

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

**Geographical and
economic accessibility of
hypertension patients in
the Family Health Strategy**

**| Acessibilidade geográfica e econômica
na Estratégia Saúde da Família:
avaliação da satisfação por usuários
com hipertensão arterial sistêmica**

ABSTRACT | Introduction: *Systemic hypertension (SH) is being treated as a serious public health problem worldwide because of its magnitude, risk and difficulty of control, represented by the high burden of disease and its associated morbidity and mortality.*
Objective: *To evaluate the economic and geographic accessibility of hypertensive patients to Family Health Strategy (FHS).*
Methods: *Cross-sectional and descriptive study, with a sample of 382 users. The questionnaire used was adapted from an instrument to assess health care in tuberculosis, guided by studies to evaluate the Primary Care (PC). It required new adaptation of the instrument by a team of experts for use in individuals with hypertension. We used the nonparametric Kruskal-Wallis test to perform the analysis of variance test and the “Dunn”, assigning a significance level of $p \leq 0.05$.*
Results: *Geographical and economic accessibility was regular and satisfactory, according to an analysis by a score of accessibility: unsatisfactory (<3), regular (≥ 3 and <4), satisfactory (≥ 4).*
Conclusion: *It was concluded that the FHS in Campina Grande/PB, Brazil, offered users with hypertension a regular service with satisfactory economic and geographic accessibility. This research becomes extremely relevant as possible the provision of guidelines and allowances to managers and health professionals, so that the FHS, which is the gateway to health care, ensuring the establishment of a plan to subsidize specific programmatic actions aimed at the prevention and reduction of morbidity and mortality provided by SH.*

Keywords | Health services accessibility; Hypertension; Health services evaluation; Family health.

RESUMO | Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) está sendo tratada como um problema grave de saúde pública em todo mundo, por sua magnitude, risco e dificuldade de controle, representada pela alta carga de doenças associadas e sua morbimortalidade. **Objetivo:** Avaliar a acessibilidade geográfica e econômica dos usuários hipertensos à Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** Estudo transversal e descritivo, com uma amostra de 382 usuários. Foi utilizado um questionário adaptado de um instrumento para avaliar a atenção à saúde na tuberculose, norteado por estudos para avaliar a Atenção Primária à Saúde (APS). Foi necessária nova adequação do instrumento por uma equipe de especialistas para a utilização em indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica. Utilizou-se o teste não-paramétrico *Kruskall-Wallis* para realização da análise de variância e o teste “Dunn”, atribuindo-se um nível de significância de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Acessibilidade geográfica e econômica foi regular e satisfatória, segundo análise através de um escore da acessibilidade: insatisfatória (<3); regular (≥ 3 e <4); satisfatória (≥ 4). **Conclusão:** Conclui-se que a ESF do município de Campina Grande/PB, possibilitou aos usuários com hipertensão arterial sistêmica um serviço com acessibilidade geográfica e econômica satisfatória e regular. Esta pesquisa torna-se de extrema relevância, pois possibilitará o fornecimento de diretrizes e subsídios aos gestores e profissionais da saúde, para que a ESF seja a porta de entrada para a atenção à saúde, garantindo o estabelecimento de um planejamento para subsidiar ações programáticas específicas que visem à prevenção e à diminuição da morbimortalidade proporcionada pela HAS.

Palavras-chave | Acesso aos serviços de saúde; Hipertensão; Avaliação de serviços de saúde; Saúde da família.

¹Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande/PB, Brasil.

²Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande/PB, Brasil.

³Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças mais comuns do mundo moderno, atingindo 15% a 20% da população adulta. No Brasil, são aproximadamente 17 milhões de portadores de HAS, totalizando 35% da população acima de 40 anos. A carga de doenças representadas pela morbimortalidade desta entidade clínica é muito alta e, por isso, está sendo tratada como um problema grave de saúde pública em todo o mundo, por sua magnitude, risco e dificuldade de controle^{1,2}.

Nesse sentido, a acessibilidade aos serviços de saúde surge como um dos aspectos de oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, representando uma dimensão importante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde. Essa dimensão, juntamente com outros aspectos, como a condição de saúde dos usuários, as características dos profissionais que os atendem, a forma como ofertam o serviço, bem como sua organização e o sistema político vigente, caracteriza-se como um dos quesitos importantes no acompanhamento e controle da HAS, promovendo a diminuição de sua morbimortalidade³.

