

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial  
sistêmica à estratégia de saúde da família em Campina  
Grande/PB**

**Erik Cristóvão Araújo de Melo**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração Saúde Pública.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Maria Aparecida  
Alves Cardoso**

**Campina Grande**

**2011**

**Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial  
sistêmica à estratégia de saúde da família em Campina  
Grande/PB**

**Erik Cristóvão Araújo de Melo**

**Dissertação apresentada à Universidade  
Estadual da Paraíba – UEPB, em  
cumprimento dos requisitos necessários  
para a obtenção do título de Mestre em  
Saúde Pública. Área de concentração Saúde  
Pública.**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Maria Aparecida  
Alves Cardoso**

**Campina Grande  
2011**

## FICHA CATALOGRÁFICA

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação

### FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

M528a Melo, Erik Cristóvão Araújo de.

Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica à estratégia de saúde da família em Campina Grande - PB [manuscrito] / Erik Cristóvão Araújo de Melo. – 2011.

111 f. : il. color.

Digitado

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2011.

“Orientação: Profa. Dra. Maria Aparecida Alves Cardoso, Departamento de Enfermagem”.

1. Hipertensão arterial. 2. Atenção à Saúde. 3. Saúde Pública. I. Título.

21. ed. CDD 616.132

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**Erik Cristóvão Araújo de Melo**

**Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica à estratégia de  
saúde da família em Campina Grande/PB**

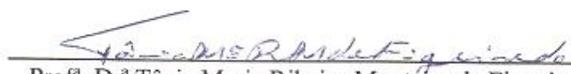
**Orientadora: Prof. Drª Maria  
Aparecida Alves Cardoso**

**Dissertação apresentada à  
Universidade Estadual da Paraíba –  
UEPB, em cumprimento dos  
requisitos necessários para a obtenção  
do título de Mestre em Saúde Pública.  
Área de concentração Saúde Pública.**

Aprovada em: 20 de JUNHO de 2011.

Banca Examinadora

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Drª Maria Aparecida Alves Cardoso  
UEPB

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Drª Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo  
UEPB

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Neir Antunes Paes  
UEPB

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu querido e adorado filho Ícaro e minha querida esposa Aluska Peres com todo meu amor!!

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus pela inspiração, força nos momentos de dificuldade e por me conceder a serenidade para a plena concretização deste trabalho, deste sonho. Sem Ele nada disso seria possível.

A minha esposa Aluska Peres, agradeço por ser o meu conforto, a minha paz, a minha fonte de inspiração, pois sei que em qualquer momento terei o calor do seu amor, este por sua vez sempre me fortalecerá para as lutas da vida. TE AMO, hoje, amanhã e sempre.

Ao meu filho Ícaro, meu anjo, meu maior agradecimento por sua compreensão e carinho, diante de sua inocência diante de todos os momentos de ausência e de abdicção de sua companhia, sempre por você.

A minha família, meus pais Carminha e Joaquim pelo incentivo sempre presente. Aos meus irmãos Beatriz, Mahatma e Michelle, as minhas sobrinhas Aline, Amanda, Lara e Isabella, aos meus cunhados (as) Ahyanna, Lorena e Leonardo, aos meus sogros Maria do Carmo e Ailton. Todas estas pessoas foram extremamente importantes nesta caminhada, mesmo de fora, mas sempre presentes, nos momentos que precisei, com uma simples palavra de incentivo, apoio, encorajamento e confiança fizeram parte dessa caminhada.

As professoras Maria Aparecida Alves e Tânia Ribeiro por acreditarem em meu trabalho, pela confiança nos caminhos que segui na construção de conhecimentos e pelo compromisso e parceria fundamental na plena realização dessa dissertação.

A todos os colegas do projeto de pesquisa da hipertensão arterial do NEPE/UEPB (Talina, Valdênia, Mayla, Flávia Nunes, Flávia Albuquerque, Fábila, Heloisy, Andressa, Julianny, Layanne, Salete e Fernanda).

Aos professores e colegas de trabalho do curso de Enfermagem da UFCG/CCBS, em especial as parceiras de disciplina Lidiany Galdino e Kleane Maria, a coordenadora Sheila Milena e ao diretor do CCBS Paulo de Freitas pela compreensão e apoio sempre presentes nessa jornada.

Aos professores, colegas e funcionários do Mestrado em Saúde Pública da UEPB, pela parceria constante.

Aos profissionais da saúde e os usuários hipertensos que gentilmente aceitaram participar do estudo.

## RESUMO

Melo ECA. Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica à estratégia de saúde da família em Campina Grande/PB. [dissertação]. Campina Grande (PB): Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba, 2011.

**Objetivo:** Avaliar a acessibilidade dos usuários hipertensos cadastrados no HIPERDIA, durante os anos de 2006 e 2007, à 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, obtida através de amostragem por conglomerados. Para o processo de análise de dados foi utilizado o pacote IBM SPSS Statistics 13.0. Foi utilizado um instrumento adaptado por Paes (2008) do instrumento validado para avaliar a atenção para a tuberculose proposto por Villa e Ruffino-Neto (2009), o qual foi baseado em um questionário para avaliar serviços de atenção primária a saúde no Brasil, elaborado por Almeida e Macincko (2006), norteado pelo instrumento da Bárbara Starfield e Macincko para avaliar a atenção primária em saúde em países desenvolvidos. **Resultados:** Em relação ao perfil sócio-demográfico e fatores de risco, 27,3% tinham a idade entre 60-69 anos, a renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos, 77% do sexo feminino, 40,1% de baixa escolaridade e 35,9% de aposentados; presença de antecedentes familiares cardiovasculares, não tiveram Diabetes Mellitus, não eram tabagistas, não eram sedentários, sobrepeso, tiveram Infarto Agudo do Miocárdio, outras coronariopatias e Acidente Vascular Encefálico. Em relação a acessibilidade, obtemos através do Índice Composto, níveis satisfatórios referentes a acessibilidade geográfica e econômica. Já a acessibilidade organizacional e sócio-cultural obteve níveis regulares. **Conclusão:** Conclui-se que este estudo é de extrema relevância devido à escassez de pesquisas voltadas para a acessibilidade, e ao ineditismo em relação à atenção a HAS, sendo o município de Campina Grande/PB, pioneiro na realização das políticas para a Estratégia Saúde da Família, bem como agora com a avaliação das mesmas, que estão em curso a mais de uma década e têm sido objeto constante de avaliação do Ministério da Saúde. Isto possibilitará o fornecimento de diretrizes e subsídios aos gestores e profissionais da saúde, para que a ESF, seja na realidade, a porta de entrada para a atenção à saúde, garantindo os princípios doutrinários do SUS: universalidade, integralidade e equidade, proporcionando uma acessibilidade satisfatória, sem barreira e dificuldade. Espera-se, com isso, a garantia do cuidado necessário aos seus usuários hipertensos, atendendo suas reais necessidades, em especial ao perfil destes encontrados no estudo, tendo como finalidade o estabelecimento de um planejamento para subsidiar ações programáticas específicas que visem à prevenção e diminuição da morbimortalidade proporcionada pela HAS.

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

## **ABSTRACT**

Melo ECA. Accessibility for users with hypertension to the strategy of family health in Campina Grande / PB. [Dissertation]. Campina Grande (PB): Graduate Program in Public Health, State University of Paraíba, 2011.

**Objective:** To evaluate the accessibility of users registered in hypertensive HIPERDIA during the years 2006 and 2007, the strategy family health in Campina Grande / PB. **Methods:** A cross-sectional descriptive study, done in the hypertensive population enrolled in HiperDia (n = 17,658) from a sample of 382 users, obtained through cluster sampling. For the process of data analysis we used the IBM package SPSS 13.0. We used an instrument adapted by Paes (2008), validated instrument to assess attention to tuberculosis proposed by Villa and Ruffino-Neto (2009), which was based on a questionnaire designed to assess primary care services to health care in Brazil, developed by Almeida and Macincko (2006), guided by the instrument of Barbara Starfield and Macincko to assess the primary health care in developed countries. **Results:** In relation to socio-demographic and risk factors, 27.3% were aged 60-69 years, family income between 1 to 2 minimum wages, 77% female, 40.1% with low education and 35.9% of retirees, presence of cardiovascular family history, did not have diabetes mellitus, were not smokers, were not sedentary, overweight, had acute myocardial infarction, other coronary heart disease and stroke. Regarding accessibility, we get through the Composite Index, satisfactory levels related to geographic and economic accessibility. Since organizational accessibility and socio-cultural levels obtained regular. **Conclusion:** We conclude that this study is extremely relevant because of the paucity of research focused on accessibility, originality and attention in relation to hypertension, and the city of Campina Grande / PB, a pioneer in the implementation of policies for the Family Health Strategy, and now with their evaluation, which are ongoing for over a decade and have been the subject constant evaluation of the Ministry of Health This will enable the provision of subsidies and guidelines to managers and health professionals, so that the ESF, is actually the gateway to health care, ensuring the doctrinal principles of the SUS: universality , completeness and fairness, providing a satisfactory access, without barriers and difficulties. It is expected, thereby ensuring the necessary care to their hypertensive users, meeting their real needs, particularly the profile of these found in the study, with the goal to establish a plan to subsidize specific program actions aimed at prevention and reduction morbidity and mortality afforded by hypertension.

**Keywords:** Hypertension; Accessibility to health services, assessment of health services.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Serviço de saúde que diagnosticou a HAS nos usuários cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011 \_\_\_\_\_58
- Figura 2** Serviço de saúde que realizava consultas para o tratamento da HAS nos usuários cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011 \_\_\_\_\_58
- Figura 3** Serviço de saúde que disponibilizava a medicação para o tratamento da HAS nos usuários cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011 \_\_\_\_\_59
- Figura 4** Mapa da atenção primária do município de Campina Grande/PB \_\_\_\_\_65

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Perfil sócio-demográfico dos hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011 \_\_\_\_\_50
- Tabela 2** Caracterização dos fatores de risco dos hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011 \_\_\_\_\_53
- Tabela 3** Valores apresentados a partir do teste de *Alpha de Cronbach* e de números de indicadores segundo as variáveis da acessibilidade, Campina Grande/PB, 2011 \_\_\_\_\_57
- Tabela 4** Média, Desvio-padrão e Intervalo de Confiança dos índices compostos da acessibilidade geográfica dos hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011, segundo os Distritos Sanitários (DS) \_\_\_\_\_61
- Tabela 5** Média, Desvio-padrão e Intervalo de Confiança dos índices compostos da acessibilidade econômica dos hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011, segundo os Distritos Sanitários (DS) \_\_\_\_\_63
- Tabela 6** Média, Desvio-padrão e Intervalo de Confiança dos índices compostos da acessibilidade organizacional dos hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011, segundo os Distritos Sanitários (DS) \_\_\_\_\_68
- Tabela 7** Média, Desvio-padrão e Intervalo de Confiança dos índices compostos da acessibilidade sócio-cultural dos hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011, segundo os Distritos Sanitários (DS) \_\_\_\_\_78

**Tabela 8** Escala do grau de satisfação dos usuários em relação aos profissionais que o atendem os hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011, segundo os Distritos Sanitários (DS)\_\_\_\_\_84

**Tabela 9** Índice Composto da Acessibilidade dos hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011\_\_\_\_\_85

## **LISTA DE QUADROS**

- Quadro 1** Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)\_\_\_\_\_25
- Quadro 2** Principais causas identificáveis de hipertensão arterial secundária\_\_\_\_\_26
- Quadro 3** Síntese do desenvolvimento dos índices compostos da acessibilidade\_\_\_\_\_43
- Quadro 4** Variáveis sócio-demográficas e fatores de risco dos hipertensos cadastrados no Hiperdia, Campina Grande, 2006/2007\_\_\_\_\_44
- Quadro 5** Variáveis relacionadas a acessibilidade dos hipertensos cadastrados no Hiperdia, Campina Grande, 2006/2007\_\_\_\_\_45

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
ANOVA	Análise de variância
AVE	Acidente vascular encefálico
CONASEMS	Conselho nacional dos secretários municipais de saúde
CONASS	Conselho nacional dos secretários estaduais de saúde
DAC	Doença arterial coronariana
DCV	Doença cardiovascular
DIC	Doença isquêmica cardíaca
DM	Diabetes mellitus
DP	Desvio padrão
DS	Distrito sanitário
ECA	Enzima conversora da angiotensina
ESF	Estratégia saúde da família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IC	Intervalo de confiança
IDH	Índice de desenvolvimento humano
IMC	Índice de massa corpórea
LED	Laboratórios de estudos demográficos
LOS	Leis orgânicas da saúde
MAPA	Medição ambulatorial da pressão arterial
mmHg	Milímetros de mercúrio
MRPA	Medição residencial da pressão arterial
MS	Ministério da saúde
NaCl	Cloreto de sódio
NEPE	Núcleo de estudos e pesquisas epidemiológicas
NOB	Normas operacionais básicas
PA	Pressão arterial
PACS	Programa de agentes comunitários da saúde
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PIB	Produto interno bruto

PPT	Probabilidade proporcional ao tamanho
PSF	Programa de saúde da família
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SIAB	Sistema de informação da atenção básica
SUS	Sistema único de saúde
UBS	Unidade básica de saúde
UBSF	Unidade básica de saúde da família
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UPA	Unidade de pronto atendimento

## **SUMÁRIO**

1. Apresentação	17
2. Introdução	18
3. Objetivos	21
3.1. Objetivo Geral	21
3.2. Objetivos Específicos	21
4. Pergunta Condutora	22
5. Referencial Teórico	23
5.1. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	23
5.2. Políticas Públicas e a Contemporaneidade	30
5.3. Avaliação de Serviços de Saúde	32
5.4. Acessibilidade	34
6. Materiais e Métodos	39
6.1. Tipo de Estudo	39
6.2. Local do Estudo	39
6.3. População e Amostra	40
6.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	42
6.5. Instrumento de Coleta de Dados	42
6.6. Variáveis do Estudo	44
6.7. Coleta de Dados	47
6.8. Considerações Éticas	47
6.9. Processamento e Análise dos Dados	48
7. Resultados e discussão	50
7.1. Perfil Sócio-demográfico e Fatores de Risco	50
7.2. Avaliação da Acessibilidade	56
Consistência Interna do Instrumento	56
Porta de Entrada	57

Acessibilidade Geográfica e Econômica	59
Acessibilidade Organizacional	67
Acessibilidade Sócio-cultural	76
Índice Composto da Acessibilidade	85
8. Conclusão	86
9. Referências bibliográficas	89
Anexos	97
Apêndices	99

## **1. APRESENTAÇÃO**

Este projeto de pesquisa é parte de um estudo intitulado: *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* (PAES, 2008), de caráter multicêntrico, cooperativo e multidisciplinar (edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/MS – N.º 37/2008) e foi desenvolvido pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), tendo como cenário de estudo os municípios de João Pessoa/PB, Campina Grande/PB e Natal/RN, respectivamente.

O projeto central foi coordenado pelo professor da UFPB, Dr. Neir Antunes Paes, lotado no Departamento de Estatística, coordenador do Laboratório de Estudos Demográficos (LED).

No município de Campina Grande/PB o estudo foi desenvolvido no Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas (NEPE) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), e coordenado pelas Professoras Dra. Maria Aparecida Alves Cardoso e Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo. No âmbito da UEPB, foram inseridos dois alunos do mestrado em Saúde Pública e seis alunas da graduação e iniciação científica. No âmbito da UFPB, foram inseridos três alunos do mestrado em Modelos de Decisão em Saúde e dois alunos do apoio técnico.

