

Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família

Accessibility of users with hypertension in the family health strategy

La accesibilidad de los usuarios con hipertensión arterial sistémica en la estrategia de salud de la familia

Erik Cristóvão Araújo de Melo¹
Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo²
Maria Aparecida Alves Cardoso²
Neir Antunes Paes³

1. Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande - PB, Brasil.
2. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande - PB, Brasil.
3. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa - PB, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a acessibilidade dos usuários hipertensos na estratégia de saúde da família no Município de Campina Grande/PB. **Métodos:** É um estudo transversal e descritivo, realizado com a população de hipertensos cadastrados no HiperDia (n = 17.658) a partir de uma amostra de 382 usuários. Foi utilizado um instrumento adaptado por Paes do instrumento validado para avaliar a atenção para a tuberculose proposto por Villa e Ruffino-Neto. **Resultados:** Obtiveram-se resultados satisfatórios referentes à acessibilidade geográfica: 4,10 (IC 95% [3,56-4,65]; DP: 0,518) e econômica: 4,10 (IC 95% [3,56-4,65]; DP: 0,518). Quanto à acessibilidade organizacional: 3,46 (IC 95% [2,70-4,22]; DP: 0,724) e sócio-cultural: 3,42 (IC 95% [2,79-4,05]; DP: 1,090), obteve-se resultados regulares. **Conclusão:** De acordo com a satisfação dos usuários hipertensos o Município de Campina Grande/PB proporcionou acesso à estratégia saúde da família sem barreiras geográficas e econômicas, porém apresentou problemas em relação aos aspectos organizacionais e sócio-culturais.

Palavras-chave: Hipertensão; Acessibilidade aos serviços de saúde; Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the accessibility of hypertensive patients in the Family Health Strategy in Campina Grande/PB. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study, conducted with the hypertensive population enrolled in HiperDia (n = 17,658) from a sample of 382 users. An instrument adapted by Paes of the validated instrument to assess attention to TB proposed by Villa and Ruffino-Neto was used. **Results:** It was obtained satisfactory results regarding the geographical accessibility: 4.10 (CI 95% [3.56 to 4.65], SD = 0.518) and economic: 4.10 (CI 95% [3.56 to 4.65], SD = 0.518). As for organizational accessibility: 3.46 (CI 95% [2.70 to 4.22], SD = 0.724) and socio-cultural: 3.42 (CI 95% [2.79 to 4.05], SD = 1.090), regular results were obtained. **Conclusion:** According to the satisfaction of the hypertensive patients in Campina Grande/PB provided access to family health strategy without geographic and economic barriers, but there were problems with the organizational and socio-cultural aspects.

Keywords: Hypertension; Accessibility to health services; Health services evaluation.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la accesibilidad de los pacientes hipertensos en la Estrategia Salud de la Familia, en Campina Grande/PB. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, realizado con la población de hipertensos inscritos en el HiperDia (n = 17.658) de una muestra de 382 usuarios. Se utilizó un instrumento adaptado por Paes, instrumento validado para evaluar la atención a la tuberculosis, propuesto por Villa y Ruffino-Neto. **Resultados:** Los resultados obtenidos fueron satisfactorios en cuanto a la accesibilidad geográfica: 4,10 (IC 95% [3,56-4,65], DE = 0,518) y económica: 4,10 (IC 95% [3,56-4,65], DE = 0,518). En cuanto a la accesibilidad organizacional: 3,46 (IC 95% [2,70-4,22], DE = 0,724) y socio-cultural: 3,42 (IC 95% [2,79-4,05], DE = 1,090), fueron detectados resultados regulares. **Conclusión:** De acuerdo con la satisfacción de los usuarios hipertensos, el municipio de Campina Grande les garantiza buen acceso a la estrategia de Salud de la Familia, sin barreras geográficas o económicas. Sin embargo, ha presentado problemas en los aspectos organizacionales y socioculturales.

Palabras-clave: Hipertensión; Accesibilidad a los servicios de salud; Evaluación de servicios de salud.

Autor correspondente:

Erik Cristóvão Araújo de Melo.
E-mail: erikcristovao@hotmail.com

Recebido em 20/06/2013.
Aprovado em 19/05/2014.