Na avaliação da acessibilidade, é importante conhecer as barreiras existentes entre a oferta de serviços de saúde e a busca desses serviços pelos usuários. Tais barreiras podem ser de diversas naturezas, tais como a distância da residência do usuário até o serviço de saúde e o custo da locomoção (acessibilidade geográfica) ou a incapacidade dos serviços de suprir a demanda de saúde, que obriga os indivíduos a terem gastos, seja com consultas, seja com exames ou tratamentos (acessibilidade econômica)^{3,4,5}.

Considerando que a equidade é entendida como a igualdade no acesso à saúde e deve ser provida como um direito de todo o cidadão, a acessibilidade dos serviços de saúde torna-se um elemento estrutural necessário para o sucesso das ações da atenção primária, 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 equânime a toda a população. No contexto da HAS, surge o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, operacionalizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF)^{4,6}.

Neste contexto, surge a avaliação em saúde, considerada um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos

desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ele se estabelece⁵.

A avaliação em saúde tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, devendo subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população⁵.

No Brasil, a avaliação em saúde apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes e pouco incorporados às práticas, realidade em que se encaixam, particularmente, os planos, estratégias e ações voltadas para a diminuição da morbimortalidade da HAS. Esta avaliação deve ser efetiva e necessária, considerando o curto espaço de tempo de criação e a influência do tempo, do contexto sociocultural e das formas de gestão, possibilitando o fornecimento de informação para os gestores e profissionais da saúde, garantindo as necessárias mudanças e ajustes⁵.

Objetivou-se avaliar a acessibilidade geográfica e econômica dos usuários hipertensos à Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande/PB. Tal escolha deu-se pela carência de estudos sobre acessibilidade nesta área e pelo entendimento de que o acesso aos serviços de saúde é fundamental para oferta de serviços e garantia da equidade – item necessário para o combate deste grande problema de saúde pública mundial – e ainda necessita de processos avaliativos que possibilitem aos gestores, profissionais e população uma melhor visualização destas ações e estratégias, provocando mudanças, melhorias, aperfeiçoamentos e ajustes.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. Elegeu-se como referencial teórico-metodológico uma das categorias de avaliação da qualidade de serviços de saúde, proposta por Starfield⁷, Hartz e Silva⁸, Tanaka e Melo⁹, investigando-se a acessibilidade como uma das dimensões essenciais da atenção primária.

O estudo foi realizado nos seis distritos sanitários da ESF no município de Campina Grande/PB, escolhido por ser um município que tem uma considerável tradição históri-

ca na organização de serviços de atenção primária e por ser considerado pioneiro no estado da Paraíba, sendo um entre os 14 primeiros municípios brasileiros a implantarem a ESF, no ano de 1994¹⁰. No ano de 2008, o município de Campina Grande tinha 70 equipes de saúde da família na área urbana até dezembro de 2007, distribuídas em seis distritos sanitários (DS), que são geograficamente delimitados em áreas, com equipes da ESF e Unidades Básicas de Saúde (UBS), segundo a base de informações do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. A partir do ano de 2008, observou-se uma expansão de unidades básicas de saúde da família (UBSF), chegando, em março de 2011, a 92 equipes de saúde da família, totalizando 85% de cobertura populacional.

A população foi constituída de hipertensos cadastrados no Sistema de Informação HiperDia nos anos de 2006 e 2007 e foi composta por 17.658 usuários.

Considerando a grande quantidade de usuários cadastrados, houve a necessidade de selecionar as UBSF que fossem representativas, reunindo dados em um grupo pequeno e tentando ampliar os resultados para fazer generalizações sobre um grupo maior. Com isso, realizou-se uma amostragem representativa por aglomeração em dois estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT).

No primeiro estágio, efetuou-se uma seleção aleatória de 30 conglomerados (UBSF) de um total de 70, separados por distritos sanitários. Realizou-se uma seleção proporcional ao tamanho de cada equipe e de forma sistemática, a partir da listagem fornecida pelo SIAB.

A seleção sistemática foi feita a partir de um sorteio aleatório de um número entre 1 e 589. O valor do ciclo foi obtido pela divisão do número de cadastrados (17.658) pelo número de conglomerados a serem selecionados, obtendo-se, assim, o valor de 589. O número aleatório foi sorteado a partir do sistema de números aleatórios encontrados nas funções do *Microsoft Office Excel 2010*, gerando o valor 34. A primeira equipe selecionada foi aquela que, nos intervalos de cadastrados, possuía o indivíduo da posição 34. Em seguida, selecionou-se a equipe que possuía o indivíduo 623 (34+ o valor do ciclo 589) e, logo após, o indivíduo 1.212 (623 + o valor do ciclo 589). Este ciclo se seguiu até se selecionar a 30ª equipe.