## **2. INTRODUÇÃO**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), uma entidade clínica com vários fatores, é conceituada de acordo com o *VII Report of the Joint National Committee on Detection, Education, and Treatment of High Blood Pressure* e pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados e persistentes (pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg), associados às alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010; BRASIL, 2006a; THE SEVENTH REPORT OF THE JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE, 2003).

A HAS é uma das afecções mais comuns do mundo moderno e atinge, em média, de 15% a 20% da população adulta, sendo responsável por 80% dos óbitos por hemorragia cerebral, mais de 50% dos acidentes vasculares encefálicos (AVE) isquêmicos, 40% dos óbitos por doença coronariana, 40% a 60% dos casos de infarto do miocárdio e 95% dos casos de obstrução arterial periférica e ainda aneurisma dissecante da aorta, hemorragia cerebral e insuficiência renal (BAPTISTA, 2008; BERLEZI, 2007; BRASIL, 2006b; MELO, 2006; MUXFELD, 2004).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade desta entidade clínica é muito alta e por tudo isso, esta sendo tratada como um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo por sua magnitude, risco e dificuldade de controle. Em estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, observou-se que 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%) (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010; BERLEZI, 2007; BRASIL, 2006b; NOBLAT, 2004).

Com base no exposto, no ano de 2000 foi implantado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil, pelo Ministério da Saúde, em parceria com as sociedades brasileiras de Cardiologia, Nefrologia, Hipertensão e Diabetes, secretarias estaduais e municipais de Saúde, conselhos nacionais de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Federação Nacional de Portadores de Hipertensão e de Diabetes, em uma ação conjunta da União, estados e municípios (BRASIL, 2004).

O plano teve por objetivo estabelecer diretrizes e metas para a reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS), investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico do diabetes e da hipertensão, proporcionando a vinculação dos pacientes diagnosticados às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, e promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas condições (BRASIL, 2004, 2006a).

Este desafio é, sobretudo, da atenção primária, notadamente da Estratégia saúde da família que têm importância primordial através do HiperDia direcionar os mecanismos de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007; BAPTISTA et al., 2008; BRASIL, 2006a, 2006b; MELO, 2006).

Para se ter sucesso neste processo de reestruturação, focando a diminuição da morbimortalidade da HAS, necessita-se 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 população. É dentro desta perspectiva que a avaliação ganha considerável importância, pois se torna instrumento fundamental para almejar as mudanças pretendidas, revelando a adequação e compatibilidade das atividades desenvolvidas pelos programas e estratégias, e os impactos sobre a população (BRASIL, 2004; FEKETE, 1997).

Para que se mantenha a organização de um serviço de saúde, deve-se inicialmente existir uma porta de entrada, e este deve ser de fácil acesso, pois é reconhecido que este procedimento é o ponto inicial para o sucesso de qualquer estratégia (SOUZA, 2008).

O acesso tem um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável. Alguns autores empregam o substantivo acessibilidade –

caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Acesso e acessibilidade mostram que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde (SOUZA, 2008; STARFIELD, 2002).

A acessibilidade é compreendida como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, neste caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los e pode ser classificada em geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica. A acessibilidade é, assim, fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde (DONABEDIAN, 2003).

Considerando que é um problema fundamental para o desenvolvimento do processo de avaliação a carência de informações quantitativas e qualitativas para a construção de indicadores e a grande disparidade das informações disponíveis nas instituições e níveis do sistema de saúde. Objetivamos que este estudo proporcione uma melhoria no estabelecimento de novas relações entre usuários, profissionais e serviços de saúde, alicerçadas na humanização e nos direitos de cidadania, com dinâmicas interativas e complementares, observando suas potencialidades e desafios da integralidade do cuidado na Hipertensão Arterial Sistêmica, a partir da percepção de usuários, visto seu ineditismo.

Propõe então que ocorra o auxílio para subsidiar a formulação e avaliação das políticas públicas que contemplem ações de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no município de Campina Grande/PB, visto seu pioneirismo na realização e execução destas políticas, em particular a Estratégia Saúde da Família, contribuindo com os gestores municipais de saúde no planejamento, organização, gerência, monitoramento e avaliação das ações de controle da HAS, em particular a acessibilidade aos serviços que oferecem estas ações, diminuindo assim morbimortalidade proporcionada por este sério problema de saúde pública mundial.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL:**

Avaliar a acessibilidade dos usuários hipertensos cadastrados no Hiperdia, durante os anos de 2006 e 2007, à estratégia de saúde da família em Campina Grande – Paraíba.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Desenhar o perfil sócio-demográfico e os fatores de risco dos hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família;

Avaliar a acessibilidade geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica dos usuários atendidos na Estratégia Saúde da Família com Hipertensão Arterial Sistêmica.

#### **4. PERGUNTA CONDUTORA**

A estratégia saúde da família no município de Campina Grande/PB proporciona acessibilidade aos usuários hipertensos?

## **5. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **5.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)**

#### **Aspectos básicos:**

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A HAS apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Nas últimas décadas, houve um aumento das taxas de morbi-mortalidade das doenças crônicas degenerativas, possivelmente por modificações sociais, comportamentais e econômicas que ocorreram com a globalização, e dentre estas doenças há uma incidência cada vez maior de doenças cardiovasculares cuja causa esta relacionada com a HAS, decorrente da tensão social, do estresse e da alimentação não adequada, onde se caracteriza como o maior fator de risco para as doenças vasculares coronariana, cerebral e renal. Apesar dos avanços significativos no reconhecimento e controle, ela continua sendo a principal causa de morte e de incapacidade entre adultos que vivem hoje em sociedade não primitiva (LESSA, 2001).

#### **Definição:**

A HAS, também conhecida como pressão alta, é conceituada pelas *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial* como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica e/ ou 90 mmHg de diastólica — em pelo menos duas aferições subseqüentes — obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranqüilo. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, e é por isso que, quase sempre, acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com conseqüentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010; SILVA; SOUZA, 2004).

### Prevalência:

A HAS é uma doença crônica não transmissível altamente prevalente, de elevado custo econômico-social, principalmente em decorrência das suas complicações, e com grande impacto na morbi-mortalidade brasileira e do mundo.

A prevalência mundial estimada é da ordem de 1 bilhão de indivíduos hipertensos, sendo que aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano podem ser atribuídos a hipertensão arterial. Cerca de 50 milhões de norte americanos possuem hipertensão arterial. Destes, em torno de 70% tem conhecimento do diagnóstico, porém apenas 59% recebem tratamento e 34% tem seus níveis pressóricos controlados de acordo com as diretrizes atuais (CORREA, 2005).

No Brasil, os estudos que analisam a prevalência da hipertensão arterial são poucos e não representativos. Entretanto, estudos isolados em regiões diferentes do País apontam para uma prevalência estimada da hipertensão arterial na ordem de 22 a 44% da população brasileira (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010; CORREA, 2005).

A probabilidade de um indivíduo apresentar hipertensão arterial ao longo de sua vida é de aproximadamente 90% (COSTA e cols, 2007).

### Morbi-mortalidade:

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento de 60% dos casos da doença em 2025. Em estudos realizados, aponta-se que atualmente a HAS é responsável por 80% dos óbitos por hemorragia cerebral, mais de 50% dos acidentes vasculares encefálicos (AVE) isquêmicos, 40% dos óbitos por doença coronariana, 40% a 60% dos casos de infarto do miocárdio e 95% dos casos de obstrução arterial periférica e ainda aneurisma dissecante da aorta, hemorragia cerebral e insuficiência renal (BAPTISTA et al., 2008; BERLEZI, 2007; BRASIL, 2006b; MELO, 2006, MUXFELD et al., 2004).

No Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbi-mortalidade desta entidade clínica é muito alta e por tudo isso, esta sendo tratada como um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo por sua magnitude, risco e dificuldade de controle (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS

DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010; BERLEZI, 2007; BRASIL, 2006b; NOBLAT et al., 2004).

Ocorreram no Brasil, de janeiro de 1998 a junho de 2001, 204.227 internações hospitalares de mulheres por hipertensão e 339.825 de homens, atingindo respectivamente, 11,6% e 17,4% das internações por doenças cardiovasculares (DCV) específicas (LESSA, 2001).

A HAS e as doenças relacionadas à pressão arterial são responsáveis por alta frequência de internações. Insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais frequente que as internações por acidente vascular encefálico. Já em 2005 ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,28 (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

#### Classificação e etiologia:

A HAS pode ser classificada segundo sua causa de base (primária ou secundária) e de acordo com os níveis tensionais (Quadro 1).

**Quadro 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).**

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

*Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.*

Fonte: VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2010)

A hipertensão arterial primária ou essencial representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental. A hipertensão arterial secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária (CORREA, 2005) (Quadro 2).

**Quadro 2 - Principais causas identificáveis de hipertensão arterial secundária.**

Doenças do parênquima renal
Coarctação de aorta
Síndrome de Cushing e corticoterapia prolongada
Induzida por drogas
Uropatia obstrutiva
Feocromocitoma
Hipertensão renovascular
Hiperaldosteronismo primário
Apnéia do sono
Etilismo
Doenças das glândulas tireóide e paratireóide

Fonte: Estudo realizado por Correa, 2005.

Fatores de Risco:

São fatores associados de modo significativo ao aparecimento ou piora da hipertensão arterial primária (90% de todos os casos), sem haver relação de causa e efeito (FERREIRA et al., 2009):

- Fatores genéticos: herança e raça.

- Fatores dietéticos:

a) excesso calórico, à custa das proteínas;

b) excesso de consumo de cloreto de sódio (NaCl);

c) excesso de consumo etílico;

d) excesso de lipídeos na alimentação, principalmente o colesterol e gorduras saturadas;

e) déficit de cálcio, potássio, magnésio e fibras na alimentação;

f) consumo de cafeína.

- Fatores ambientais:

a) consumo de água mineral que contenha excesso de sódio e cádmio;

b) estresse ambiental (ruído excessivo).

- Fatores psicossociais:

a) tipo de personalidade;

b) estresse emocional;

c) estresse psicossocial e tensão ocupacional.

- Outros fatores:

a) obesidade;

b) sedentarismo;

- c) tabagismo;
- d) sexo;
- e) idade;
- f) hipercolesterolemia e hiperlipidemia;
- g) aumento da atividade do sistema nervoso simpático;
- h) aumento ou secreção inapropriada de renina;
- i) resistência a insulina.

#### Sinais e Sintomas:

Como a HAS é silenciosa e assintomática, poucas queixas são relatadas pelos pacientes. Eventualmente ocorrem dores de cabeça na região posterior da nuca ao levantar, que quase sempre desaparece com o decorrer do dia, tontura, falta de ar, cansaço com os exercícios, vista turva e, às vezes, sangramento nasal. Cefaléia é geralmente considerada o sintoma mais freqüente e desconfortável. Alguns acreditam que sejam relacionados com a doença, enquanto outros acreditam que amplamente específicos, geralmente psicogênicos, e mais comumente encontrados entre pacientes hipertensos porque são mais questionados sobre esses sintomas. Caso a crise hipertensiva se mantenha, o paciente poderá apresentar-se com palpitações, “angústia”, sudorese profusa, palidez, tremores, náuseas e vômitos (MELO, 2006).

#### Diagnóstico:

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial e a avaliação da eficácia do tratamento.

A medida da pressão arterial deve ser realizada em toda avaliação de saúde, por médicos das diferentes especialidades e demais profissionais da área de saúde, todos devidamente treinados.

O método mais utilizado para medida da pressão arterial na prática clínica é o indireto, com técnica auscultatória e esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide, ambos calibrados (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Alguns estudos têm mostrado que, na prática clínica, nem sempre a medida da pressão arterial é realizada de forma adequada. No entanto, os erros podem ser evitados com preparo apropriado do paciente, uso de técnica padronizada de medida da pressão arterial e equipamento calibrado (FAERSTEIN et al., 2006).

No dias atuais, considera-se a Medida Ambulatória da Pressão Arterial (MAPA), que é um método automático de medida indireta e intermitente da PA durante 24 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades rotineiras, inclusive durante o sono e a Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA), que é o registro da pressão arterial por método indireto, pela manhã e à noite, durante 5 dias, realizado pelo paciente ou outra pessoa treinada, durante a vigília, no domicílio ou no trabalho como ferramentas importantes para a investigação de usuários com suspeita de hipertensão arterial (COLARES et al., 2009).

#### Tratamento:

Estudos recentes demonstraram a eficácia do tratamento anti-hipertensivo na diminuição da taxa de morbi-mortalidade cardiovasculares dos hipertensos moderados e graves, principalmente, no que se refere à prevenção dos acidentes vasculares encefálicos e à insuficiência cardíaca e renal (FONSECA, 1994).

O objetivo inicial do tratamento visa diminuir a Pressão Arterial Diastólica (PAD) a níveis menores que 90 mmHg com efeitos adversos mínimos. A redução excessiva da PA deve ser evitada, principalmente, nos idosos e nos portadores de DCV, pois se verificou que aumenta o risco de morte por cardiopatia isquêmica, provavelmente secundária a hipoperfusão coronária (NOBLAT, 2004).

Basicamente, o tratamento da hipertensão arterial pode ser dividido em não farmacológico e farmacológico. Antes de se optar pelo tratamento farmacológico deve-se tentar controlar os limiares pressóricos do paciente com medidas não farmacológicas, não submetendo, desnecessariamente, ao uso de drogas anti-hipertensivas (REIS; COPLE, 1999).

O tratamento não farmacológico é baseado em modificações de estilo de vida de comprovado valor na redução da pressão arterial: a redução do peso, a redução da ingestão de sódio, maior ingestão de potássio, uma dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com pouco teor de gordura, a diminuição ou abolição do álcool e a atividade física. Alimentos ricos em cálcio atualmente são preconizados em conjunto com toda a série de medidas dietéticas já citadas, que juntas são benéficas para a redução da PA. A ingestão de magnésio, de derivados do ácido ecosanóico e aumento da ingestão de proteínas entre outros, não possuem até o momento evidências de valor comprovado, que indiquem sua utilização. A interrupção do fumo não interfere diretamente sobre a redução da pressão, no entanto trata-se de importante fator de risco cardiovascular e deve ser incentivada (MELO, 2006).

Já o tratamento farmacológico se impõe quando as medidas não farmacológicas não são suficientes para o controle da pressão arterial, nos pacientes com hipertensão em fase I,

conforme a classificação, e imediatamente após o diagnóstico nos pacientes com alto risco cardiovascular ou hipertensão em fase II, qualquer que seja o subgrupo de risco. Em qualquer caso o tratamento não farmacológico sempre deve ser mantido (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010; MELO, 2006).

De acordo com o local de ação, inúmeras drogas têm sido utilizadas, sendo estas distribuídas em classes: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), bloqueadores dos canais de cálcio e antagonistas do receptor AT<sub>1</sub> da angiotensina II (AII) (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010; MELO, 2006; CORREA, 2005).

#### Políticas Públicas:

O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial sistêmica. Nesse contexto, insere-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, com o nome de Programa de Saúde da Família (PSF), onde a atenção é centrada na família e estruturado em uma unidade de saúde, e a população adscrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional. A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional. O agente comunitário de saúde (ACS) é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos seus moldes de atuação tradicional (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005).

Já no ano de 2001 foi implantado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil, pelo Ministério da Saúde, em parceria com as sociedades brasileiras de Cardiologia, Nefrologia, Hipertensão e Diabetes, secretarias estaduais e municipais de Saúde, conselhos nacionais de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Federação Nacional de Portadores de Hipertensão e de Diabetes, em uma ação conjunta da União, estados e municípios. O plano teve por objetivo estabelecer diretrizes e metas para a reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS), investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico do diabetes e da hipertensão, proporcionando a vinculação dos pacientes diagnosticados às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, e promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas condições (BRASIL, 2004).