DOI: 10.5935/1414-8145.20150017

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das afecções mais comuns do mundo moderno e atinge, em média, 15% a 20% da população adulta. No Brasil, existem aproximadamente 17 milhões de doentes com hipertensão arterial; 35% da população superior a 40 anos. A carga de doenças representada pela morbi-mortalidade desta entidade clínica é muito alta e, por isso está sendo tratada como um problema grave de saúde pública em todo mundo por sua magnitude, risco e dificuldade de controle^{1,2}.

A região Nordeste é responsável por 31,8% dos indivíduos com hipertensão arterial, tendo a cidade do Recife/PE na liderança do ranking com mais de 29% da população vítima da doença. Na lista, também, figuram João Pessoa/PB (23,9% da população), Salvador/BA (23,4%), Natal/RN (22,6%) e Aracaju/SE (21,4%)³.

Para obter sucesso na diminuição destes indicadores e da morbi-mortalidade da HAS, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus*, operacionalizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), tem papel fundamental, necessitando da utilização de mecanismos que tenham como objetivo a colocação em prática dos princípios e diretrizes fundamentais para a implantação de um sistema universal, integral e unânime a toda a população⁴.

Nesse sentido, a acessibilidade aos serviços de saúde contribui para este sucesso, compreendendo um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, explicando as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais e representando uma dimensão importante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde⁵.

Considerando a escassez de estudos no avanço do conhecimento relacionados à avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde e, em especial, na região Nordeste e, a assistência voltada para a HAS na ESF, objetivou-se avaliar a acessibilidade dos usuários hipertensos à Estratégia Saúde da Família (ESF) no Município de Campina Grande/PB.

MÉTODOS

Estudo transversal, de caráter descritivo, de avaliação de serviços de saúde. Realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), no período de agosto de 2009 a março de 2010. O Município de Campina Grande/PB, foi um dos pioneiros na implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no ano de 1994, com cinco equipes, ocorrendo o processo de implantação, chegando, em 2011, a 92 equipes, totalizando 85% de cobertura populacional.

A população alvo foi de hipertensos cadastrados no Sistema de Informação HiperDia (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) nos anos de 2006 e 2007, composta por 17.658 usuários. O HiperDia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus* atendidos na rede ambulatorial do

SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados.

Foi calculada uma amostra representativa, por meio de um processo de amostragem por conglomerados (em dois estágios sucessivos), com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT), chegando-se a 420 hipertensos, gerando um total de 14 hipertensos por equipe, no entanto, após identificar algumas perdas (mudança de endereço, óbitos, etc.), finalizou-se uma amostra de 382 hipertensos.

Como critério de inclusão, escolheu-se as UBSF que possuíam número de hipertensos cadastrados (2006 e 2007), fichas e prontuários dos usuários.

Foram excluídos os usuários com idade abaixo de 20 anos; sem condições de responder por si mesmo o questionário e que realizaram mudança da área adscrita da UBSF durante o período de cadastro até o momento da entrevista.

Utilizou-se um instrumento adaptado por Paes⁶ para avaliar os serviços de atenção a hipertensão arterial, baseado em um instrumento validado para avaliar a atenção para a tuberculose proposto por Villa e Ruffino-Neto⁷, norteado pelo instrumento de Starfield⁵, para avaliar a atenção primária à saúde, em países desenvolvidos, compostos por 7 dimensões (acesso ao diagnóstico, acesso ao tratamento, adesão/vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família, orientação para a comunidade), totalizando 100 variáveis. Após análise das mesmas, escolheu-se 40 variáveis relativas à acessibilidade, reagrupadas em quatro dimensões: geográfica (07), econômica (06), organizacional (13) e sócio-cultural (14).

Para avaliar a acessibilidade geográfica foram observadas as variáveis relacionadas ao início dos sintomas e durante a consulta para a HAS (serviço de saúde mais próximo da sua casa; dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde e utilização de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde).

A acessibilidade econômica foi avaliada, observando variáveis relacionadas ao início dos sintomas e durante a consulta HAS (utilização de transporte motorizado, gasto de dinheiro com transporte e perda do turno de trabalho ou compromisso para consultar-se no serviço de saúde).

A acessibilidade organizacional foi avaliada, observando variáveis relacionadas à presença de profissionais na unidade de saúde em todos os dias úteis da semana, horários de funcionamento do serviço de saúde, tempo de espera pelo atendimento (mais de 60 minutos), consulta no prazo de 24hs na unidade de saúde, tratamento, participação em grupos, realização e recebimento de exames solicitados, referência e contrarreferência.

