadas as pessoas com hipertensão arterial, para um atendimento resolutivo e que contribua para qualidade de vida da população.

Ressalta-se a importância de novos estudos para identificar, de forma avaliativa, o processo de trabalho entre as equipes, para a compreensão de como são realizadas as discussões e estudo de caso, principalmente dos usuários com HA e identificar maneiras de reduzir as iniquidades da assistência, promovendo melhor condição de trabalho aos profissionais e qualidade assistencial a população, aderente aos serviços da APS.

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (CH). A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: world health day 2013. Geneva: WHO; 2013 [cited 2017 Oct 8] Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf.
2. Melo ECA, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Paes NA. Accessibility of users with hypertension in the family health strategy. Esc Anna Nery. 2015 [cited 2017 Sep 01];19(1):124-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0124.pdf.
3. Silva RLDT, Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS. Evaluation of the care program implementation to people with high blood pressure. Rev Bras Enferm. 2016 [cited 2017 Sep 01];69(1):71-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0079.pdf.

4. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima RCD, Maciel ELN. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015 [cited 2017 Sep 21];23(3):553-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/0104-1169-rlae-0496-2587.pdf>.
5. Silva JVM, Mantovani MF, Kalinke LP, Ulbrich EM. Hypertension and diabetes mellitus program evaluation on user's view. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):626-32. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680408i>.
6. Rêgo AS. Avaliação da satisfação de pessoas com hipertensão arterial usuárias dos serviços da atenção primária à saúde [dissertação]. Maringá (PR): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2017.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
8. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2017 set 19]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
9. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: ABEP, 2016 [citado 2017 set 09]. Disponível em: <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=09>.
10. Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Lima JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev Panam Salud Publica*. 2014 [citado 2017 jul 14];36(2):87-93. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v36n2/87-93/>.
11. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
12. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7th Brazilian guideline of arterial hypertension. *Arq Bras Cardiol*. 2016 [cited 2018 Jun 07];107(3 Suppl. 3):1-83. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL_INGLES.pdf.
13. Girão ALA, Freitas CHA. Hypertensive patients in primary health care: access, connection and care involved in spontaneous demands. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(2) e60015. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.60015>.
14. Melo ECA, Figueiredo, TMRM, Cardoso MAA, Paes NA. Acessibilidade geográfica e econômica na Estratégia Saúde da Família: avaliação da satisfação por usuários com hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2013 [citado 2018 jun 07];15(1):37-47. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/7597/5261>.
15. Radovanovic CAT, Bevilacqua CA, Molena-Fernandes CA, Marcon SS. Multi-professional intervention in adults with arterial hypertension: a randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1005-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0320>.
16. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014 [citado 2018 jun 07];35(2):144-9. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n2/144-149/pt>.
17. Balasubramanian H, Biehl S, Dai L, Muriel A. Dynamic allocation of same-day requests in multi-physician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. *Health Care Manag Sci*. 2014;(17):31-48. doi: <https://doi.org/10.1007/s10729-013-9242-2>.
18. Bonfim D, Fugulin FMT, Laus AM, Peduzzi M, Gaidzinski RR. Time standards of nursing in the Family Health Strategy: an observational study. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):118-26. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100016>.
19. Sundstrom J, Arima H, Jackson R, Turbull RK, Chalmers J et al. Effects of blood pressure reduction in mild hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2015;162(3):184-91. doi: <https://doi.org/10.7326/M14-0773>.
20. Hussain MA, Mamun AA, Reid C, Huxley RR. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Indonesian adults aged ≥ 40 years: findings from the Indonesia Family Life Survey (IFLS). *PLoS One*. 2016;11(8):1-16. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160922>.

Financiamento:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

■ Autor correspondente:

Anderson da Silva Rêgo

E-mail: anderson.dsre@hotmail.com

Recebido: 19.03.2018

Aprovado: 31.07.2018