Foram retiradas três UBSF, por não terem ficha de cadastro do HiperDia dos anos de 2006 e 2007.

No segundo estágio, foi realizada a seleção de hipertensos de forma aleatória e ponderada, ou seja, igual número de usuários em cada conglomerado sorteado. O tamanho da amostra total (n), para seleção dos usuários, foi tomado com base num processo de amostragem casual simples, considerando o parâmetro de sucesso $p = 0,159$ (obtido a partir do número total de hipertensos cadastrados, dividido pelo número total de indivíduos que fez uso do serviço da ESF, cadastrados até 2008), nível de confiança de 95% e margem de erro amostral máximo igual a 3,5%, com base na população de usuários cadastrados no ano de 2008, $N = 17.658$ usuários.

Obtendo-se uma amostra de 411 hipertensos, foram acrescentados na amostra total 9 (1,91%) indivíduos, por questão de ajuste na divisão das equipes selecionadas. A amostra total constou de 420 hipertensos. Dividindo-se os 420 hipertensos a serem selecionados pelas 30 equipes, gerou-se um total de 14 hipertensos para cada equipe; porém, após a identificação de algumas perdas (mudança de endereço, óbitos etc.) contou-se, finalmente, com uma amostra de 382 hipertensos.

A seleção dos indivíduos realizou-se da seguinte forma: a equipe tinha acesso a todas as fichas e prontuários do HiperDia e identificava todos os usuários que se encaixavam nos critérios de inclusão e exclusão. Depois, era feita uma seleção de 14 usuários de forma aleatória.

Foram incluídas as unidades que possuíam número suficiente de hipertensos cadastrados (2006 e/ou 2007), um mínimo de 14 usuários, bem como as fichas e prontuários do Hiper Dia.

Foram excluídos os usuários menores de 20 anos de idade, os incapazes de responder e os que haviam mudado de endereço.

Para a coleta de dados, elaborou-se um questionário a partir de uma adaptação do instrumento validado para avaliar a atenção para a tuberculose proposto por Villa e Ruffino-Neto¹¹, baseado em estudos para avaliar serviços de atenção primária em saúde^{7,12}. Todavia, foi necessária nova adequação do instrumento por uma equipe de cinco especialistas, havendo algumas modificações para a utilização em indivíduos portadores de HAS¹³.

O questionário foi composto por 13 questões, sete para a acessibilidade geográfica e seis para a acessibilidade econômica. Para que ocorresse a seleção destas variáveis, foi necessária uma avaliação minuciosa de todas as ques-

tões propostas por autores citados acima, ocorrendo uma nova classificação e um dimensionamento criterioso, baseado nos estudos, classificações e definições de acessibilidade propostos por Fekete⁴ e Donabedian⁷. Para avaliar a consistência e validade interna das variáveis selecionadas para cada dimensão da acessibilidade, utilizou-se a prova estatística *alpha* de Cronbach, que verificou que todas as variáveis da acessibilidade geográfica e econômica atingiram valores aceitáveis, ou seja, acima de 0,6.

O teste assume ainda valores entre 0 e 1 e trabalha com a premissa de que as correlações entre os itens são positivas. Considera-se o valor 0,7 como um mínimo ideal, mas se pode aceitar até o valor de 0,6 em pesquisas exploratórias¹⁶.

Os usuários responderam perguntas do instrumento seguindo uma escala de possibilidades de *Likert*: Satisfatório (1), Regular (2), Insatisfatório (3). Ainda para captar o máximo de respostas, foram adicionadas as categorias “não se aplica”, para qual se atribuiu o valor 0 (zero), e “não sabe ou não respondeu”, para a qual se atribuiu o valor 99.

As questões utilizadas no estudo para avaliar a acessibilidade estão presentes no Quadro 1.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2009 até março de 2010, mediante dados secundários e primários.

A trajetória dos usuários hipertensos cadastrados no decorrer do período foi traçada através da obtenção de informações coletadas em duas etapas: coletas de dados secundários e primários.

Para a coleta dos dados secundários, foram utilizadas as fichas de cadastros dos hipertensos no sistema HiperDia e seus prontuários, para extração de informação quanto à data de diagnóstico, datas das consultas, dados clínicos (pressão arterial, peso, altura e fatores de riscos) e tratamento.