A acessibilidade sócio-cultural foi avaliada, observando variáveis relacionadas à comunicação entre os profissionais e usuários, o relacionamento dos profissionais com a comunidade, o envolvimento dos profissionais com a família dos usuários e se houve mudança da unidade de saúde por causa dos profissionais.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2009 até março de 2010. A trajetória dos usuários hipertensos

cadastrados no decorrer do período foi traçada por meio da obtenção de informações coletadas em duas etapas: dados secundários (Informações das fichas de cadastros e prontuários dos hipertensos) e dados primários (as entrevistas foram realizadas nas UBSF e quando foi o desejo do usuário, foram realizadas nos seus domicílios).

Foi aplicado o instrumento (questionário estruturado) por meio de entrevistas com os usuários, que responderam perguntas, seguindo uma escala de possibilidades de "Likert" (Nunca, Quase nunca, Às vezes, Quase sempre, Sempre), a qual se atribuiu o valor entre 1 e 5. Foram adicionadas as categorias "não se aplica", para qual se atribuiu o valor 0 (zero) e "não sabe" ou "não respondeu", onde atribuiu-se o valor 99.

Foi formado um índice composto, média geral, para cada dimensão da acessibilidade, por meio da soma dos valores médios das perguntas. Estas foram analisadas, individualmente, por intermédio das medidas de tendência central e de variabilidade (média, desvio-padrão e intervalo de confiança).

A acessibilidade foi classificada em resultados: satisfatórios (≥ 4); regulares (< 4 e ≥ 3) e insatisfatórios (< 3).

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas do Office Excel 2003 e transferidos para um banco de dados elaborado no pacote IBM SPSS Statistics 13.0. Em seguida foi realizada a identificação da normalidade, pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Como não foi observada normalidade da distribuição, utilizou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis (ANOVA não paramétrica). Uma vez aplicado os testes para comparar as diferenças, atribuindo-se um nível de significância de $p < 0,05$, foi realizado o teste de comparação múltipla conhecido como teste "Dunn".

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), por meio do protocolo nº 0101, estando em concordância a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Acessibilidade Geográfica

A tabela 1 mostra que a acessibilidade geográfica, no geral, obteve resultado satisfatório, considerando o índice composto, com média 4,01 (IC 95% [3,56-4,46]; DP: 0,427), porém apresentou resultados regulares nas variáveis que abordaram o início dos sintomas da HAS, tendo apresentado uma variabilidade (DP) relativamente mais alta para as variáveis relacionadas durante a consulta para a HAS.

Acessibilidade Econômica

A tabela 2 mostra que a acessibilidade econômica, no geral, obteve resultado satisfatório, considerando o índice composto, com média 4,10 (IC 95% [3,56-4,65]; DP: 0,518), apresentando resultados regulares nas variáveis que abordaram o início dos sintomas da HAS, apresentando uma variabilidade (DP) relativamente mais alta para as variáveis relacionadas durante a consulta para a HAS.

Acessibilidade Organizacional

A tabela 3 mostra que a acessibilidade organizacional obteve resultado regular, com um índice composto 3,46 (IC 95% [2,70-4,22]; DP: 0,724). Observa-se que, em sua maioria, onde os índices médios para os itens foram abaixo de 4, a variabilidade (DP) das respostas foram mais elevadas, que para os itens cujos índices ficaram acima de 4, ou seja, quanto menor o índice médio, maior a dispersão das respostas.

Acessibilidade Sócio-cultural

A tabela 4 mostra que a acessibilidade sócio-cultural obteve resultado regular, com um índice composto 3,42 (IC 95% [2,79-4,05]; DP: 1,090). Destaca-se uma satisfação em relação às variáveis que abordaram a comunicação entre usuários e profissionais, porém observaram-se resultados insatisfatórios relacionados às variáveis que abordaram o envolvimento dos profissionais com a comunidade e a família do usuário.

DISCUSSÃO

A acessibilidade geográfica e econômica obteve, no geral, um índice composto satisfatório, proporcionando facilidade para se deslocar sem gasto financeiro até o serviço de saúde, configurando-se a ESF como porta de entrada da rede de serviços de saúde do município para atenção a HAS.