Nesta perspectiva, muitas ações estão sendo desenvolvidas no país. Uma delas é a disponibilização para estados e municípios de um sistema informatizado, HiperDia, que permite o cadastramento de portadores, o seu acompanhamento, ao mesmo tempo que, a médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social. O HiperDia, é uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS no enfrentamento destas doenças (BRASIL, 2010).

## 5.2. POLÍTICAS PÚBLICAS E A CONTEMPORANEIDADE

A Constituição Federal, promulgada em 3 de outubro de 1988, institui o SUS, cuja formatação final e regulamentação ocorrem mais tarde através das Leis nº 8080, de 19 de setembro de 1990 e da nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a normatização e sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, respectivamente, criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destaca-se, nesse sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993 (JUNIOR, 2006; BRASIL, 2002; MARTINS, 2006; MENICUSSI, 2009).

As Normas Operacionais Básicas por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, voltam-se, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade desse Sistema (JUNIOR, 2006; BRASIL, 2002; MARTINS, 2006; MENICUSSI, 2009).

O processo de formatação e operacionalização do SUS nos Estados e Municípios, através das NOB, que formalizam a transferência da Gestão da Saúde a essas esferas governamentais, tem nas Comissões Intergestores Tripartides no âmbito federal e Bipartides, no âmbito estadual, tendo o espaço institucional de distribuição pactuada de recursos e atribuições entre o nível federal, estadual e municipal (JUNIOR, 2006; BRASIL, 2002; MARTINS, 2006; MENICUSSI, 2009).

O município ou o estado cuida da Saúde Pública por determinação constitucional legal e recebe recursos da União, através do SUS, para a execução desses serviços que devem estar previstos no Plano de Saúde Municipal e Estadual (SENA; SILVA, 2007; JUNIOR, 2006; BRASIL, 2002; MARTINS, 2006; MENICUSSI, 2009).

A organização da assistência foi o foco da atuação setorial desde o início da implantação do SUS e o desafio era substituir o modelo hospitalocêntrico e de livre demanda,

preservando os princípios de universalidade e integralidade. Na primeira metade da década de 1990, foram criados instrumentos para a gestão pública descentralizada de estabelecimentos de saúde, homogeneizando mecanismos de pagamento e monitoramento dos serviços. Mas contando com praticamente a mesma e concentrada capacidade instalada, com a atenção centralizada no hospital e orientada para o atendimento à demanda daqueles que conseguiam acesso. O desafio era expandir a cobertura a fim de propiciar de fato o acesso universal, particularmente às ações de promoção e prevenção. Em 1995 foi iniciada a adoção de medidas mais efetivas para viabilização da mudança do modelo a partir das estratégias do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), com enfoque na promoção e prevenção, e que deveriam buscar a racionalização da utilização dos serviços, ampliar o acesso e melhorar a eficácia e a efetividade das ações, servindo de “porta de entrada” para os outros níveis do sistema de saúde – média e alta complexidades (BRASIL, 2002; MENICUSSI, 2009).

O processo de implantação do SUS caminhou *pari passu* à adoção de uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde, entendida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. Após décadas de privilégio à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, em que a alocação de recursos federais em estados e municípios se dava com base principalmente na produção de serviços e na capacidade instalada, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica, com a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), por meio de incentivos financeiros específicos e da criação de mecanismos de transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município (*per capita*) (ESCOREL et al., 2007).

A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. O modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos (BRASIL, 2005).

A estratégia de saúde da família encerra, em sua concepção, mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao constituir uma equipe multiprofissional responsável

pela atenção à saúde de uma população circunscrita, voltados para a ação comunitária, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade (ESCOREL et al., 2007; BRASIL, 2005).

Em relação a HAS, a estratégia de saúde da família tem papel fundamental, pois é nela que as ações propostas pelo Plano Nacional de Reorganização da Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, implantado em 2001, venham a se tornar eficazes e eficientes a partir da atenção básica. A o auxílio do HiperDia, que é um sistema informatizado nacional de cadastro e acompanhamento de casos de diabetes e hipertensão, o que possibilita ao gestor federal, estadual ou municipal planejar as necessidades de atendimento desse público (BRASIL, 2004, 2006a).

### 5.3. AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

De acordo com Contandriopoulos; Champagne; Denis; Pineault (1997), a avaliação é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação também pode ser conceituada como um processo participativo de interpretação parcial de cenários pré-delimitados (ou construídos) - inserido numa realidade complexa, não-linear, permeada por relações de poder e fundamentado em sistematizações formais de análise - que visa explicitar situações para orientar ações e intervenções críticas no contexto sócio-histórico (BRASIL, 2005).

Para Tanaka e Melo (2004), a avaliação é uma função de gestão destinada a auxiliar o processo de decisão visando torná-lo o mais racional e efetivo possível. Na atual conjuntura, o alto custo da atenção a saúde, seja por sua cobertura ou complexidade, tem exigido dos gestores decisões que beneficiem maior número de usuários e que consigam resultados mais equitativos com os mesmos recursos disponíveis.

A avaliação em saúde é 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 ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades.

A avaliação como componente da gestão em saúde tem hoje um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve 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 população. A avaliação de políticas, programas e projetos pode recortar todos os níveis do sistema de saúde. E, embora a avaliação de políticas frequentemente envolva a avaliação de programas (BRASIL, 2005).

As avaliações de programas em saúde têm como foco de análise os programas (tomados aqui no sentido em que é utilizado na literatura americana), como processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos especificados. Portanto, são considerados programas, tanto aquelas propostas voltadas para a realização de um macro objetivo, como a implantação de formas de atenção para populações específicas (NOVAES, 2000).

A avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas (BRASIL, 2005).

Em se tratando da avaliação da atenção básica, o objeto da avaliação é um objeto em movimento. As três esferas de governo são co-responsáveis no que se refere à avaliação da atenção básica. Deve-se reforçar seu caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático (BRASIL, 2005).

Apesar de reconhecer que existem inúmeras definições de avaliação, sua essencialidade se localiza no julgamento de valor de uma intervenção. O enfoque no programa de saúde ultrapassa os limites da prestação dos serviços, como respostas dirigidas aos problemas de saúde individuais, sem, no entanto, excluí-los, colocando-os na perspectiva das intervenções coletivas que interagem no processo saúde-doença e exigem uma abordagem micro/macro contextual dos profissionais com ela envolvidos. Se as políticas de saúde estão relacionadas à melhoria do status de saúde da população, as ações programáticas constituem o suporte operacional no qual elas podem ter sua efetividade analisada (HARTZ; CAMACHO, 1996).

A atenção básica em saúde tem desempenhado papel de destaque nas reformas contemporâneas da saúde. Entretanto, o impacto da atenção básica no sucesso destas reformas não foi sistematicamente investigado. Quase um quarto de século após Alma Ata (1978) existe pouca evidência disponível sobre o impacto da atenção básica na saúde da população e, menos ainda, no desenvolvimento socioeconômico ao longo do tempo. A discussão recente sobre a avaliação dos sistemas de serviços de saúde reconhece a importância de definir os seus limites, explicitando-se claramente as áreas passíveis de intervenção direta das autoridades sanitárias. No que toca à atenção básica, a avaliação se enfrenta com o problema adicional de que não existe consenso na literatura sobre uma definição, tendo sido conceituada de forma diferente, no tempo e no espaço (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Historicamente, as próprias definições de atenção básica dificultaram a medida do seu impacto na saúde da população. Esse desafio pode ser superado pela avaliação dos elementos estruturais e processuais da atenção básica. Entre os elementos estruturais, quatro definem o potencial da atenção primária: acesso, elenco de serviços, população adscrita e continuidade (ou atenção contínua). E os elementos processuais incluem a utilização de serviços e o reconhecimento das necessidades de saúde da população. É necessário pelo menos um dos quatro elementos estruturais e pelo menos um dos dois elementos processuais para medir o potencial e alcance de cada um dos atributos da atenção primária (desempenho), que são: porta de entrada, longitudinalidade, elenco de serviços e coordenação (STARFIELD, 2002).

#### 5.4. ACESSIBILIDADE

##### Conceitos:

A acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a atenção primária. Para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível; se não, a atenção será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema (STARFIELD, 2002).

Para operacionalizar o processo avaliativo pode-se tomar como eixo de análise o estudo da acessibilidade que permite apreender a relação existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de ‘ações de saúde’, e a oferta de recursos para satisfazê-las (FEKETE, 1997).

A acessibilidade aos serviços de saúde tem-se assumido como um conceito muito complexo. A terminologia empregada também é variável. Alguns autores empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o

grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Acesso e acessibilidade mostram que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade (SOUZA, 2008; STARFIELD, 2002).

Encerrando várias vertentes, onde define-se acessibilidade como sendo a possibilidade de obter cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários, nas condições mais convenientes e favoráveis. Esta possibilidade deverá pautar-se pelo princípio da equidade, tendo em conta as características de cada comunidade (REMOALDO, 2003).

A acessibilidade como a relação dos recursos de poder dos usuários (econômicos, sociais ou culturais) e os obstáculos existentes (geográficos, organizacionais ou econômicos) (BOTTARI, 2008).

A acessibilidade é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários (DONABEDIAN, 2003).

Numa compreensão ampliada, acessibilidade é o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Este enfoque de grau de ajuste permite identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a busca e obtenção desta assistência (FEKETE, 1997).

#### Dimensões da Acessibilidade:

Para a ampliação o conceito da acessibilidade, deve-se conhecer barreiras no ajuste entre oferta e busca por saúde, onde resulta-se de uma combinação de vários fatores de dimensões distintas, que podem ser classificadas como (FEKETE, 1997; BRASIL, 2005; DONABEDIAN, 2003):

Acessibilidade geográfica: trata-se da distância da população ao serviço de saúde, relacionando-se à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros, referindo-se também ao acesso topográfico, pela presença de morros e declives. Mesmo garantindo acesso geográfico, não há como assegurar a busca do usuário pelo serviço de saúde, pois fatores como preferência por outros locais, por outros profissionais e horários também definem a busca, não havendo assim como medi-la apenas pela distância, e sim em relação ao tempo que, pelos meios habituais de transporte, se consome para obter assistência à saúde.

Acessibilidade organizacional: está relacionada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde, representada por fatores internos e externos da unidade de saúde. O primeiro, caracteriza-se pela demora para obter uma consulta, tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento. Já o segundo, refere-se ao tempo de espera para ser atendido pelo médico e para fazer exames laboratoriais. Porém, estes obstáculos não se limitam ao contato com a unidade de saúde, devendo-se considerar mais amplamente no que se refere a continuidade da assistência, tendo como exemplo o mecanismo de referência e contra-referência, bem como o grau de hierarquização da rede.

Acessibilidade sócio-cultural: Os obstáculos relativos à acessibilidade sócio-cultural podem ser enfocados de acordo com duas perspectivas, a primeira é a da população, onde cabe-se destacar a percepção que o indivíduo tem sobre a gravidade de sua doença, etiologia, tipo de tratamento e nível de conhecimento sobre a oferta de serviços de saúde; medo do diagnóstico e das intervenções dele decorrentes; crenças e hábitos quanto aos cuidados com a saúde; dificuldades de comunicação com a equipe de saúde. A segunda é a perspectiva quanto ao sistema de saúde, onde considera-se a formação de profissionais de saúde desvinculada da realidade das condições de vida e de saúde da população; falta de preparo das equipes de saúde e das instituições frente a diversidade de pacientes com distintas características sócio- culturais.

Acessibilidade econômica: caracteriza-se quando os serviços não conseguem suprir a demanda, obrigando os indivíduos a investir em saúde e em tratamentos e aumentando o gasto em saúde da população. Este gasto inclui o consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência à saúde, os prejuízos por perda de dias de trabalho, as possíveis perdas decorrentes de afastamento (licença médica) por doenças, o custo do tratamento (medicamentos) e outros.

#### Acessibilidade nos Serviços de Saúde e na Atenção Básica

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, garantida pela Constituição Federal e leis orgânicas Lei N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei N.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com seus princípios doutrinados e preceitos constitucionais de universalidade (acesso da população a qualquer serviço de saúde); equidade (acesso em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema) e integralidade (ações integrais e não mais fragmentadas), representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. O SUS em um dos seus princípios básicos, *universalidade do acesso aos*

*serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição, encontra-se a abordagem da acessibilidade (SOUZA, 2008; ESCOREL et al., 2007).*

Para Unglert (1990), a equidade é entendida como a igualdade no acesso à saúde e deve ser provida como um direito, de todo o cidadão. O acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde. Neles atuam fatores geográficos, organizacionais, sócio-culturais e econômicos que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país. Não se pode, todavia, deixar de enfatizar que a acessibilidade dos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para que essa equidade seja concretizada.

A formulação de políticas públicas voltadas para a atenção primária de saúde se consolidou com a constituição do SUS pela adoção de seus princípios estruturantes caminhou *pari passu* à adoção de uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento do papel da atenção básica dentro do sistema público de saúde brasileiro. A atenção básica é entendida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (SOUZA, 2008; ESCOREL et al., 2007).

Neste sentido, para a organização e o fortalecimento da atenção básica, surge em 1994 o Programa de Saúde da Família, onde buscou a reorganização do modelo de atenção à saúde pela ampliação do acesso e pela qualificação das ações da atenção básica, centrando-as no modelo de Promoção da Saúde, construídas com base na reorientação das práticas dos profissionais de saúde (BRASIL, 2005).

Um atributo fundamental da atenção primária é a sua definição como serviço de primeiro contato ou porta de entrada do sistema de saúde, com o papel de garantir atenção à maior parte das necessidades de saúde e filtrar o acesso aos outros níveis. O cumprimento dessa função pelo serviço de atenção primária implica acessibilidade, utilização do serviço por parte dos usuários a cada novo episódio e exigência e realização de encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada (ESCOREL et al., 2007).

Para Starfield (2002), a idéia de que existe uma porta de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária). Em linguagem mais clara, esta porta de primeiro contato é conhecida como porta de

entrada. A ausência de uma porta de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida. Há um reconhecimento a muitos anos da importância do fácil acesso à atenção na redução da mortalidade e morbidade. Uma melhor acessibilidade aos serviços está associada a uma maior probabilidade de atenção ao primeiro contato e continuidade com os profissionais da atenção primária.

A acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a atenção primária. Para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível; se não, a atenção será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema. Portanto, a maximização do acesso para uma fonte de atenção primária também é consideravelmente importante (STARFIELD, 2002).

## **6. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **6.1. TIPO DE ESTUDO:**

Trata-se de um estudo transversal, que consiste em captar a situação média num determinado intervalo cronológico, de caráter descritivo e de avaliação de serviço de saúde (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Nesse estudo elegeu-se como referencial teórico-metodológico a estrutura como uma das categorias de avaliação da qualidade de serviços de saúde, proposta por Starfield (2002), Hartz; Silva (2005), Tanaka e Melo (2004), investigando a acessibilidade como uma das dimensões essenciais da atenção primária.

### **6.2. LOCAL DE ESTUDO:**

O estudo foi realizado na estratégia de saúde da família no município de Campina Grande/PB, que foi escolhido por ser um município que tem uma considerável tradição histórica na organização de serviços de atenção primária e é considerado pioneiro no estado da Paraíba, sendo um dos primeiros 14 municípios brasileiros a implantarem a ESF no ano de 1994 (Projeto de Implantação, 1994). Segundo a base de informações do SIAB (2008), o município de Campina Grande possui 70 equipes de saúde na área urbana e criada até Dezembro de 2007, distribuídas em 6 Distritos Sanitários, com um total de 17.658 hipertensos cadastrados. Também possui área geograficamente delimitada com equipes da ESF e UBS que desenvolve ações de controle para HAS, programa HiperDia implementado no sistema de saúde, envolvimento e parceria entre universidades e Secretaria Municipal de Saúde, gestores/equipes de profissionais de saúde da ESF e UBS. Hoje observa-se no município de Campina Grande/PB que houve uma expansão de unidades de saúde da família a partir do ano de 2008, chegando em março de 2011 a 92 equipes de saúde da família, totalizando 85% de cobertura populacional.