Já para a obtenção dos dados primários, foram realizadas entrevistas pelos pesquisadores que ocorreram na própria UBSF ou no domicílio, quando o usuário tinha dificuldade em comparecer ao serviço. Os agentes comunitários de saúde (ACS) ficavam responsáveis por agendar e organizar o processo de consulta dos usuários.

Quanto aos aspectos éticos, os usuários eram abordados pelos pesquisadores, que lhes apresentavam a finalidade e os objetivos da pesquisa, e, após a assinatura do

Quadro 1 – Questões relacionadas à acessibilidade geográfica e econômica dos hipertensos cadastrados no HiperDia, Campina Grande, 2006/2007

Acessibilidade	Variáveis
Geográfica	<ul style="list-style-type: none"> - Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), procurou o serviço de saúde mais próximo da sua casa? - Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde? - 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? - Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia? - Faz o tratamento da HAS no serviço de saúde mais próximo da sua casa?
Econômica	<ul style="list-style-type: none"> - 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? - Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde? - Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) perdeu o turno de trabalho ou outro compromisso para consultar-se no serviço de saúde? - Quando vai à unidade de saúde para consultar seu problema de HAS, perde seu turno de trabalho ou outro compromisso? - Quando vai à unidade de saúde para consultar seu problema de HAS, precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado? - Quando vai à unidade de saúde para se consultar, paga pelo transporte?

Fonte: Estudo realizado por Paes¹³

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a coleta de dados era realizada.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, através do protocolo n° 0101/2009.

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas do *Microsoft Office Excel 2003*, referentes às fichas de cadastro e acompanhamentos dos pacientes hipertensos de cada UBSF. As variáveis selecionadas foram transferidas para um banco de dados elaborado no pacote IBM SPSS Statistics 17.0 para a realização das análises estatísticas.

Após a coleta e a tabulação, procedeu-se à checagem dos dados com a avaliação visual da planilha para verificação de erros de digitação ou possíveis anomalias. Por não ser suficiente uma inspeção visual, procedeu-se à extração das medidas descritivas de tendência central e variabilidade. Em seguida, realizou-se a análise sistemática dos dados perdidos (*missing values*) das variáveis.

Foi realizada a imputação dos dados faltantes, por meio do método de *Hot Deck*, que permite a atribuição para uma proporção de dados perdidos entre 5 e 15%¹⁵.

Depois de feita a imputação dos dados, a continuidade do processo de qualificação da informação obedeceu à sequência recomendada por Hair¹⁶: realização da análise de correlação, análise fatorial exploratória, análise de confiabilidade seguida da análise fatorial confirmatória.

Os valores médios das respostas foram submetidos a uma análise de variância entre os DS, que objetiva testar diferenças entre as médias de três ou mais grupos independentes em um único teste. Baseia-se no cálculo da diferença do valor observado de cada indivíduo em relação à média de seu grupo e em relação à média total¹⁸.

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, também conhecido como análise de variância (ANOVA) não-paramétrica. É um procedimento recomendado para comparar uma variável ordinal ou quantitativa entre três ou mais grupos, usado para testar a hipótese nula de que todas as populações possuam funções de distribuição iguais contra a hipótese alternativa de que ao menos duas das populações possuam funções de distribuição diferente¹⁸.

Uma vez aplicados os testes, para comparar as diferenças, atribuindo-se um nível de significância de $p \leq 0,05$, foi realizado o teste de comparação múltipla conhecido como teste “Dunn”.

Para a análise dos dados, as variáveis que abordaram as dimensões das acessibilidades foram classificadas em satisfatória (média ≥ 4), regular (média < 4 e ≥ 3) e insatisfatória (média < 3), tendo sido extraídos os valores médios das perguntas, analisadas individualmente.

RESULTADOS |

A partir da satisfação dos usuários hipertensos sobre acessibilidade geográfica (Tabela 1), observamos que, em relação ao momento do início dos sintomas da HAS, obtiveram-se resultados regulares, descritos pela variável 1, havendo diferença significativa entre os distritos sanitários (DS) 1 e 6 e os DS 4 e 6, tendo o DS 6 apresentado resultado insatisfatório. Já em relação às variáveis 2 e 3, obtivemos também resultados regulares, não havendo diferença significativa entre os DS.

Em relação à variável 4, obteve-se resultado regular, havendo diferença significativa entre os DS 1 e 6, DS 3 e 6 e os DS 4 e 6, tendo o DS 6 apresentado resultado insatisfatório.