Os resultados mostrados são positivos, pois caracteriza uma maior procura dos usuários pela ESF, fazendo com que ocorra o fortalecimento da atenção primária no controle da HAS, preconizado pelas políticas e programas de saúde de responsabilidade da atenção primária⁸.

O estudo confirma o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* no Brasil, que contempla seu objetivo geral como o estabelecimento de diretrizes e metas para a reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da garantia do diagnóstico e da vinculação do usuário às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento⁴.

Já o resultado regular apresentado pela acessibilidade organizacional, por meio de índice composto, foi devido ao comportamento das variáveis que abordaram vários aspectos.

Dentre eles, a presença de profissionais na unidade de saúde em todos os dias úteis da semana e o horário de funcionamento da UBSF, com resultados satisfatórios. O estudo corroborou com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, onde todos os integrantes da ESF devem ter uma carga horária de 40 horas semanais, com exceção dos profissionais médicos, e com o estudo que apresentou na grande maioria dos municípios do Nordeste brasileiro, que a ESF funciona nos dois turnos diários^{8,9}.

Já em relação ao tempo de espera, o estudo mostrou resultados regulares (início dos sintomas da HAS) e insatisfatórios (na consulta da HAS), contrapondo outros estudos, que mostraram resultados bons e excelentes em relação ao tempo de espera para consulta agendada nas UBSF, porém em relação a consulta de urgência, obteve-se 50,3% de resultados regulares e bons^{10,11}.

Tabela 1. Média, Desvio-padrão e Intervalo de Confiança dos índices da acessibilidade geográfica dos hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011

Variável	Média	DP	Intervalo de Confiança (95%)	
			Mín.	Máx.
1. Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), procurou o serviço de saúde mais próximo da sua casa?	3,79	1,762	3,60	3,98
2. Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?	3,87	1,626	3,69	4,05
3. Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?	3,61	1,825	3,41	3,81
4. Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia?	3,72	1,659	3,55	3,89
5. Faz o tratamento da HAS no serviço de saúde mais próximo da sua casa?	4,62	1,093	4,51	4,73
6. Tem dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde para ser consultado?	4,49	1,215	4,36	4,62
7. Quando vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?	4,71	1,012	4,60	4,81
Índice composto	4,01	0,427	3,56	4,46

Acessibilidade Geográfica: Satisfatória (≥ 4); Regular (≥ 3 e < 4); Insatisfatória (< 3); HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DP: Desvio-Padrão; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo. Fonte: Estudo realizado por Paes⁶.

Tabela 2. Média, Desvio-padrão e Intervalo de Confiança dos índices da acessibilidade econômica dos hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011

Variável	Média	DP	Intervalo de Confiança (95%)	
			Mín.	Máx.
1. Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?	3,61	1,825	3,41	3,81
2. Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde?	3,69	1,786	3,48	3,90
3. Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) perdeu o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviço de saúde?	3,76	1,626	3,57	3,94
4. Quando vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS, perde seu turno de trabalho ou compromisso?	4,11	1,386	3,96	4,26
5. Quando vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?	4,71	1,012	4,60	4,81
6. Quando vai a unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?	4,77	0,908	4,66	4,88
Índice composto	4,10	0,518	3,56	4,65

Acessibilidade Econômica: Satisfatória (≥ 4); Regular (≥ 3 e < 4); Insatisfatória (< 3); HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DP: Desvio-Padrão; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo. Fonte: Estudo realizado por Paes⁶.

Em estudo realizado em municípios do Nordeste brasileiro, os usuários confirmaram existir grande demanda para atendimento, com permanência de filas nas UBSF, com tempo de espera para realização das consultas, de modo geral, variando entre 1 a 7 dias, e algumas capitais, o tempo de espera foi maior, entre 8 a 15 dias⁹.

Por intermédio da opinião de usuários sobre o acesso em outro estudo, foi possível verificar a existência de uma atitude positiva diante do SUS, a partir das reiteradas referências às

facilidades encontradas dentro do sistema para o acesso a diversos tipos de serviços, desde os básicos, como atendimento médico, exames e medicamentos, até o acesso a recursos de alta complexidade, como transplantes e medicamentos mais específicos. Porém, apesar das facilidades de acesso pontuadas, são também identificadas dificuldades, como o excesso de pessoas para serem atendidas e o sucateamento das unidades de saúde, objetivadas na imagem de "filas" e na "necessidade de chegar de madrugada para obter o serviço"¹².