Campina Grande é a segunda cidade mais populosa do estado da Paraíba, ficando a 120 km da capital do estado, João Pessoa, e é considerada um dos principais pólos industriais e tecnológicos da Região Nordeste do Brasil, sendo uma das mais importantes cidades do interior do Nordeste do Brasil, mostrando ser um dos cinco municípios com o maior Produto

Interno Bruto (PIB). Encontrando-se localizada em uma região privilegiada entre as serras do Compartimento da Borborema, cuja posição geográfica lhe rende a condição de entreposto comercial com título de "Rainha da Borborema, o Coração da Paraíba". Com uma população de aproximadamente 400 mil habitantes e um clima agradabilíssimo a cidade preserva um forte sentimento de auto-estima que contagia seus visitantes. Também conserva um elevado nível de qualidade de vida; um excelente padrão de limpeza urbana e bons indicadores de saúde pública, educação e saneamento básico, com um IDH de 0,721, que a colocam em situação privilegiada em relação aos demais municípios nordestinos, ganhando recentemente o título de *cidade mais dinâmica da Paraíba*, concebido pela Gazeta Mercantil e destacando-se também pela 9ª posição no *Guia das Melhores Cidades Para Você Trabalhar*, publicado na Revista Você S/A., sendo a única cidade do interior entre as capitais escolhidas no país. Graças a significativos investimentos em infra-estrutura, Campina Grande, hoje, é destaque nas áreas de serviço (saúde e educação), no comércio e na indústria, contando ainda com um excelente desempenho na linha têxtil e coureiro-calçadista. É também conhecida, por ser um pólo universitário, com duas universidades públicas e cinco Instituições de Ensino Superior privadas, além de ser berço da Ciência e da Tecnologia de ponta na área de informática (*referência em produção de softwares*), bem como, vem se consolidando, a cada dia, no mercado de eventos com potencial turístico, a chamada "indústria sem chaminés". Em seu calendário de eventos fixo, destaca-se uma das maiores e melhores festas populares do País que dura o mês inteiro, e que é a expressão máxima da cultura nordestina: O Maior São João do Mundo (Junho) (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2010).

### 6.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA:

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

Devido ao tamanho da população, foi calculada uma amostra representativa, através de um processo de amostragem por conglomerados (*em dois estágios sucessivos*) com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT).

#### 1º. Estágio:

Efetuuou-se uma seleção aleatória de 30 conglomerados (UBSF) de um total de 70 conglomerados separados por distrito sanitário. Foi feita uma seleção proporcional ao tamanho de cada equipe e de forma sistemática, a partir da listagem fornecida pelo SIAB e organizada em ordem decrescente pelo numero de cadastrados. Nesta listagem, os tamanhos

de todos os conglomerados foram organizados em intervalos de números acumulados até o número total de elementos (17.658). Identificaram-se, assim, os números sorteados e as respectivas UBSF (Apêndice 3).

O sistema de 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) com o número de conglomerados a serem selecionados (30 UBSF), obtendo assim o valor de 589. O número aleatório foi sorteado a partir do sistema de números aleatórios encontrado nas funções do Microsoft EXCEL gerando o valor 34. A primeira equipe selecionada foi aquela que nos intervalos de cadastrados possuísse o indivíduo da posição 34, em seguida selecionou-se a equipe que possuía o indivíduo 623 (34+ o valor do ciclo 589), logo após o indivíduo 1.212 (623 + o valor do ciclo 589). Esse ciclo se seguiu até se selecionar a 30ª equipe.

Após ida as unidades percebeu-se que de todas as 30, apenas 27 tinham ficha de cadastro do HiperDia dos anos de 2006 e 2007, sendo assim retiradas 03 unidades.

2º. 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  $\varepsilon = 0,035$  (ou 3,5%), com base na população de usuários cadastrados no ano de 2008,  $N = 17.658$  usuários. A fórmula para o cálculo do tamanho de amostra  $n$  é dada por:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p) \cdot N}{\varepsilon^2 \cdot (N-1) + z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Obtendo uma amostra de 411 hipertensos, foi acrescentado na amostra total 9 (1,91%) indivíduos, por questão de ajuste na divisão das equipes selecionadas. No final a amostra total constou de 420 hipertensos. Dividindo os 420 hipertensos a serem selecionado pelas 30 equipes selecionadas, gerou um total de 14 hipertensos a cada equipe, porém após identificar algumas perdas (mudança de endereço, óbitos, etc.) tivemos finalmente uma amostra de 382 hipertensos.

A seleção desses indivíduos foi feita de forma aleatória, onde foram coletadas informações do período do cadastro de todos hipertensos que se encontram cadastrados na equipe, de forma que só foram utilizados os hipertensos que possuem cadastro nos anos de 2006 e 2007. Então, todos os indivíduos cadastrados em 2006 e 2007 como hipertensos tiveram seus prontuários e fichas do HiperDia consultados e as informações de interesse (tais como: informações do cadastro do HiperDia, número de consultas na unidade, registro da PA em cada consulta, etc.) foram transcritas no instrumento a ser utilizado no segundo momento.

#### 6.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

##### Como critérios de inclusão para as unidades básicas de saúde da família:

Foram incluídas as unidades que possuíam número de hipertensos cadastrados (2006 ou 2007) suficiente para a realização do estudo, como também possuísem as fichas e prontuários dos pacientes.

##### Como critérios de exclusão para os usuários:

- Ter menos de 20 anos de idade;
- Usuários que não conseguem responder por si mesmo;
- Ter realizado mudança da área adscrita da UBSF durante o período de cadastro até o momento da entrevista.

#### 6.5. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Elaborou-se um questionário a partir de um instrumento validado para avaliar a atenção para a tuberculose proposto por Villa e Ruffino-Neto (2009). Este por sua vez, foi baseado em um questionário para avaliar serviços de atenção primária a saúde no Brasil, elaborado por Almeida e Macinko (2006), norteador pelo instrumento da Bárbara Starfield e Macinko para avaliar a atenção primária em saúde em países desenvolvidos (STARFIELD, 2002). Todavia, foi necessária nova adequação do instrumento por uma equipe de especialistas para a utilização em indivíduos portadores de hipertensão arterial (PAES, 2008).

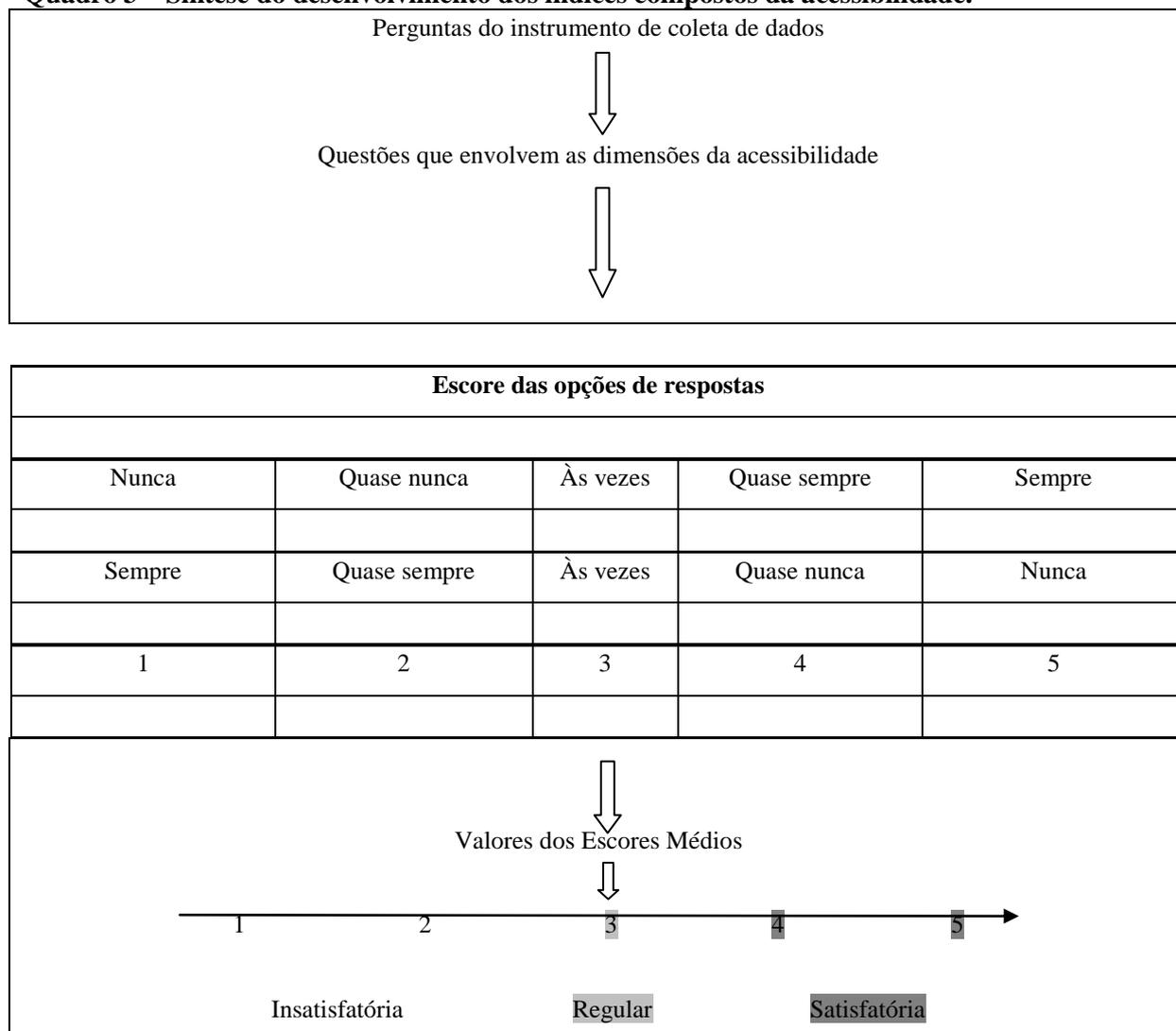
O instrumento de coleta de dados (Apêndice 1) foi composto por 100 questões, para este estudo foram utilizadas 05 questões relacionadas ao perfil sócio-demográfico e 09 questões relacionadas aos fatores de risco. Já em relação à acessibilidade, foi necessário uma avaliação minuciosa de todas as questões propostas por autores citados acima, ocorrendo uma

nova classificação e dimensionamento criteriosa, baseada nos estudos, classificações e definições propostos por Fekete, 1997 e Donabedian, 2003. Após isto, utilizou-se 40 questões distribuídas da seguinte forma: geográfica (07), econômica (06), organizacional (13) e sócio-cultural (14).

Os usuários responderam perguntas do instrumento seguindo uma escala de possibilidades de “*Likert*” (Nunca, Quase nunca, Às vezes, Quase sempre, Sempre) ao qual se atribuiu o valor entre 1 e 5. Ainda para captar o máximo de respostas, foram adicionadas as categorias “não se aplica”, para qual atribuiu-se o valor 0 (zero) e “não sabe” ou “não respondeu”, onde atribuiu-se o valor 99.

A escala tipo “*Likert*” possibilita a medição dos valores extremos, bem como dos intermediários de acessibilidade, podendo assim, classificá-la em níveis satisfatórios, regulares e insatisfatórios, segundo a apresentação esquematizada do Quadro 3.

**Quadro 3 – Síntese do desenvolvimento dos índices compostos da acessibilidade.**



## 6.6. VARIÁVEIS DO ESTUDO:

Para traçar o perfil sócio-demográfico e fatores de risco da população estudada utilizou-se variáveis presentes no Quadro 4.

**Quadro 4: Variáveis sócio-demográficas e fatores de risco dos hipertensos cadastrados no Hiperdia, Campina Grande, 2006/2007.**

<b>Categorias</b>	<b>Variáveis</b>
Perfil epidemiológico e sócio-demográfico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distrito sanitário</li> <li>- idade</li> <li>- sexo</li> <li>- escolaridade</li> <li>- ocupação</li> <li>- composição e renda da família</li> </ul>
Fatores de Risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>- antecedentes cardiovasculares</li> <li>- diabetes</li> <li>- tabagismo</li> <li>- sedentarismo</li> <li>- sobrepeso/obesidade</li> <li>- infarto agudo do miocárdio</li> <li>- outras coronariopatias</li> <li>- AVE</li> </ul>

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

As variáveis utilizadas no estudo para avaliar a acessibilidade estão presentes no Quadro 5.

**Quadro 5: Variáveis relacionadas a acessibilidade dos hipertensos cadastrados no Hiperdia, Campina Grande, 2006/2007.**

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

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

**Quadro 5: Variáveis relacionadas a acessibilidade dos hipertensos cadastrados no Hiperdia, Campina Grande, 2006/2007 (Cont.).**

Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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?</li> <li>- Se passar mal por causa da medicação ou da HAS, consegue uma consulta no prazo de 24hs na unidade de saúde que faz tratamento?</li> <li>- Desde quando iniciou o seu tratamento para HAS faltou medicamento?</li> <li>- Quando vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?</li> <li>- Consegue realizar exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?</li> <li>- Consegue no período de 10 dias receber os resultados dos exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?</li> <li>- Encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em todos os dias úteis da semana?</li> <li>- Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?</li> <li>- Os Horários de funcionamento do serviço de saúde para atendimento são sempre respeitados?</li> <li>- Recebe todos os medicamentos necessários para o tratamento da HAS?</li> <li>- Quando tem algum problema de saúde, recebe encaminhamento por escrito para o outro serviço de saúde pelo profissional que acompanha seu tratamento?</li> <li>- Quando tem algum problema de saúde e é encaminhado para outro serviço de saúde tem o atendimento garantido no serviço referendado?</li> <li>- Retorna à unidade de saúde com informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?</li> </ul>
Sócio-cultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quando faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?</li> <li>- O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?</li> <li>- O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?</li> <li>- Quando consulta na unidade de saúde, o profissional conversa sobre outros problemas de saúde?</li> <li>- Os profissionais da unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?</li> <li>- Já pensou em mudar da unidade de saúde por causa dos profissionais?</li> <li>- O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames?</li> <li>- Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)? M1</li> <li>- 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?</li> <li>- Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?</li> <li>- 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?</li> <li>- Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HAS com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?</li> <li>- Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento?</li> </ul>

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

## 6.7. COLETA DE DADOS

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 através da obtenção de informações coletadas em duas etapas:

### *Etapa 1: Dados secundários*

#### *- Informações das fichas de cadastros dos hipertensos*

Como primeiro passo, foi necessário entrar em contato com o Distrito Sanitário responsável pela unidade para obter informações que ajudassem na coleta. As fichas dos usuários foram preenchidas em duas vias, uma é repassada ao distrito e a outra fica na unidade. A ficha que é repassada ao distrito é digitada em um programa criado pelo DATASUS, a fim de apoiar o Sistema HiperDia (HiperDia 1.7.3.0 Copyright© 2004 MS/Datasus).

#### *- Informações das fichas e prontuários dos hipertensos*

Para esta coleta de informações, foram necessárias visitas as UBSF, nas quais a partir dos prontuários, foram obtidas as datas das consultas e níveis pressóricos dos hipertensos. Esses prontuários eram organizados por ruas, onde cada agente comunitário de saúde (ACS) ficava responsável por acompanhar e organizar o processo de consulta dos usuários.