Já quando o tratamento para a HAS é realizado, observa-se resultado satisfatório, de acordo com a variável 5, havendo diferença significativa entre os DS 2 e 6, DS 4 e 6 e os DS 5 e 6, tendo todos os DS mostrado nível satisfatório.

A Tabela 2 mostra as questões que avaliaram a acessibilidade econômica, a partir da satisfação dos usuários, observando-se o mesmo cenário, o qual mostra resultados regulares em relação ao momento do início dos sintomas da HAS, de acordo com as variáveis 1, 2 e 3.

Já em relação às variáveis 4, 5 e 6, que descrevem o momento da consulta, observaram-se resultados satisfatórios, não havendo diferenças significativas entre os DS para todas as variáveis apresentadas.

DISCUSSÃO |

A avaliação da acessibilidade geográfica e econômica

Tabela 1 – Índices da acessibilidade geográfica dos hipertensos cadastrados no HiperDia, segundo distritos sanitários. Campina Grande, 2006-2007

Variáveis	Distrito Sanitário	n	Média	Desvio Padrão	p-valor*	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?	1	115	4,1	1,56	0,000	3,8	4,4
	2	44	3,5	1,84		2,8	4,1
	3	75	3,7	1,79		3,2	4,1
	4	41	4,4	1,28		4,0	4,8
	5	49	3,8	1,78		3,2	4,4
	6	58	2,8	1,97		2,2	3,4
	Total	382	3,7	1,76		3,6	3,9
2. Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?	1	115	4,1	1,42	0,612	3,8	4,4
	2	44	3,6	1,71		3,0	4,2
	3	75	3,8	1,58		3,4	4,2
	4	41	3,8	1,66		3,2	4,4
	5	49	3,7	1,76		3,1	4,2
	6	58	3,6	1,80		3,0	4,1
	Total	382	3,8	1,62		3,6	4,0
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?	1	115	3,6	1,83	0,684	3,2	4,0
	2	44	3,4	1,86		2,8	4,1
	3	75	3,8	1,74		3,3	4,2
	4	41	3,8	1,68		3,3	4,4
	5	49	3,4	1,84		2,8	4,0
	6	58	3,3	1,99		2,7	3,8
	Total	382	3,6	1,82		3,4	3,8
4. Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia?	1	115	3,9	1,59	0,001	3,6	4,2
	2	44	3,4	1,70		2,9	3,9
	3	75	3,9	1,53		3,6	4,3
	4	41	4,1	1,35		3,7	4,5
	5	49	3,7	1,72		3,2	4,2
	6	58	2,9	1,79		2,4	3,3
	Total	382	3,7	1,65		3,5	3,8
5. Faz o tratamento da HAS no serviço de saúde mais próximo da sua casa?	1	115	4,6	1,13	0,008	4,3	4,8
	2	44	4,8	0,65		4,6	5,0
	3	75	4,6	1,04		4,3	4,8
	4	41	4,9	0,62		4,7	5,1
	5	49	4,8	0,72		4,6	5,0
	6	58	4,1	1,60		3,7	4,5
	Total	382	4,6	1,09		4,5	4,7

* Teste Kruskal-Wallis ($p \leq 0,05$) - Negrito aplicado o Teste de DunnAcessibilidade Geográfica: Satisfatória (≥ 4); Regular (≥ 3 e < 4); Insatisfatória (< 3)Fonte: Estudo realizado por Paes¹³

obteve resultados regulares e satisfatórios, não sendo observadas diferenças significativas na maioria das variáveis, o que implica uma homogeneidade na satisfação dos usuários, nos DS que procuram as UBSF para receber o diagnóstico e o tratamento para a HAS.

Houve algumas diferenças significativas, quanto à acessibilidade geográfica, em relação à variável 1, que apresenta uma insatisfação no DS 6. Segundo a gerente deste DS, esta diferença se deve à não existência e/ou início da im-

plantação de 5 (cinco) UBSF entre os anos de 2005-2006 no DS 6, onde o suporte era dado por um centro de saúde, justificando esta insatisfação por parte dos usuários

Observou-se que os resultados regulares foram encontrados nas variáveis geográficas e econômicas que abordaram o momento em que os usuários começaram a ter os sintomas da HAS, ou seja, no diagnóstico inicial ou na crise/urgência hipertensiva. Neste caso, as instituições hospitalares têm um papel importante no nível de satisfação