Tabela 3. Média, Desvio-padrão e Intervalo de Confiança dos índices da acessibilidade organizacional dos hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011

Variável	Média	DP	Intervalo de Confiança (95%)	
			Mín.	Máx.
1. Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) e procurou o serviço de saúde para consultar, demorou mais de 60 minutos para ser atendido?	3,16	1,622	2,98	3,34
2. Se passar mal por causa da medicação ou da HAS, consegue uma consulta no prazo de 24hs na unidade de saúde que faz tratamento?	3,29	1,757	3,10	3,47
3. Desde quando iniciou o seu tratamento para HAS faltou medicamento?	4,15	1,070	4,04	4,26
4. Quando vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?	2,87	1,548	2,71	3,03
5. Consegue realizar exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?	4,55	0,954	4,45	4,64
6. Consegue no período de 10 dias receber os resultados dos exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?	2,76	1,544	2,60	2,92
7. Encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em todos os dias úteis da semana?	4,55	0,906	4,46	4,65
8. Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?	2,59	1,764	2,41	2,77
9. Os horários de funcionamento do serviço de saúde para atendimento são sempre respeitados?	4,71	0,758	4,63	4,79
10. Recebe todos os medicamentos necessários para o tratamento da HAS?	4,40	1,247	4,27	4,53
11. Quando tem algum problema de saúde, recebe encaminhamento por escrito para o outro serviço de saúde pelo profissional que acompanha seu tratamento?	4,51	1,177	4,36	4,65
12. Quando tem algum problema de saúde e é encaminhado para outro serviço de saúde tem o atendimento garantido no serviço referendado?	4,73	0,816	4,63	4,83
13. Retorna à unidade de saúde com informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	2,51	1,809	2,28	2,74
Índice composto	3,46	0,724	2,70	4,22

Acessibilidade Organizacional: Satisfatória (≥ 4); Regular (≥ 3 e < 4); Insatisfatória (< 3); HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DP: Desvio-Padrão; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo. Fonte: Estudo realizado por Paes⁶.

O tratamento medicamentoso foi satisfatório no estudo. Este tem grande importância na redução da morbi-mortalidade das doenças cardiovasculares, estando a HAS entre as mais prevalentes, havendo uma relação direta entre o controle insatisfatório da pressão arterial dos hipertensos e a baixa adesão ao tratamento medicamentoso, proporcionando um agravamento do quadro e aumentando os gastos com a atenção secundária e terciária. O serviço público de saúde, em particular a ESF, é responsável por promover o acesso gratuito à população^{2,13}.

Estudos realizados nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, visualizaram pontos positivos, havendo uma elevada prevalência de acesso aos medicamentos de uso contínuo e recebimento dos medicamentos por 2/3 dos usuários para tratar doenças crônicas, como a HAS¹⁴.

Não houve satisfação dos usuários em relação à participação de grupos para a HAS. Isso se torna preocupante, pois se considera que a educação em saúde com grupos deve ser realizada de forma interativa, integrando o profissional ao grupo, fazendo com que os usuários possam refletir e criticar a sua realidade,

discutindo os problemas mais comuns entre eles e trocar experiências. Os profissionais de saúde devem adaptar as informações às necessidades dos indivíduos e o conhecimento deve fluir sem imposição de ideias, a fim de facilitar o esclarecimento de dúvidas, aumentar a segurança do paciente na equipe de saúde e caracterizar êxito no tratamento².

A investigação laboratorial básica e a avaliação complementar são indicadas para todos os hipertensos, sendo orientada para detectar lesões clínicas ou subclínicas com o objetivo de melhor estratificação do risco cardiovascular⁵. O estudo apontou a satisfação do usuário em relação a sua realização, porém torna-se insatisfatório quanto ao tempo de espera para receber o resultado.