### *Etapa 2: Dados primários*

Para esta etapa, as entrevistas foram realizadas nas UBSF e quando foi o desejo do usuário, foram realizadas nos seus domicílios.

## 6.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, através do protocolo nº 0101 (Anexo 1), estando em concordância a Resolução 196/96, que exige procedimentos éticos para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

As entrevistas foram realizadas após o entrevistado ler ou tomar conhecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), e concordar em participar do estudo.

## 6.9. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS:

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas do 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 13.0 para a realização das análises estatísticas.

Após a coleta e 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. Logo após, realizou-se a análise sistemática dos dados perdidos (*missing values*) das variáveis.

Foi realizado a imputação dos dados faltantes através do método de *Hot Deck*, que permite a atribuição para uma proporção de dados perdidos entre 5 e 15% (NUNES, 2007).

Depois de feita a imputação dos dados, a continuidade do processo de qualificação da informação obedeceu à seqüência recomendada por Hair (2005): realização da análise de correlação, análise fatorial exploratória, análise de confiabilidade, seguida da análise fatorial confirmatória.

Concluída essa etapa, calculou-se o índice composto para a dimensão, caracterizado pela soma dos escores dos indicadores (variando entre um e cinco). A partir desses índices fez-se necessário identificar os valores que representariam uma adesão satisfatória e uma adesão insatisfatória, utilizando-se a análise da curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) (BRAGA, 2000).

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 possuem funções de distribuição iguais contra a hipótese alternativa de que ao menos duas das populações possuem funções de distribuição diferente (MOTTA, 2009).

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”.

Para avaliar a consistência e validade interna das variáveis selecionadas para cada dimensão da acessibilidade utilizou-se a prova estatística *alpha* de Cronbach. A equação do teste é a seguinte:

$$\alpha = \frac{k \text{ cov/var}}{1 + (k - 1) \text{ cov/var}}$$

**k**= número de variáveis consideradas

**cov**= média das covariâncias

**var**= média das variâncias

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 pode-se aceitar até o valor de 0,6 em pesquisas exploratórias (HAIR JR, 2005).

As variáveis relativas ao perfil sócio-demográfico e fatores de risco da população estudada foram descritas através de suas frequências. Já as respostas das variáveis que abordaram as dimensões da acessibilidade foram analisadas da seguinte maneira: geográfica, econômica, organizacional e sócio-cultural, onde foram extraídos os valores médios das perguntas e analisadas individualmente, que em seguida, realizou-se um Índice Composto.

Os escores foram somados para construir um Índice Composto para cada dimensão da acessibilidade. Por exemplo, todos os escores das perguntas sobre acessibilidade organizacional foram somados e a média dessa soma representou o Índice Composto de Acessibilidade Organizacional.

A acessibilidade foi classificada em níveis: satisfatórios (Valor médio e Índice Composto  $\geq 4$ ); regulares (Valor médio e Índice Composto  $< 4$  e  $\geq 3$ ) e insatisfatórios (Valor médio e Índice Composto  $< 3$ ).

Os valores médios das respostas foram submetidos à uma análise de variância entre os distritos sanitários, 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 a média de seu grupo e também a diferença do valor observado de cada indivíduo em relação a média total (MOTTA, 2009).

## **7. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### 7.1. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E FATORES DE RISCO

Observou-se na tabela 1 que dos 382 usuários, 27,2% apresentaram faixa etária de 60-69 anos, 38% apresentaram renda salarial entre 1 e 2 salários mínimos.

Estima-se que pelo menos 65% dos idosos brasileiros sejam hipertensos. A maioria apresenta elevação isolada ou predominante da PAS, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares. Há uma relação direta e linear da PA com a idade, sendo presente em 60% da população acima de 65 anos, o que pode ser explicado pelas alterações próprias do envelhecimento que tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento da HAS, constituindo um fator de risco para a mesma (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010; BRASIL, 2006a).

Existe uma associação importante entre a HAS e a idade, evidenciando que na sociedade em desenvolvimento ao lado do aumento da longevidade da população ocorre uma agregação de outros riscos que terminam por comprometer a qualidade de vida dos idosos, além de causar sérios prejuízos ao país e ao sistema de saúde como um todo (JARDINS e cols, 2007).

**Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico dos hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Idade</b>		
20-29	03	0,8
30-39	19	5,0
40-49	57	15,0
50-59	95	25,0
60-69	104	27,2
70-79	78	20,5
> 80	25	6,5
<b>TOTAL</b>	<b>382</b>	<b>100</b>
<b>Renda familiar*</b>		
< 1 salário	70	18
1 a 2 salários	147	38
2 a 3 salários	108	28
3 a 4 salários	39	10
> 4 salários	22	6
<b>TOTAL</b>	<b>382</b>	<b>100</b>

\* Salário mínimo em 2009/2010: R\$ 510,00

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

**Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico dos hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011 (Continuação).**

Variáveis	N	(%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	294	77,0
Masculino	88	23,0
<b>TOTAL</b>	<b>382</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade</b>		
Não sabe ler/escrever	72	18,8
Alfabetizado	65	17,0
Ensino fundamental incompleto	153	40,1
Ensino fundamental completo	39	10,2
Ensino médio incompleto	18	4,7
Ensino médio completo	23	6,0
Ensino superior incompleto	6	1,6
Ensino superior completo	6	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>382</b>	<b>100</b>
<b>Ocupação</b>		
Desempregado	18	4,7
Do lar: contribuinte	8	2,1
Do lar: não-contribuinte	86	22,5
Empregado contribuinte	40	10,5
Empregado não contribuinte	13	3,4
Autônomo contribuinte	6	1,6
Autônomo não-contribuinte	43	11,3
Aposentado	137	35,9
Outros	31	8,1
<b>TOTAL</b>	<b>382</b>	<b>100</b>

\* Salário mínimo em 2009/2010: R\$ 510,00

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

Estudo realizado na cidade de Campina Grande/PB, mostrou que 54% dos hipertensos se encontravam na faixa etária de 50 a 69 anos, 60% eram do sexo feminino, 47% tinham uma renda familiar de dois salários mínimos (MELO, 2006).

Diferentemente em São José do Rio Preto/SP, observou-se uma média de idade de 53,8 anos. Também em estudo realizado em Formiga/MG, encontrou-se associação positiva entre HAS e idade: nas mulheres, as médias de PAS aumentaram continuamente com o aumento da idade; nos homens, esse aumento ocorreu linearmente de 18 a 64 anos, declinando após esta idade. Em Tubarão/SC, estudo de populações com média de idade de 45,3 anos e em Nobres/MT, com média de 42,6 anos, percebeu-se também resultados divergentes do nosso estudo. Estes estudos nos alertam para a presença da HAS em faixas etárias mais baixas do que as habituais (CESARINO et al., 2008; CASTRO e cols, 2007; PEREIRA et al., 2007; ROSÁRIO e cols, 2009).

Em relação a renda familiar percebe-se um aumento linear da prevalência da HAS a cada mudança de categoria salarial. Os estudos de São Leopoldo/RS corroboram com nosso

estudo, apresentando que a maioria dos usuários tinham uma renda entre 1 e 3 salários mínimos, em Campinas/SP, com renda entre 1 e 2,5 salários mínimos, em Campina Grande/PB, com renda média de 2 salários mínimos e em Tubarão/SC, com renda entre 1,1 e 5 salários mínimos, mas sendo contrário os estudos de Nobres/MT, com renda de meio a 1 salário mínimo e ao Rio Grande do Sul, com renda entre 3 e 6 salários mínimos (HARTMANN et al., 2007; ZAITUNE et al., 2006; MELO, 2006; PEREIRA et al., 2007; ROSÁRIO e cols, 2009; GUS et al, 2004).

Ainda na tabela 1, mostra-se que dos 382 usuários, 77% eram do sexo feminino, 40,1% possuem o ensino fundamental incompleto e 35,9% eram aposentados.

Na população geral, a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década, confirmando nosso estudo. Estudos mostram que em Tubarão/SC, Campinas/SP e Passo Fundo/RS, foi observado prevalências de 56,9%, 55,9% e 58,7% em relação a população feminina, respectivamente (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010; PEREIRA et al., 2007; ZAITUNE et al., 2006; TRINDADE e cols, 1998).

No Brasil, culturalmente, as mulheres conhecem mais a sua condição de hipertensão e procuram mais pelos serviços de saúde do que os homens. Estudos mostram também que há uma alta prevalência de HAS nas mulheres durante ou após a menopausa (CESARINO et al., 2008; MELO, 2006).

As diferenças socioeconômicas desempenham importante papel nas condições de saúde em decorrência de vários fatores, tais como acesso ao sistema de saúde, grau de informação, compreensão do problema e adesão ao tratamento. Em vários estudos a avaliação do nível socioeconômico é embasada no tipo de ocupação e no nível de escolaridade, observando-se taxas maiores de doenças cardiovasculares e mais propensão à depressão e ao estresse crônico causados pelas dificuldades cotidianas, aumentando os níveis de catecolaminas e, conseqüentemente, a frequência cardíaca e a pressão arterial (CESARINO et al., 2008; ZAITURE, 2006).

Em poucos estudos de prevalência realizados no Brasil a amostra foi estratificada levando-se em consideração o nível sócio-econômico da população, tendo uma prevalência de HAS maior nas classes mais baixas. Esse fato pode justificar uma maior prevalência encontrada nos estudos com definição semelhante de HAS (PEREIRA et al, 2007).

Segundo um estudo realizado em Vitória/ES, a ingestão de sal é altamente influenciada pelo nível sócio-econômico e pode explicar parcialmente a alta prevalência de HAS nas classes sócio-econômicas mais baixas (MOLINA et al., 2003).

Estudos apresentados pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), mostram que no Brasil a HAS é mais prevalente em usuários com menor escolaridade, corroborando também com estudo realizado em Nobres/MT (ROSÁRIO e cols, 2009).

Os usuários do nosso estudo eram em sua maioria aposentados, fato também observado nos estudos de Tubarão/SC e Formiga/MG, fato observado na faixa etária estudada entre 60-69 anos (CASTRO e cols, 2007; PEREIRA et al., 2007).

Em relação aos fatores de risco e complicações da HAS, constatou-se que dos 382 usuários, 67,3% tem algum antecedente familiar cardiovascular, mas apenas 8,1% tiveram infarto agudo do miocárdio, 14% outras coronariopatias e 7,9% acidente vascular encefálico. Cerca de metade da população tem sobrepeso e é sedentária, mas apenas 20% são fumantes. O diabetes mellitus (tipo 1) e o diabetes mellitus (tipo 2) atingiram apenas 3,7% e 16,5% da população, respectivamente (tabela 2).

**Tabela 2 – Caracterização dos fatores de risco dos hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011.**

Variáveis	Sim (%)	Não (%)	Não se aplica (%)	NS/NR* (%)	Total (%)
<b>Fatores de risco</b>					
Antecedentes familiares cardiovascular	67,3	25,4	7,3	-	100
Diabetes mellitus (Tipo 1)	3,7	91,6	2,6	2,1	100
Diabetes mellitus (Tipo 2)	16,5	79,8	2,4	1,3	100
Tabagismo	19,4	80,4	-	0,3	100
Sedentarismo	46,1	53,7	-	0,3	100
Sobrepeso/obesidade	54,2	37,4	1,0	7,3	100
Infarto agudo do miocárdio	8,1	90,6	0,8	0,5	100
Outras coronariopatias	14,4	83,5	1,6	0,5	100
AVE	7,9	91,4	0,5	0,3	100

\* NS/NR: Não sabe ou não respondeu

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

Um estudo realizado no estado de Minas Gerais aponta associação significativa entre relato positivo de história familiar de HAS, tanto paterna quanto materna, com prevalências significativamente maiores de HAS (MONTEIRO; FARIAS; ALVES, 2009).

Os filhos de pais hipertensos são mais propensos a desenvolver a doença do que o de pais não hipertensos. Quando o pai e a mãe são hipertensos, a chance de o filho desenvolver HAS fica em torno de 50% (SIMÃO, 2006).

Em relação ao sedentarismo, os resultados são positivos, pois sabemos que a atividade

física moderada definida com 30 a 45 min de caminhada rápida, três a cinco vezes por semana é recomendada como uma terapia acessória na hipertensão, diminuindo também as DCV pelo retardamento da aterogênese, aumento da vascularização do miocárdio, diminuição do colesterol total e triglicérides, melhora da tolerância à glicose. Exercícios físicos regulares, principalmente isotônicos ou aeróbicos, como o “jogging”, andar de bicicleta ou nadar, são úteis no tratamento do hipertenso adolescente ou adulto, pois reduzem a PA. O exercício colabora na perda de peso que por sua vez, reduz os limiares pressóricos e melhoram a sensação de bem estar do indivíduo. Devem ser introduzidos gradualmente e após uma avaliação clínica do paciente. As recomendações atuais incluem exercício aeróbico mantendo 70 a 80% da frequência cardíaca máxima durante 20 a 30 minutos três vezes na semana (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010; MELO, 2006).

A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV. Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010; BRASIL, 2006a).

Os resultados do nosso estudo referentes ao sobrepeso/obesidade são preocupantes, pois é fator predisponente para a HAS, tendo relação direta com o nível da PA. Os indivíduos obesos apresentam maior prevalência de HAS que os não-obesos e a redução de peso corporal diminuem os níveis da PA (SIMÃO, 2006).

Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m<sup>2</sup> e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial (BRASIL, 2006a).

Em estudo realizado em Caucaia/CE foi observado que a prevalência de HAS aumentou de forma significativa com o aumento da massa corporal. Levando-se em conta que o aumento da massa corporal está fortemente associado à elevação da pressão arterial, apresentando altas prevalências, tanto nos países ricos, como naqueles menos desenvolvidos, podemos considerar o excesso de peso como o principal determinante que pode ser prevenido, da ocorrência de hipertensão arterial (FEIJÃO, 2005).

Em estudo realizado por Jardim e cols (2007) houve uma maior prevalência de HAS nos que apresentavam algum grau de excesso de peso e aqueles que tinham uma circunferência da cintura aumentada. A forte associação entre o excesso de peso e a ocorrência de HAS indica a urgência de medidas capazes de atuar sobre os fatores de risco que podem interferir decisivamente sobre a determinação da prevalência de hipertensão arterial em um grupo populacional.

Indivíduos com HAS e DM, além de níveis elevados de PA, apresentam maior prevalência de outros fatores de risco cardiovascular. A HAS atua sinergicamente com a hiperglicemia, aumentando o risco de desenvolvimento de complicações cardiovasculares, nefropatia diabética e retinopatia diabética (PINTO e cols, 2010).

A morbi-mortalidade cardiovascular tem o Diabetes mellitus (DM) e a HAS como principais fatores de risco. O controle dessas condições consiste num dos principais desafios para o sistema público de saúde. A prevalência gira em torno de 20% da população adulta para a HAS e 7% para o DM, sendo freqüente a associação dessas duas condições (MONTEIRO; FARIAS; ALVES, 2009).

Os resultados do nosso estudo em relação ao tabagismo são positivos. Pois sabe-se que os hipertensos fumantes têm risco de desenvolver AVE e evento coronariano três vezes mais que os hipertensos não fumantes, devido o fato da nicotina aumentar a PA, por estimulação adrenérgica. A cessação do tabagismo constitui medida fundamental e prioritária na prevenção primária e secundária das DCV e de diversas outras doenças, sendo assim recomendado o abandono do tabagismo, particularmente na prevenção de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal. Diversas intervenções farmacológicas e não farmacológicas, inclusive o simples aconselhamento de parar de fumar, possuem benefício comprovado para efetivo abandono do tabagismo (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010; BRASIL, 2006a; MELO, 2006; SIMÃO, 2006).