Tabela 2 – Índices da acessibilidade econômica dos hipertensos cadastrados no HiperDia, segundo distritos sanitários. Campina Grande, 2006-2007 (continua)

Variáveis	Distrito Sanitário	n	Média	Desvio Padrão	p-valor*	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?	1	115	3,6	1,83	0,626	3,2	4,0
	2	44	3,4	1,86		2,8	4,1
	3	75	3,8	1,74		3,3	4,2
	4	41	3,8	1,68		3,3	4,4
	5	49	3,4	1,84		2,8	4,0
	6	58	3,3	1,99		2,7	3,8
	Total	382	3,6	1,82		3,4	3,8
2. Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde?	1	115	3,8	1,72	0,484	3,4	4,2
	2	44	3,4	1,87		2,7	4,1
	3	75	3,9	1,61		3,5	4,3
	4	41	3,6	1,82		2,9	4,3
	5	49	3,3	1,88		2,6	3,9
	6	58	3,5	1,93		2,9	4,1
	Total	382	3,6	1,78		3,4	3,9
3. Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), perdeu o turno de trabalho ou outro compromisso para consultar-se no serviço de saúde?	1	115	3,9	1,55	0,268	3,5	4,2
	2	44	4,0	1,35		3,6	4,5
	3	75	3,5	1,74		3,1	3,9
	4	41	3,4	1,71		2,8	4,0
	5	49	3,4	1,83		2,8	4,0
	6	58	3,9	1,50		3,5	4,3
	Total	382	3,7	1,62		3,5	3,9
4. Quando vai à unidade de saúde para consultar seu problema de HAS, perde seu turno de trabalho ou outro compromisso?	1	115	4,0	1,43	0,703	3,7	4,3
	2	44	4,3	1,13		4,0	4,7
	3	75	4,1	1,32		3,8	4,5
	4	41	4,0	1,39		3,5	4,5
	5	49	4,1	1,33		3,6	4,5
	6	58	3,8	1,60		3,4	4,3
	Total	382	4,1	1,38		3,9	4,2

Tabela 2 – Índices da acessibilidade econômica dos hipertensos cadastrados no HiperDia, segundo distritos sanitários. Campina Grande, 2006-2007 (conclusão)

Variáveis	Distrito Sanitário	n	Média	Desvio Padrão	p-valor*	Intervalo de Confiança (95%)	
						Mín.	Máx.
5. Quando vai à unidade de saúde para consultar seu problema de HAS, precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?	1	115	4,6	1,08	0,986	4,4	4,8
	2	44	4,7	1,06		4,3	5,0
	3	75	4,6	1,07		4,4	4,9
	4	41	4,7	0,92		4,4	5,0
	5	49	4,7	0,93		4,4	5,0
	6	58	4,7	0,91		4,5	5,0
	Total	382	4,7	1,01		4,6	4,8
6. Quando vai à unidade de saúde para se consultar, paga pelo transporte?	1	115	4,7	1,04	0,496	4,4	4,9
	2	44	4,7	0,98		4,4	5,1
	3	75	4,6	1,06		4,3	4,9
	4	41	4,7	0,81		4,4	5,1
	5	49	4,7	1,00		4,3	5,0
	6	58	5,0	0,00		5,0	5,0
	Total	382	4,7	0,90		4,6	4,8

* Teste Kruskal-Wallis ($p \leq 0,05$)Acessibilidade Geográfica: Satisfatória (≥ 4); Regular (≥ 3 e < 4); Insatisfatória (< 3)Fonte: Estudo realizado por Paes¹³

com o acesso, pois, na sua maioria, estão na região central dos municípios, conforme Mapa da Atenção Primária do município de Campina Grande (Figura 1). Isso configura uma barreira geográfica e econômica, pois, na maioria das situações, essas unidades hospitalares estão distantes das residências dos usuários, causando dificuldades de deslocamento, gastos com transporte e perda de turno de trabalho ou de outros compromissos.

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece como característica do processo de trabalho das equipes, neste nível de atenção, a realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas, estabelecendo a implantação das Unidades de Pronto-atendimento 24 horas (UPA). Estas são estruturas de complexidade intermediária entre as UBSF e as portas de urgência hospitalar, articulando a ESF, Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde do sistema local/regional. No município de Campina Grande/PB, existe uma Unidade de Pronto Atendimento no DS 1 e outra em construção no DS 5^{19,20}.