A referência e contrarreferência foram avaliadas, sendo a primeira satisfatória e, a segunda insatisfatória. Sabe-se que para garantir a atenção integral ao hipertenso, portador de risco cardiovascular e renal, faz-se necessária uma normatização para acompanhamento, mesmo na UBSF. Em algumas situações, haverá necessidade de uma consulta especializada em unidades de saúde de atenção secundária ou terciária, devendo-se,

Tabela 4. Média, Desvio-padrão e Intervalo de Confiança dos índices da acessibilidade sócio-cultural dos hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011

Variável	Média	DP	Intervalo de Confiança (95%)	
			Mín.	Máx.
1. Quando faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?	4,58	0,875	4,49	4,67
2. O profissional da unidade de saúde responde às suas perguntas de maneira clara?	4,57	0,835	4,49	4,66
3. O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?	4,33	1,188	4,21	4,46
4. Quando consulta na unidade de saúde, o profissional conversa sobre outros problemas de saúde?	3,81	1,552	3,65	3,97
5. Os profissionais da unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?	4,58	0,805	4,50	4,66
6. Já pensou em mudar da unidade de saúde por causa dos profissionais?	4,47	1,160	4,34	4,60
7. O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames?	4,17	1,383	4,02	4,31
8. Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?	3,36	1,761	3,18	3,54
9. Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a HAS, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?	2,70	1,783	2,52	2,89
10. Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?	2,67	1,767	2,48	2,85
11. Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância da sua participação e da sua família em instituições da comunidade (igrejas, associação de bairro, etc.) como apoio para resolver seus problemas de saúde?	1,73	1,383	1,59	1,88
12. Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HAS com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?	1,57	1,154	1,45	1,70
13. Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento?	2,25	1,651	2,08	2,42
14. Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	3,16	1,820	2,93	3,39
Índice composto	3,42	1,090	2,79	4,05

Acessibilidade Sócio-cultural: Satisfatória (≥ 4); Regular (≥ 3 e < 4); Insatisfatória (< 3); HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DP: Desvio- Padrão; Mín.: Mínimo/Máx.: Máximo. Fonte: Estudo realizado por Paes⁶.

nesses casos, ser estabelecida uma rede de referência e contrarreferência^{1,13}.

Na acessibilidade sócio-cultural, os resultados são vistos positivamente, pois há satisfação dos usuários quando relacionados a comunicação profissional, e vice-versa. O desfecho no tratamento é mais favorável quando usados termos familiares ao contexto dos usuários. Situação contrária quando utilizados vocabulários técnicos, repercutindo, consideravelmente, na elevação do número de insatisfações com o tratamento¹⁵.

Para que uma relação usuário-profissional seja considerada boa são necessários os seguintes atributos: empatia, consideração e respeito, confiança nos profissionais, ter suas perguntas respondidas e sua condição de saúde discutida e explicada, ter

a oportunidade de participar nas decisões sobre o tratamento a ser recomendado⁵.

São pequenos detalhes da comunicação, muitas vezes, não valorizados como produtores dos sentidos que darão rumo às relações, que configuram os vínculos e que possibilitam a produção de cuidados no atendimento das necessidades e expectativas dos usuários. Sendo assim, a cordialidade torna-se atributo importante na satisfação do usuário, estando, intrinsecamente, relacionado à qualidade da interação do usuário e profissional de saúde e por sua vez na acessibilidade¹⁵.

Vários são os determinantes para a não adesão ao tratamento, dentre eles o relacionamento inadequado dos usuários com a equipe, sendo então sugerido orientação sobre os benefícios

dos tratamentos, incluindo mudanças do estilo de vida, bem como informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidades de ajustes posológicos com o passar do tempo².

Em relação a participação dos profissionais com a comunidade, obteve-se resultados insatisfatórios. Isto se torna preocupante, pois deve ser característica peculiar da atenção primária a integração entre comunidade e equipes de saúde da família, vislumbrando uma relação de confiança, atenção, respeito e vínculo, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, fortalecendo a participação popular e o controle social¹⁵.

Os grandes obstáculos à acessibilidade sócio-cultural e, assim, à educação em saúde refere-se à própria formação profissional desvinculada dos contextos locais da comunidade, dificuldade das equipes de atuar diante das singularidades dos usuários.

Estudo realizado em municípios do Centro-Oeste brasileiro corrobora com os resultados apresentados, mostrando resultados insatisfatórios em relação à orientação comunitária e ao envolvimento dos profissionais com a família dos usuários¹⁶.

Visualizou-se no estudo, insatisfação dos usuários quanto ao papel dos profissionais em relação ao envolvimento com a família, contrapondo-se ao papel da ESF, que visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A ESF visa promoção da saúde com foco na família, nos seus mais variados contextos, diferindo da forma de cuidar das pessoas, centrado em um modelo biomédico e voltado somente para a cura da doença¹⁵.