Os estudos realizados no estado de Minas Gerais e em Campina Grande/PB, respectivamente, com 78% e 80% dos usuários não fumantes, corroboram com nosso estudo (MONTEIRO; FARIAS; ALVES, 2009; MELO, 2006).

Em relação ao Infarto Agudo do Miocárdio, outras coronariopatias e AVE, o estudo mostra pontos positivos, onde há um número pequeno de usuários que adquiriram estas patologias.

A HAS é considerada um dos principais fatores de risco de morbi-mortalidade cardiovasculares, sendo considerada um problema de saúde pública por ter magnitude (prevalência alta), relevância (principal causa de AVE e outros agravos importantes) e

vulnerabilidade (fácil diagnóstico, pois não exige tecnologia sofisticada e tem tratamento comprovadamente eficaz e facilmente aplicável na atenção primária), sendo responsável por 40% das mortes por AVE, 25% por doença arterial coronariana (DAC) e, ainda, contribui em 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico [AVE] e 47% por doença isquêmica do coração [DIC]), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010; BRASIL, 2006a).

A HAS é o fator de risco mais importante para o AVE. A sua incidência aumenta diretamente em relação ao grau de elevação das pressões arteriais sistólica e diastólica acima dos valores limites. Há mais de 30 anos há evidências conclusivas de que o controle da HAS previne o AVE. O risco relativo de AVE em pacientes hipertensos é aproximadamente quatro vezes superior ao de indivíduos normotensos na mesma idade (BARBOSA e cols, 2009).

Cinco décadas de pesquisas epidemiológicas, clínicas e patofisiológicas confirmam que a HAS promove a aterosclerose cardiovascular, contribuindo como causa freqüente para as doenças cardiovasculares maiores, tais como: doenças arteriais coronarianas, AVE, doença arterial periférica, doença renal e insuficiência cardíaca (BARBOSA e cols, 2009).

## 7.2. AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE

### CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO

A tabela 3 mostra o teste de *Alpha* de Cronbach, onde verificou-se que todas as variáveis da acessibilidade (geográfica, econômica, organizacional e sócio-cultural) atingiram valores aceitáveis, ou seja, acima de 0,6 (HAIR JR, 2005).

Este coeficiente avalia a consistência interna ou homogeneidade dos itens que visam medir um mesmo construto, tratando 0,7 como mínimo ideal, mas pode aceitar 0,6 em pesquisas exploratórias. Este teste de confiabilidade é imperativo e mede o desempenho de um instrumento em uma dada população evitando o agrupamento de questões aparentemente relevantes. A validade e a confiabilidade são requisitos essenciais para a medição do instrumento (HAIR JR, 2005)

**Tabela 3 – Valores apresentados a partir do teste de *Alpha de Cronbach* e de números de indicadores segundo as variáveis da acessibilidade, Campina Grande/PB, 2011**

<b>Dimensão</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>	<b>Número de Indicadores</b>
Acessibilidade Geográfica	0,663	07
Acessibilidade Econômica	0,657	06
Acessibilidade Organizacional	0,614	13
Acessibilidade Sócio-cultural	0,806	14

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

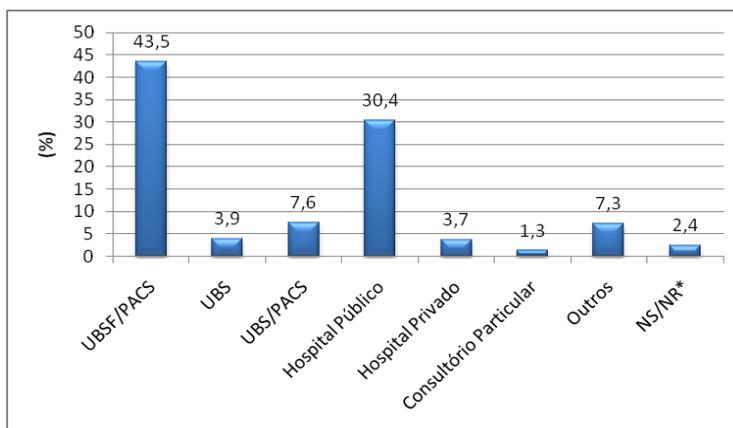
O *alpha* de Cronbach é um importante indicador estatístico de fidedignidade de um instrumento, sendo por vezes chamado de coeficiente de fidedignidade de uma escala. A pontuação de cada item é computada e a classificação global, chamada de escala, é definida pela soma de todas essas pontuações (HAIR JR, 2005).

Foi apresentado por Lee J. Cronbach, em 1951, como uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. O alfa mede a correlação entre respostas em um questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes. Trata-se de uma correlação média entre perguntas. Dado que todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente  $\alpha$  é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador (HORA, 2010).

Quanto maior a correlação entre os itens de um instrumento, maior vai ser o valor do *alpha* de Cronbach, por esta razão, ele também é conhecido como consistência interna do teste. O  $\alpha$  pode assumir valores entre 1 e infinito negativo (embora apenas valores positivos faça sentido). Obviamente, esta regra deve ser aplicada com prudência uma vez que, o grau adequado de fidedignidade depende da utilização do instrumento (HORA, 2010).

## PORTA DE ENTRADA

A porta de entrada foi avaliada pela variável: “Qual o serviço de saúde que o usuário procurou para ser diagnosticado, para ser consultado e para pegar sua medicação”. Observou-se que dos 382 usuários, 43,5% descobriu que estava com HAS na UBSF/PACS (Figura 1), 90,3% realizam consultas para HAS na UBSF/PACS (Figura 2), 82,5% recebem o medicamento para HAS na UBSF/PACS (Figura 3).



\* NS/NR: Não sabe ou não respondeu

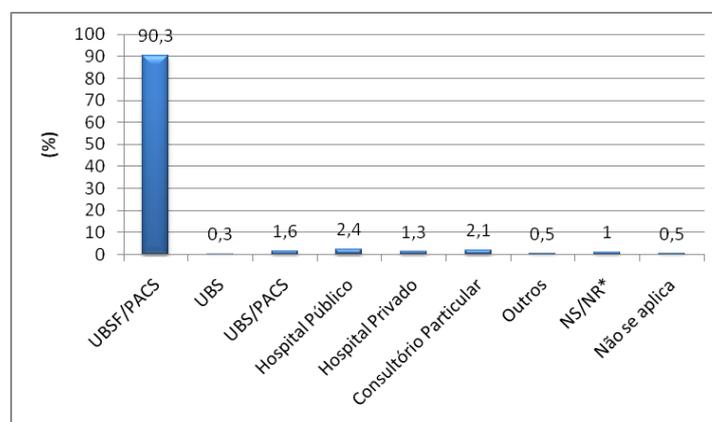
Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

**Figura 1 – Serviço de saúde que diagnosticou a HAS nos usuários cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011.**

Estudo realizado em um município de pequeno porte na região Sul do Brasil, mostra uma utilização da UBSF por 91,8% dos usuários, mostrando que a estratégia saúde da família é de fato a porta de entrada dos serviços de saúde (SOUSA e cols, 2006).

Já em estudos realizados no estado de São Paulo, foi mostrado que a ESF obteve por parte dos usuários, gestores e profissionais, níveis satisfatórios relacionados com a dimensão porta de entrada (ELIAS et al., 2006; VIANA et al., 2008).

A idéia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária). Em linguagem mais clara, este ponto de primeiro contato é conhecido como porta de entrada (STARFIELD, 2002).

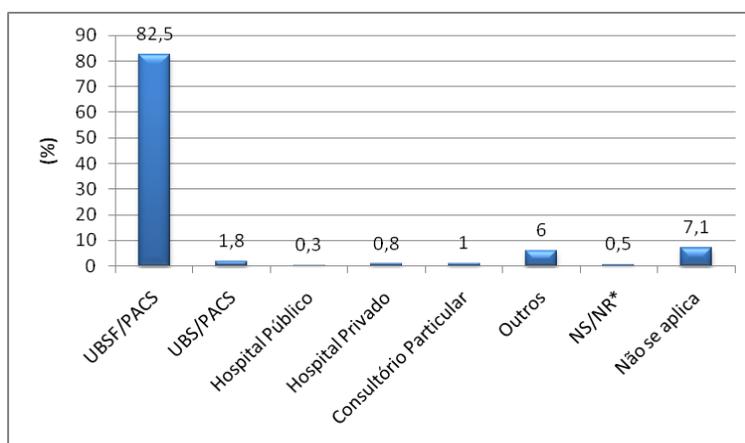


\* NS/NR: Não sabe ou não respondeu

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

**Figura 2 – Serviço de saúde que realizava consultas para o tratamento da HAS nos usuários cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011.**

Para que a UBSF seja a porta de entrada do sistema de saúde, deve-se constituir um serviço que procura regular e servir de filtro e ponto de entrada, integrando a uma rede de serviços, tendo como primeiro requisito que a mesma seja acessível à população adscrita, eliminando-se barreiras do tipo geográficas, econômicas, organizacionais e sócio-culturais (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003).



\* NS/NR: Não sabe ou não respondeu

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

**Figura 3 – Serviço de saúde que disponibilizava a medicação para o tratamento da HAS nos usuários cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011.**

Estudo realizado na cidade de Recife - PE, visualizou o ESF como uma estreita porta de entrada, merecendo ser avaliado com olhar mais crítico, que adote como ponto de partida as necessidades que particularizam os indivíduos demandatários de suas ações, bem como as diferentes lógicas que norteiam as ações dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado em saúde (AZEVEDO, 2007).

## ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA E ECONÔMICA

Foram utilizadas 7 variáveis para avaliar a acessibilidade geográfica, observando a satisfação do usuário (tabela 4). A partir das mesmas observamos que em relação a variável 1: “Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), procurou o serviço de saúde mais próximo da sua casa?”, percebemos um nível regular com uma média de 3,79 (IC 95% [3,60-3,98]; DP: 1,762), havendo diferença significativa entre os DS 1 e 6 ( $p=0,000$ ) e o DS 4 e 6 ( $p=0,000$ ), onde o DS 6 teve um nível insatisfatório. Segundo a gerente do DS 6, esta diferença se deve a não existência e/ou início da implantação de 5 (cinco) UBSF entre os

anos de 2005-2006 no DS 6, conforme anexo 2, onde o suporte era dado por um centro de saúde, justificando esta insatisfação por parte dos usuários.

Já em relação a variável 2: “*Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?*” obtemos também um nível regular com uma média de 3,87 (IC 95% [3,69-4,05]; DP: 1,626), não havendo diferença significativa entre os DS. A variável 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?*” teve um nível regular com média de 3,61 (IC 95% [3,41-3,81]; DP: 1,825), não havendo diferença significativa entre os DS.

Em relação a variável 4: “*Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia?*” obtemos um nível regular com uma média de 3,72 (IC 95% [3,55-3,89]; DP: 1,659), havendo diferença significativa entre os DS 1 e 6 ( $p=0,002$ ), DS 3 e 6 ( $p=0,002$ ) e os DS 4 e 6 ( $p=0,003$ ), onde o DS 6 teve um nível insatisfatório.

A variável 5: “*Faz o tratamento da HAS no serviço de saúde mais próximo da sua casa?*” teve um nível satisfatório com média de 4,62 (IC 95% [4,51-4,73]; DP: 1,093), havendo diferença significativa entre os DS 2 e 6 ( $p=0,012$ ), DS 4 e 6 ( $p=0,006$ ) e os DS 5 e 6 ( $p=0,013$ ), onde todos os DS tiveram um nível satisfatório. Quanto a variável 6: “*Tem dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde para ser consultado?*” e a variável 7: “*Quando vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?*”, observamos um nível satisfatório com média de 4,49 (IC 95% [4,36-4,62]; DP: 1,215) e 4,71 (IC 95% [4,60-4,81]; DP: 1,012), respectivamente, não havendo diferença significativa entre os DS.

**Tabela 4 – 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, segundo os Distritos Sanitários (DS).**

Variável	DS	n	Média	Desvio Padrão (DP)	p*	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	4,13	1,564	<b>0,000</b>	3,82	4,45
	2	44	3,50	1,846		2,86	4,14
	3	75	3,70	1,793		3,26	4,13
	4	41	4,45	1,288		4,02	4,87
	5	49	3,85	1,783		3,29	4,42
	6	58	2,83	1,971		2,26	3,41
	Total	382	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?	1	115	4,17	1,427	0,612	3,88	4,47
	2	44	3,66	1,714		3,07	4,25
	3	75	3,86	1,587		3,47	4,25
	4	41	3,83	1,665		3,27	4,40
	5	49	3,74	1,768		3,19	4,29
	6	58	3,60	1,807		3,08	4,13
	Total	382	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?	1	115	3,63	1,833	0,684	3,25	4,02
	2	44	3,49	1,869		2,84	4,13
	3	75	3,81	1,747		3,39	4,23
	4	41	3,89	1,687		3,32	4,46
	5	49	3,45	1,841		2,84	4,05
	6	58	3,30	1,999		2,71	3,88
	Total	382	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?	1	115	3,91	1,593	<b>0,001</b>	3,61	4,21
	2	44	3,45	1,704		2,94	3,97
	3	75	3,99	1,532		3,63	4,34
	4	41	4,15	1,352		3,72	4,57
	5	49	3,73	1,729		3,24	4,23
	6	58	2,90	1,794		2,42	3,37
	Total	382	3,72	1,659		3,55	3,89
5. Faz o tratamento da HAS no serviço de saúde mais próximo da sua casa?	1	115	4,60	1,132	<b>0,008</b>	4,38	4,82
	2	44	4,85	0,654		4,65	5,06
	3	75	4,62	1,049		4,37	4,86
	4	41	4,90	0,625		4,71	5,10
	5	49	4,82	0,727		4,61	5,03
	6	58	4,12	1,604		3,70	4,55
	Total	382	4,62	1,093		4,51	4,73

\* Teste Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ ) - **Negrito** aplicado o Teste de Dunn

Acessibilidade Geográfica: Satisfatória ( $\geq 4$ ); Regular ( $\geq 3$  e  $< 4$ ); Insatisfatória ( $< 3$ )

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

**Tabela 4 – 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, segundo os Distritos Sanitários (DS) (Continuação).**

Variável	DS	n	Média	Desvio Padrão (DP)	p*	Intervalo de Confiança (95%)	
						Mín.	Máx.
6. Tem dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde para ser consultado?	1	115	4,51	1,176	0,749	4,28	4,74
	2	44	4,57	1,213		4,19	4,95
	3	75	4,39	1,284		4,09	4,69
	4	41	4,51	1,165		4,14	4,88
	5	49	4,62	1,154		4,28	4,97
	6	58	4,40	1,314		4,04	4,76
Total	382	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?	1	115	4,67	1,081	0,949	4,44	4,89
	2	44	4,70	1,067		4,36	5,04
	3	75	4,67	1,075		4,41	4,92
	4	41	4,75	0,927		4,45	5,05
	5	49	4,73	0,933		4,43	5,02
	6	58	4,78	0,917		4,53	5,03
Total	382	4,71	1,012	4,60	4,81		

\* Teste Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ ) - **Negrito** aplicado o Teste de Dunn

Acessibilidade Geográfica: Satisfatória ( $\geq 4$ ); Regular ( $\geq 3$  e  $< 4$ ); Insatisfatória ( $< 3$ )

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

A tabela 5 mostra que foram utilizadas 6 variáveis para avaliar a acessibilidade econômica, a partir da satisfação dos usuários, onde observamos que em relação a variável 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?”, a variável 2: “Quando começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde?” e a variável 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?”, chegou-se a um nível regular com médias de 3,61 (IC 95% [3,41-3,81]; DP: 1,825), 3,69 (IC 95% [3,48-3,90]; DP: 1,786) e 3,76 (IC 95% [3,57-3,94]; DP: 1,626), respectivamente.