Em Belo Horizonte/MG, foi evidenciado que as portas de entrada para atenção de urgência e emergência são com-

postas por unidades públicas, geridas pelo município. Neste município, o processo de articulação e definição de fluxos entre centros de saúde e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) foi avaliado de forma positiva pelos gestores. Em Florianópolis/SC, Vitória/ES e Aracaju/SE, não foram mencionados mecanismos de referência e contrarreferência entre unidades básicas e de pronto-atendimento. A relação entre UBSF e os serviços de emergência foi avaliada por médicos e enfermeiros como um dos principais problemas para a integração da rede nos municípios de Vitória (61%) e Belo Horizonte (63%), apesar das iniciativas municipais para estabelecimento de fluxos no último²¹.

No início dos primeiros sinais e sintomas, há uma procura considerável pelas instituições hospitalares, que pode ser fruto de vários fatores: assistência 24 horas, presença de sintomatologia e a possibilidade de gravidade, crença da clientela de que o hospital é “mais capacitado” para o atendimento, ou mesmo por falhas na organização dos serviços de atenção primária, onde acreditamos que, se não houver uma mudança na forma de produzir a assistência na UBSF, não haverá uma redução da demanda de atendimentos ambulatoriais na emergência hospitalar nem uma produção de cuidado com qualidade e resolutividade^{22,23}.

Figura 1 – Mapa da Atenção Primária do município de Campina Grande/PB
 Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Campina Grande/PB



São frequentes, entre os trabalhadores da saúde, as referências aos usuários como desinformados, mal acostumados, por não fazerem um percurso definido pela organização do sistema, dificultando assim todo o processo desejado²³.

Observa-se que o usuário quer ser atendido e, para tal, busca os serviços que lhe dão acesso ao atendimento de sua demanda, sem observar a trajetória adequada para um resultado satisfatório²⁴.

Algumas formas de funcionamento do sistema de saúde atual, voltadas para o modelo hospitalocêntrico, acabam por reforçar a crença popular de que apenas no hospital se encontram as condições para alívio do sofrimento, tendo o serviço de emergência contribuído para isso. A UBSF tem sua contribuição, não conseguindo fazer a virada do modelo assistencial na direção de uma maior articulação entre promoção e assistência, ações individuais e coletivas, procedimentos e cuidado^{23,24}.

As variáveis da acessibilidade geográfica e econômica, que abordaram o momento da consulta, ou seja, o tratamento da HAS, tiveram resultados satisfatórios, proporcionando mínima dificuldade para se deslocar e mínimo gasto financeiro até o local do tratamento, ou seja, sem barreiras geográficas e econômicas, configurando-se porta de entrada da rede de serviços de saúde do município.

Evidenciou-se, na cidade de Fortaleza/CE, uma maior procura dos usuários hipertensos pela UBSF, o que está

relacionado ao fortalecimento da atenção primária no combate à HAS, preconizado pelas políticas e programas de saúde de sua responsabilidade. É válido ressaltar que a inserção da ESF na área de abrangência do hospital tem promovido maior procura pela UBSF para o tratamento e acompanhamento da HAS²².

Na cidade de Salvador/BA, constatou-se uma grande influência das equipes da ESF, no controle da HAS, observando-se 91,8% de adesão ao tratamento²⁵.

O cenário mostrado reforça a importância do fortalecimento do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil, iniciado em 2001 pelo Ministério da Saúde, que contempla, como seu objetivo geral, o estabelecimento de diretrizes e metas para a reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes no Sistema Único de Saúde, através da atualização dos profissionais da atenção básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação dos usuários às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo assim a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública de serviços de saúde¹.

Podemos considerar que o desenvolvimento deste estudo poderá vir a contribuir para o controle da HAS, pois possibilitará compreensão e ampliação dos conhecimentos sobre o processo de avaliação dos serviços de saúde, em particular a acessibilidade. Considera-se, portanto, ter o estudo grande importância para a qualificação da assistência prestada, favorecendo a proposição de medidas e de intervenção pelos sujeitos envolvidos neste processo.

Os resultados encontrados, juntamente com outros aspectos fundamentais dos serviços de saúde, contribuirão para a redução da morbimortalidade causada pela HAS, pois se observa a escassez de pesquisas voltadas para a acessibilidade, em particular no que diz respeito a este grande problema de saúde pública. Também se destaca o município estudado, pois ele foi pioneiro na realização das políticas para a ESF na década de 1990 e agora está tendo a oportunidade de passar por esta avaliação, que tem sido objeto constante de trabalho do Ministério da Saúde. Isto possibilitará o fornecimento de diretrizes e subsídios aos gestores e profissionais da saúde, para que a ESF seja, de fato, a porta de entrada para a atenção à saúde, garantindo os princípios doutrinários do SUS – universalidade, integralidade e equidade

– e proporcionando uma acessibilidade satisfatória, sem barreiras e dificuldades.