É preciso compreender dois focos: o da saúde da família, relativo ao estado de saúde dos indivíduos que a compõem e, o do funcionamento da família, como uma descrição avaliativa das funções e estruturas da família, compondo, um quadro onde o foco da avaliação e da assistência está tanto na saúde individual, como na saúde da família como um todo¹⁵.

Compreende-se aqui a família como a mais constante unidade de saúde para seus membros. Assim, a assistência à família como unidade de cuidado implica em conhecer como cada família cuida e identifica as suas forças, as suas dificuldades e os seus esforços para partilhar as responsabilidades e co-responsabilidades.

CONCLUSÃO

Concluem-se resultados satisfatórios na acessibilidade geográfica e econômica, porém regulares na acessibilidade organizacional e sócio-cultural, configurando uma atenção à saúde que garante assistência aos usuários hipertensos, sem ou com diminuição de barreiras, subsidiando as ações programáticas específicas que visem à prevenção e redução da morbi-mortalidade proporcionada pela HAS.

Os achados mostraram garantia do cuidado necessário aos hipertensos do município em estudo, visando obter resolução nos serviços de atenção à HAS, tendo como finalidade o estabelecimento de um planejamento para subsidiar ações

programáticas específicas que visem à prevenção e diminuição da morbi-mortalidade proporcionada pela HAS.

O estudo favorece a proposição de medidas e de intervenção, possibilitando fornecimento de diretrizes e subsídios aos gestores e profissionais da saúde, para que a ESF torne-se, realmente, a porta de entrada para a atenção à saúde dos hipertensos.

Isto vislumbrará possibilidades de construção de alternativas conjuntas entre serviço de saúde e usuários, acerca das intervenções mais condizentes com os problemas e situações identificadas, visando o aperfeiçoamento no cotidiano dos serviços de saúde, propiciando avanços importantes no âmbito da produção de cuidados e gestão dos serviços de saúde.

Não podemos deixar de citar as limitações do estudo, reconhecendo que houve um conjunto de críticas e limitações relacionadas à coleta de dados. Uma das críticas mais frequente em relação aos pesquisadores foi o aspecto subjetivo das categorias perguntadas aos usuários. Outro limite encontrado foi em relação à disponibilidade plena dos usuários em receber os pesquisadores em todos os horários. Várias visitas eram feitas para realizar a coleta dos dados de alguns usuários, porém em alguns momentos os pesquisadores tinham que realizar visitas noturnas, contribuindo para um aumento dos gastos com transporte e risco para os pesquisadores, pois em algumas áreas, não era aconselhado à visita noturna.

Outra limitação encontrada foi o contato com as gerências dos distritos sanitários para a explicação de algumas diferenças significativas nos mesmos. Em alguns, obtivemos as respostas destas diferenças, porém, em uma das gerências não houve concordância dos resultados, não sendo possível a explicação dos mesmos.

Como base no exposto, sugere-se proporcionar aos hipertensos uma acessibilidade satisfatória, sem barreiras e dificuldades, garantindo os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade, bem como a aplicabilidade do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b. (Cadernos de Atenção primária; 1. Série A. Normas e Manuais Técnicos).
2. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95(1): 1-51.
3. Boing AC, Boing AF. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. Rev. bras. hipertens. 2007; 14(2): 84-8.
4. Ministério da Saúde (BR). Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 64 p.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
6. Paes NA. Avaliação da efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do Nordeste do Brasil. Edital: MCT/CNPq/MS - SCTIE - DECIT/MS No. 37/2008 - Processo No. 576671/2008-8, 2008.

7. Villa TCS, Ruffino-Neto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumol.* 2009;35(6): 610-2.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n. 2027 de 25/05/2011. Dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem a ESF. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
9. Rocha PM et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(1): S69-S78.
10. Gaioso VP; Mashima SM. Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família. *Texto & contexto enferm.* 2008;16(4): 617-25.
11. Martins GP. Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.
12. Pontes APM et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Esc Anna Nery.* 2009 jul/set; 13(3):500-7.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006a. 58 p. (Cadernos de Atenção primária; 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos).
14. Paniz VMV et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008;24(2):267-80.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n. 648 de 28/03/2006. Política Nacional de Atenção primária, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção primária para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
16. Van Stralen CJ et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção primária: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(1): S148-58.