Já em relação a variável 4: “Quando vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS, perde seu turno de trabalho ou compromisso?”, variável 5: “Quando vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?” e a variável 6: “Quando vai a unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?”, tiveram um nível satisfatório com médias de 4,11 (IC 95% [3,96-4,26]; DP: 1,386), 4,71 (IC 95% [4,60-4,81]; DP: 1,012) e 4,77 (IC 95% [4,66-4,88]; DP: 0,908), respectivamente. Observou-se também que não houve diferenças significativas entre os DS para todas as variáveis apresentadas.

**Tabela 5 – 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, segundo os Distritos Sanitários (DS).**

Variáveis	DS	n	Média	Desvio Padrão (DP)	p*	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	3,63	1,833	0,626	3,25	4,02
	2	44	3,49	1,869		2,84	4,13
	3	75	3,81	1,747		3,39	4,23
	4	41	3,89	1,687		3,32	4,46
	5	49	3,45	1,841		2,84	4,05
	6	58	3,30	1,999		2,71	3,88
	Total	382	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?	1	115	3,87	1,727	0,484	3,49	4,25
	2	44	3,42	1,876		2,73	4,11
	3	75	3,95	1,612		3,51	4,38
	4	41	3,63	1,829		2,95	4,32
	5	49	3,32	1,886		2,67	3,98
	6	58	3,53	1,932		2,96	4,10
	Total	382	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?	1	115	3,93	1,558	0,268	3,59	4,27
	2	44	4,06	1,351		3,60	4,51
	3	75	3,56	1,748		3,14	3,98
	4	41	3,45	1,710		2,82	4,08
	5	49	3,43	1,836		2,80	4,06
	6	58	3,96	1,501		3,52	4,39
	Total	382	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?	1	115	4,09	1,435	0,703	3,79	4,38
	2	44	4,35	1,131		4,00	4,70
	3	75	4,19	1,328		3,88	4,51
	4	41	4,06	1,392		3,58	4,54
	5	49	4,13	1,339		3,69	4,57
	6	58	3,89	1,601		3,45	4,33
	Total	382	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?	1	115	4,67	1,081	0,986	4,44	4,89
	2	44	4,70	1,067		4,36	5,04
	3	75	4,67	1,075		4,41	4,92
	4	41	4,75	0,927		4,45	5,05
	5	49	4,73	0,933		4,43	5,02
	6	58	4,78	0,917		4,53	5,03
	Total	382	4,71	1,012		4,60	4,81

\* Teste Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ )

Acessibilidade Geográfica: Satisfatória ( $\geq 4$ ); Regular ( $\geq 3$  e  $< 4$ ); Insatisfatória ( $< 3$ )

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

**Tabela 5 – 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, segundo os Distritos Sanitários (DS) (Continuação).**

Variáveis	DS	n	Média	Desvio Padrão (DP)	p*	Intervalo de Confiança (95%)	
						Mín.	Máx.
6. Quando vai a unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?	1	115	4,70	1,045	0,496	4,47	4,93
	2	44	4,75	0,984		4,40	5,10
	3	75	4,68	1,065		4,37	4,99
	4	41	4,79	0,819		4,48	5,10
	5	49	4,71	1,006		4,34	5,08
	6	58	5,00	0,000		5,00	5,00
Total		382	4,77	0,908		4,66	4,88

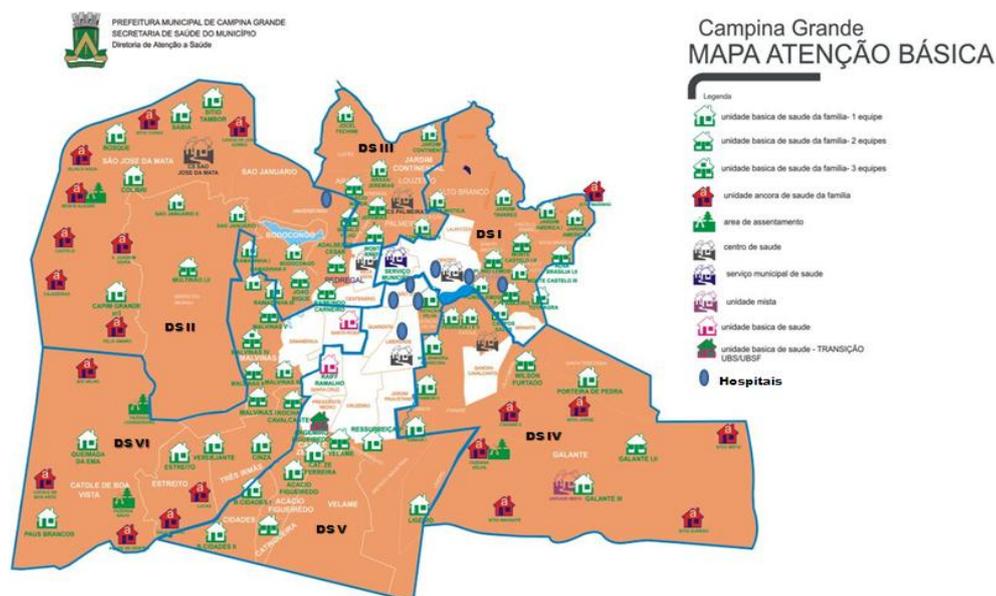
\* Teste Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ )

Acessibilidade Geográfica: Satisfatória ( $\geq 4$ ); Regular ( $\geq 3$  e  $< 4$ ); Insatisfatória ( $< 3$ )

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

A avaliação da acessibilidade geográfica e econômica obteve como resultados, níveis regulares e satisfatórios, não observando diferenças significativas na maioria das variáveis, implicando em uma homogeneidade na satisfação dos usuários nos distritos sanitários que procuram as UBSF para receberem o diagnóstico e o tratamento para a HAS.

Observou-se que os níveis 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. Podemos perceber na figura 1, que a procura pelos usuários neste momento teve em sua maioria 43,5% nas UBSF, mas obteve-se, não muito distante, a procura de hospitais públicos por 30,4% dos usuários. Neste caso as instituições hospitalares têm um papel importante no nível de satisfação, pois na sua maioria estão na região central dos municípios, conforme Mapa da Atenção Primária do município de Campina Grande (figura 4), configurando uma barreira geográfica e econômica, onde na maioria das situações estão distantes das suas residências, promovendo uma dificuldade de deslocamento, utilização e gasto com transporte e perda de turno de trabalho ou compromisso.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Campina Grande/PB

**Figura 4 – Mapa da Atenção Primária do município de Campina Grande/PB**

A Política Nacional de Atenção Básica, em seu Anexo, item 5, 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 Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, articulando a Estratégia Saúde da Família, Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema locorregional. No município de Campina Grande/PB, está em fase de implantação uma UPA, que será construída na área do DS I (BRASIL, 2006c, 2009).

Em Belo Horizonte/MG, as portas de entrada para atenção de urgência e emergência são compostas por unidades públicas sob gestão municipal. 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 contra-referência entre unidades básicas e pronto-atendimento. A relação entre UBSF e os serviços de emergência foi avaliado como um dos principais problemas para integração da rede por alto percentual de médicos e enfermeiros em Vitória (61%) e em Belo Horizonte (63%), apesar das iniciativas municipais para estabelecimento de fluxos no último (ALMEIDA et al., 2010).

No início dos primeiros sinais e sintomas há uma procura considerável pelas instituições hospitalares, onde 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 também 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 e nem uma produção de cuidado com qualidade e resolutividade (SOUZA et al, 2009; BARROS; SÁ, 2010).

É frequente, entre os trabalhadores da saúde, as referências aos usuários como desinformados, mal acostumados, por não fazer o percurso definido pela organização do sistema, mas sim o percurso em que se sentem atendidos em suas demandas (BARROS; SÁ, 2010).

O que observamos, no entanto, é que o usuário quer é ser atendido e para tal ele busca os caminhos que são do seu conhecimento e os serviços que lhe dão acesso ao atendimento de sua demanda. Portanto, não se trata de explicar para o usuário que o serviço de emergência não é o local adequado para "cuidar da saúde" dele, enquanto a UBSF não for capaz de acolher e dar um destino adequado às demandas em um tempo capaz de ser tolerado pelo usuário (OLIVEIRA, 2004).

Portanto, a forma de funcionamento do sistema de saúde acaba por reforçar a crença popular que apenas no hospital se encontram as condições para alívio do sofrimento. Não somente por que o serviço de emergência acaba por atender a demanda do usuário como também a UBSF não conseguiu fazer a virada do modelo assistencial na direção de uma maior articulação entre promoção e assistência, ações individuais e coletivas, procedimentos e cuidado (BARROS; SÁ, 2010; OLIVEIRA, 2004).

Já ao contrário, as variáveis da acessibilidade geográfica e econômica, que abordaram o momento da consulta, ou seja, no tratamento da HAS, tiveram níveis satisfatórios, confirmados pela figura 2, onde 90,3% dos usuários procuram a UBSF para tratar a HAS, proporcionando mínima dificuldade para se deslocar e mínimo gasto financeiro até o local do tratamento, ou seja, barreiras geográficas e econômicas, configurando-se porta de entrada da rede de serviços de saúde do município.

Estudo na cidade de Fortaleza/CE, percebeu uma maior procura dos usuários pela UBSF, o que está relacionado ao fortalecimento da atenção primária no combate a hipertensão, preconizado pelas políticas e programas de saúde de responsabilidade da atenção primária. É válido ressaltar que a inserção da ESF na atenção primária na área de abrangência

do hospital tem promovido maior procura pela UBSF para o tratamento e acompanhamento da HAS (SOUZA et al, 2009).

Em estudo realizado na cidade de Salvador/BA, constatou-se uma grande influência que as equipes da ESF representam e influenciam no controle da HAS, observando 91,8% de adesão ao tratamento (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

O cenário mostrado neste estudo confirma o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil, iniciado em 2001, pelo Ministério da Saúde, 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, através da atualização dos profissionais da atenção básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente 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 saúde (BRASIL, 2004).

## ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL

Na tabela 6, foram utilizadas 13 variáveis para avaliar a acessibilidade organizacional, levando em conta a satisfação dos usuários. Em relação a variável 7: *“Encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em todos os dias úteis da semana?”* e a variável 9: *“Os horários de funcionamento do serviço de saúde para atendimento são sempre respeitados?”*, obtivemos níveis satisfatórios, com médias de 4,55 (IC 95% [4,45-4,64]; DP: 0,906) e 4,71 (IC 95% [4,63-4,79]; DP: 0,758), respectivamente, não havendo diferenças significativas entre os DS.

O estudo mostrou que está sendo respeitada a carga horária de trabalho exigida aos profissionais da ESF que é de 40 horas semanais, para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2006c).

Estudo realizado em Ribeirão Preto/SP mostrou 60,3% de níveis excelentes e bons em relação ao horário de funcionamento dos Núcleos de Saúde da Família da Universidade de São Paulo (GAIOSO, 2007).

No Nordeste brasileiro, a grande maioria dos municípios funcionava nos dois turnos diários, mas não dispunha de horário especial (noturno, final de semana ou feriado), porém apenas em um dos municípios estudados, observou-se que algumas unidades funcionavam até às 19 horas (ROCHA et al, 2008).

**Tabela 6 – 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, segundo os Distritos Sanitários (DS).**

Variáveis	DS	n	Média	Desvio Padrão (DP)	p*	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?	1	115	3,18	1,654	0,062	2,84	3,51
	2	44	2,72	1,579		2,19	3,26
	3	75	3,22	1,495		2,86	3,58
	4	41	2,83	1,599		2,28	3,38
	5	49	3,78	1,527		3,29	4,26
	6	58	3,10	1,765		2,59	3,62
	Total	382	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?	1	115	3,73	1,696	<b>0,000</b>	3,40	4,07
	2	44	3,45	1,616		2,93	3,97
	3	75	2,21	1,574		1,84	2,58
	4	41	4,00	1,395		3,54	4,46
	5	49	3,30	1,887		2,74	3,85
	6	58	3,26	1,723		2,79	3,74
	Total	382	3,29	1,757		3,10	3,47
3. Desde quando iniciou o seu tratamento para HAS faltou medicamento?	1	115	4,49	0,876	<b>0,000</b>	4,31	4,67
	2	44	4,05	1,138		3,68	4,43
	3	75	3,70	1,000		3,46	3,95
	4	41	4,11	1,134		3,73	4,48
	5	49	4,33	0,883		4,08	4,59
	6	58	4,02	1,321		3,65	4,39
	Total	382	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?	1	115	3,19	1,540	0,052	2,89	3,49
	2	44	2,62	1,592		2,12	3,12
	3	75	2,51	1,415		2,18	2,84
	4	41	2,88	1,568		2,38	3,37
	5	49	3,09	1,443		2,66	3,52
	6	58	2,75	1,676		2,30	3,20
	Total	382	2,87	1,548		2,71	3,03
5. Consegue realizar exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?	1	115	4,45	1,048	0,116	4,25	4,65
	2	44	4,67	0,874		4,39	4,94
	3	75	4,70	0,768		4,52	4,88
	4	41	4,51	0,952		4,21	4,81
	5	49	4,77	0,633		4,58	4,95
	6	58	4,28	1,188		3,95	4,60
	Total	382	4,55	0,954		4,45	4,64

\* Teste Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ ) - **Negrito** aplicado o Teste de Dunn

Acessibilidade Organizacional: Satisfatória ( $\geq 4$ ); Regular ( $\geq 3$  e  $< 4$ ); Insatisfatória ( $< 3$ )

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

**Tabela 6 – 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, segundo os Distritos Sanitários (DS) (Continuação).**

Variáveis	DS	n	Média	Desvio Padrão (DP)	p*	Intervalo de Confiança (95%)	
						Mín.	Máx.
6. Consegue no período de 10 dias receber os resultados dos exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?	1	115	2,82	1,554	<b>0,005</b>	2,52	3,12
	2	44	2,63	1,655		2,11	3,16
	3	75	2,43	1,409		2,10	2,77
	4	41	3,20	1,400		2,75	3,64
	5	49	3,30	1,531		2,85	3,75
	6	58	2,35	1,556		1,93	2,78
	Total	382	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?	1	115	4,58	0,951	0,066	4,40	4,77
	2	44	4,50	1,109		4,15	4,85
	3	75	4,36	0,964		4,13	4,59
	4	41	4,75	0,588		4,56	4,94
	5	49	4,80	0,500		4,66	4,95
	6	58	4,44	0,982		4,18	4,70
	Total	382	4,55	0,906		4,46	4,65
8. Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?	1	115	2,22	1,605	<b>0,019</b>	1,90	2,54
	2	44	3,12	1,952		2,51	3,74
	3	75	3,00	1,797		2,57	3,43
	4	41	2,68	1,753		2,13	3,24
	5	49	2,71	1,890		2,16	3,26
	6	58	2,18	1,574		1,76	2,60
	Total	382	2,59	1,764		2,41	2,77
9. Os Horários de funcionamento do serviço de saúde para atendimento são sempre respeitados?	1	115	4,60	0,963	0,138	4,42	4,79
	2	44	4,85	0,483		4,70	5,00
	3	75	4,64	0,657		4,48	4,79
	4	41	4,90	0,300		4,81	5,00
	5	49	4,69	0,900		4,42	4,96
	6	58	4,78	0,686		4,60	4,97
	Total	382	4,71	0,758		4,63	4,79
10. Recebe todos os medicamentos necessários para o tratamento da HAS?	1	115	4,57	1,055	<b>0,059</b>	4,36	4,78
	2	44	4,07	1,523		3,59	4,55
	3	75	4,31	1,272		4,01	4,61
	4	41	4,64	0,986		4,32	4,96
	5	49	4,67	0,944		4,40	4,94
	6	58	4,05	1,566		3,63	4,47
	Total	382	4,40	1,247		4,27	4,53