CONCLUSÃO |

Com base no exposto, podemos concluir que a ESF do município de Campina Grande / PB foi considerada pelos usuários hipertensos a porta de entrada para a atenção à saúde, pois facilitou o acesso aos serviços de saúde, principalmente no momento do tratamento da HAS, não apresentando barreiras geográficas e econômicas. Foram observadas dificuldades no acesso aos serviços no momento do início dos primeiros sinais e sintomas, mostrando-se ainda certa fragilidade da ESF no atendimento às urgências, fazendo com que os usuários procurassem os serviços hospitalares e contribuindo para maiores gastos e deslocamentos.

Assim, estes resultados devem proporcionar ações além do âmbito acadêmico, pois, certamente, a presente investigação assume um compromisso, levando estas informações aos DS investigados, proporcionando uma discussão profunda entre os profissionais da saúde, usuários do serviço e os gestores. Com isso, vislumbrar-se-ão possibilidades de construção de alternativas conjuntas entre serviço de saúde e usuários, acerca das intervenções mais condizentes com os problemas e situações identificadas, visando ao aperfeiçoamento no cotidiano dos serviços de saúde, propiciando avanços importantes no âmbito da produção de cuidados e gestão dos serviços de saúde.

Espera-se, com isso, a garantia do cuidado necessário, por parte dos serviços de saúde, aos seus usuários hipertensos, atendendo suas reais necessidades, tendo como finalidade estabelecer de um planejamento para subsidiar ações programáticas específicas que visem à prevenção e à diminuição da morbimortalidade proporcionada pela HAS.

REFERÊNCIAS |

1 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

2 - Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia.

VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(1supl.1):1-51.

3 - Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.

4 - Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1997. p. 114-20.

5 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Primária em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

6 - Brasil. Ministério da Saúde. 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.

7 - Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.

8 - Hartz ZMDA; Silva LMVD. Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

9 - Tanaka YO; Melo C. Reflexões sobre avaliação em serviços de saúde e adoção de abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM; Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p.121-36.

10 - Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. Projeto de Implantação. Programa Saúde da Família: projeto de implantação. Campina Grande: Secretaria Municipal de Saúde; 1994.

11 - 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.

12 - Almeida C; Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

- 13 - 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. É uma pesquisa.
- 14 - Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 09 de outubro de 1996. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 16 out. 1996, Seção 1, p. 50-3.
- 15 - Nunes LN. Métodos de imputação de dados aplicados na área da saúde [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- 16 - Hair Jr JF; Anderson RE; Tatham RL; Black WC. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- 17 - Braga ACS. Curvas ROC: Aspectos funcionais e aplicações [tese]. Braga: Universidade do Minho; 2000.
- 18 - Motta VT. SPSS: Análise de dados Biomédicos. Rio de Janeiro: Medbook; 2009.
- 19 - Brasil. Ministério da Saúde. 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. Ministério da Saúde: Brasília; 2006.
- 20 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1020, de 13 de maio de 2009. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 15 maio 2009, Seção 1, p. 58-65.
- 21 - Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad Saúde Pública. 2010; 26(2):286-98.
- 22 - Souza ACC, Moreira TMM, Silva MRF, Almeida PC. Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza, CE, Brasil. Rev Bras Enferm. 2009; 62(4):535-9.
- 23 - Barros DM, Sá MC. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. Ciênc Saúde Colet. 2010; 15(5):2473-82.
- 24 - Oliveira LH. Cidadãos peregrinos: Os ‘usuários’ do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial: uma análise a partir de usuários do SUS no município de Juiz de Fora [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.
- 25 - Araújo JC; Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. Rev Saúde Pública. 2007; 41(3):368-74.

Correspondência para/ Reprint request to:

Erik Cristóvão Araújo de Melo

Universidade Federal de Campina Grande

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Av. Juvêncio Arruda, 795

Bodocongó - Campina Grande - PB

CEP: 58.109-790

Tel.: (83) 2101-1684

E-mail: erikcristovao@hotmail.com

Recebido em: 10-12-2012

Aceito em: 3-9-2013