\* Teste Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ ) - **Negrito** aplicado o Teste de Dunn

Acessibilidade Organizacional: Satisfatória ( $\geq 4$ ); Regular ( $\geq 3$  e  $< 4$ ); Insatisfatória ( $< 3$ )

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

**Tabela 6 – 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, segundo os Distritos Sanitários (DS) (Continuação).**

Variáveis	DS	n	Média	Desvio Padrão (DP)	p*	Intervalo de Confiança (95%)	
						Mín.	Máx.
11. Quando tem algum problema de saúde, recebe encaminhamento por escrito para o outro serviço de saúde pelo profissional que acompanha seu tratamento?	1	115	4,60	1,090		4,35	4,86
	2	44	4,50	0,978		4,09	4,91
	3	75	4,44	1,305		4,08	4,81
	4	41	4,52	1,156		4,06	4,98
	5	49	4,76	0,916		4,47	5,05
	6	58	4,20	1,440		3,77	4,63
	Total	382	4,51	1,177	0,177	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?	1	115	4,72	0,755		4,54	4,90
	2	44	4,71	0,624		4,44	4,97
	3	75	4,88	0,606		4,70	5,05
	4	41	4,70	0,869		4,36	5,05
	5	49	4,68	0,971		4,36	4,99
	6	58	4,65	1,021		4,34	4,97
	Total	382	4,73	0,816	0,645	4,63	4,83
13. Retorna à unidade de saúde com informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	1	115	2,58	1,858		2,13	3,03
	2	44	2,00	1,642		1,31	2,69
	3	75	2,00	1,660		1,51	2,49
	4	41	2,50	1,838		1,76	3,24
	5	49	2,64	1,769		2,07	3,21
	6	58	3,15	1,861		2,55	3,75
	Total	382	2,51	1,809	0,052	2,28	2,74

\* Teste Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ ) - **Negrito** aplicado o Teste de Dunn

Acessibilidade Organizacional: Satisfatória ( $\geq 4$ ); Regular ( $\geq 3$  e  $< 4$ ); Insatisfatória ( $< 3$ )

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

Já nas variáveis que abordaram o tempo de espera pelo atendimento, observamos que: a variável 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?”, níveis regulares com média de 3,16 (IC 95% [2,98-3,34]; DP: 1,622) e a variável 4: “Quando vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?”, encontramos níveis insatisfatórios com média de 2,87 (IC 95% [2,71-3,03]; DP: 1,548). Não houve diferença significativa entre os DS.

Estudo realizado em um município do estado da Bahia corrobora com os resultados apresentados acima, mostrando níveis satisfatórios em relação ao horário de funcionamento das unidades de saúde da família, porém difere em relação ao tempo de espera para ser consultado, obtendo níveis intermediários de satisfação (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Na cidade de Ribeirão Preto/SP, foi obtido níveis bons e excelentes em relação ao tempo de espera para consulta agendada, mas em relação a consulta eventual, obteve-se 50,3% de níveis regulares e bons (GAIOSO, 2007).

Estudo realizado na cidade de Uberaba/MG mostrou que o horário de funcionamento das unidades foi considerado adequado. Já em relação ao atendimento a problema de saúde urgente, ou seja, quando iniciou os sintomas da HAS, foi observado em sua maioria um tempo de espera para o atendimento superior a 60min (MARTINS, 2006).

Para usuários freqüentadores, a espera para o atendimento na própria unidade constitui um problema, segundo estudo realizado na cidade de Recife/PE (AZEVEDO, 2007).

O tempo de espera para atendimento das crises hipertensivas em um hospital da cidade de Fortaleza/CE foi relativamente rápido, com mais de 1/3 dos usuários esperando até 10min, e fora do hospital a espera teve média de 67min. A necessidade de instituir o tratamento médico correto, nas primeiras vinte e quatro horas, na urgência hipertensiva e, em menos de uma hora, na emergência se reveste de fundamental importância no tratamento da crise hipertensiva, bem como na prevenção ou limitação de lesões em órgãos-alvo. Portanto, um tempo de espera superior a sessenta minutos pode ser extremamente prejudicial para a pessoa com crise hipertensiva, podendo causar inclusive a morte (SOUZA et al, 2009; RIBEIRO; LOTUFO, 2005).

A variável 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?”*, obteve níveis regulares com média de 3,29 (IC 95% [3,10-3,47]; DP: 1,757), onde houve diferença significativa entre os DS 1 e 3 [ $p=0,000$ ], os DS 2 e 3 [ $p=0,002$ ], os DS 3 e 4 [ $p=0,000$ ], os DS 3 e 5 [ $p=0,007$ ] e os DS 3 e 6 [ $p=0,007$ ], onde o DS 3 teve um nível insatisfatório e o DS 4 um nível satisfatório.

Em relação a necessidade de uma consulta de emergência, em Uberaba/MG, foi mostrado também que o atendimento nestes casos foi considerado rápido, e que problemas agudos aguardam em sua maioria até 24hs (MARTINS, 2006).

Em estudo realizado em municípios do Nordeste brasileiro, os usuários referiram existir grande demanda para atendimento, com permanência de filas nas UBSF, com tempo de espera para realizar as consultas na unidade, de modo geral, variando entre 1 e 7 dias, sendo que em algumas capitais, o tempo de espera foi maior, entre 8 a 15 dias (ROCHA et al., 2008).

O atendimento à demanda espontânea se faz em algumas unidades de saúde um problema pelo fato desta não ser valorizada, devido a filosofia da ESF ser voltada para a

promoção e prevenção do cuidado. Os usuários procuram o serviço de saúde em situação de sofrimento agudo e, quando a unidade básica não responde às suas necessidades, para eles inadiáveis, recorrem aos serviços de pronto atendimento e pronto-socorro, lotando-os com demandas consideradas “simples”, que poderiam ter sido resolvidas no nível da atenção primária, tendo o importante papel de “desafogar” as unidades de maior complexidade, uma vez que só devem ser encaminhados para estas unidades usuários em situações para as quais não há resposta no primeiro nível (AZEVEDO, 2007).

Em relação aos medicamentos, a variável 3: “*Desde quando iniciou o seu tratamento para HAS faltou medicamento?*” e a variável 10: “*Recebe todos os medicamentos necessários para o tratamento da HAS?*”, tiveram níveis satisfatórios com médias de 4,15 (IC 95% [4,04-4,26]; DP: 1,070) e 4,40 (IC 95% [4,27-4,53]; DP: 1,247), respectivamente. Na primeira, foi observado diferença significativa entre os DS 1 e 3 [ $p=0,000$ ] e os DS 3 e 5 [ $p=0,018$ ], onde o DS 3 teve nível regular.

Segundo Sales & Tamaki (2007) e Paiva et al (2006), o tratamento medicamentoso tem grande importância na redução da morbi-mortalidade das doenças cardiovasculares, estando a HAS entre as mais prevalentes. Há 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 sistema público de saúde, em particular a ESF, é responsável por promover este acesso gratuito aos medicamentos essenciais. 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 HAS (PICCINI et al., 2006; PANIZ et al., 2008; RODRIGUES et al., 2008; MOCHEL et al., 2007).

Em relação a importância do tratamento medicamentoso foram verificados níveis elevados de conhecimento sobre a doença e tratamento, porém um dos motivos mais frequentes para a interrupção do tratamento para a HAS foi o gasto com medicamentos, quando há dificuldade ao acesso gratuito aos mesmos e também a falta de sua devida orientação (JESUS et al., 2008).

O custo dos medicamentos, que é um dos principais determinantes para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, bem como os seus efeitos colaterais, a falta de conscientização quanto aos riscos da patologia, a dificuldade para modificar estilos de vida e a ausência de sintomas da patologia são alguns dos fatores que interferem negativamente na

adesão às propostas terapêuticas (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010; MONTEIRO; FARIAS; ALVES, 2009).

Estudo realizado na cidade de Florianópolis/SC, mostrou que 92% dos usuários em tratamento estavam recebendo medicação, visto que a prevalência de abandono relacionada ao tratamento foi de 55,6% nos usuários cadastrados que não realizavam o tratamento (BORGES; CAETANO, 2005).

Em Rondonópolis/MT, a oferta de cuidados básicos, incluindo os medicamentos é oferecida para toda população (MELO et al., 2008).

A variável 8: “*Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?*”, obteve níveis insatisfatórios com média de 2,59 (IC 95% [2,41-2,77]; DP: 1,764), havendo diferença significativa entre os DS 1 e 3 [ $p=0,047$ ], onde o DS 3 teve um nível regular.

Em contato com a gerente do DS 3, foi justificado o resultado acima, afirmando-se que as UBSF realizam as consultas mensais para o usuário hipertenso em um ambiente onde ao mesmo tempo é realizado o encontro do grupo dos hipertensos.

A educação em saúde em grupo deve ser feita de forma interativa, integrando o profissional ao grupo, fazendo com que os educandos possam refletir e criticar a sua realidade, observar 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 idéias, a fim de facilitar o esclarecimento de dúvidas, aumentar a segurança do paciente na equipe de saúde e caracterizar maior observância ao tratamento (TRENTINI; TOMASI; POLAK, 1996).

Em estudo realizado na cidade de São José do Rio Preto/SP, foi verificado que a maioria dos usuários hipertensos aprenderam no grupo educativo principalmente sobre modificações na alimentação, prática de atividade física e diminuição da ansiedade, que são temas referentes ao tratamento não-medicamentoso, o qual é importantíssimo para o controle da pressão arterial. O grupo de hipertensão apresentou diversos pontos positivos como a forma de abordagem dos temas, esclarecendo as dúvidas e solucionando as necessidades dos clientes e a anotação das orientações transmitidas em prontuário, o que reflete no grande número de hipertensos que já modificaram seu estilo de vida (SILVA; SANTOS, 2004).

Silva et al. (2006), comprovou em seu estudo que os índices de pressão arterial pós-intervenção com grupo educacional com portadores de DM e HAS, apresentaram melhora, caracterizando uma redução de hipertensão moderada e grave relativa de 42% e absoluta de 26%.

Em relação a continuidade da assistência, observou-se que a variável 5: “*Consegue realizar exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?*”, apresentou níveis satisfatórios com média de 4,55 (IC 95% [4,45-4,64]; DP: 0,954), não tendo diferença significativa entre os DS. Por outro lado a variável 6: “*Consegue no período de 10 dias receber os resultados dos exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?*”, obteve níveis insatisfatórios com média de 2,76 (IC 95% [2,60-2,92]; DP: 1,544), havendo diferença significativa entre os DS 3 e 5 [ $p=0,034$ ] e os DS 5 e 6 [ $p=0,024$ ], onde o DS 5 teve nível regular.

A investigação laboratorial básica e a avaliação complementar são indicadas a todos os pacientes hipertensos, sendo orientada para detectar lesões clínicas ou subclínicas com o objetivo de melhor estratificação do risco cardiovascular. Está indicada na presença de elementos indicativos de doença cardiovascular (DCV) e doenças associadas, em pacientes com dois ou mais fatores de risco, e em pacientes acima de 40 anos de idade com DM tipo 1 (Nível evidência I, Classe C) (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

O acesso à consulta especializada e à exames complementares teve 46,2% e 63,2%, respectivamente, níveis considerados bons e excelentes em estudo realizado em Ribeirão Preto/SP. Também mostrou que apenas uma média de 46% das famílias informou conseguir realizar todos os exames solicitados (GAIOSO, 2007; ESCOREL et al., 2007).

A referência e contra-referência foram avaliadas, e observamos que a variável 11: “*Quando tem algum problema de saúde, recebe encaminhamento por escrito para o outro serviço de saúde pelo profissional que acompanha seu tratamento?*” e a variável 12: “*Quando tem algum problema de saúde e é encaminhado para outro serviço de saúde tem o atendimento garantido no serviço referendado?*”, respectivamente, apresentaram níveis satisfatórios com médias de 4,51 (IC 95% [4,36-4,65]; DP: 1,177) e 4,73 (IC 95% [4,63-4,83]; DP:0,816), respectivamente. Quanto a variável 13: “*Retorna à unidade de saúde com informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?*”, apresentou níveis insatisfatórios com média de 2,51 (IC 95% [2,28-2,74]; DP: 1,809). Não houve diferença significativa entre os DS nas variáveis apresentadas acima.

Com a finalidade de garantir a atenção integral ao hipertenso, portador de risco cardiovascular e renal, faz-se necessária uma normatização para acompanhamento, mesmo na unidade básica de saúde. Em algumas situações, haverá necessidade de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária, devendo-se, nesses casos, ser estabelecida uma rede de referência e contra-referência (BRASIL, 2006a, 2006b).

Em estudo realizado em um município no estado da Bahia, foi comparado a organização dos serviços das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família, visualizando-se uma melhor organização e desempenho desta última, e obtendo níveis intermediários de satisfação em relação aos sistemas de referência e contra-referência e marcação e realização de consultas especializadas (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Segundo a GM/MS – Portaria 648/2006 (BRASIL, 2006d), no seu item 3, da infraestrutura e recursos necessários:

“São itens necessários à realização das ações de Atenção primária nos municípios e no Distrito Federal: VII - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.”

A comunicação com troca de informações entre profissionais é essencial para que o generalista da equipe de saúde da família possa exercer sua função de coordenador dos cuidados ao paciente e garantir a continuidade do contato. Em relação à referência e contra-referência, estudo realizado em oito centros urbanos do Brasil, mostrou que somente em média 15,2% dos profissionais afirmaram que a ESF conta com um sistema de referência e que em média 41,2% dos profissionais não receberam contra-referência, sendo uma dificuldade reiterada pelos gestores na maior parte dos municípios estudados na maioria das cidades seu uso não era freqüente embora existissem formulários para a transferência de informações entre médicos da ESF e especialistas (ESCOREL et al., 2007).

Em Manaus/AM, a inexistência de um efetivo sistema de referência e contra-referência torna-se uma barreira, por vezes intransponível, para o acesso dos usuários a cuidados de maior nível de complexidade. Na unidade básica de saúde, com maior capacidade instalada, mas que não opera em bases territoriais, observa-se uma situação inversa; nela, encontrou-se maior facilidade de acesso a exames e a certos especialistas e uma menor facilidade de entrada no serviço (SOUZA; GARNELO, 2008).

Em estudo realizado na cidade de Recife/PE, para os profissionais e gestores, o acesso aos atendimentos de referência, aos especialistas, constitui um grande entrave à qualidade dos serviços na ESF. E ainda reforçam que um sistema de referência e contra-referência, com base na ESF, precisa existir e funcionar adequadamente, a fim de que se respeite o princípio da integralidade, especificamente na dimensão que se refere ao acompanhamento e à continuidade do cuidado. Trata-se de um sistema que deve ir muito além de suas características burocráticas (estabelecimento de fluxos e protocolos) – muito enfatizadas por profissionais e gestores –, que por ele circulem conhecimentos necessários à melhoria da

qualidade dos atendimentos realizados no sistema de saúde local do qual faz parte (AZEVEDO, 2007).

Em municípios do Nordeste brasileiro, o problema torna-se maior em relação a exames laboratoriais, consultas especializadas e internações. Com as centrais informatizadas aparecem filas eletrônicas que levam até meses para atender as demandas de atendimento (ROCHA et al., 2008).

## ACESSIBILIDADE SÓCIO-CULTURAL

Para avaliar a acessibilidade sócio-cultural utilizou-se 14 variáveis, conforme tabela 7. Em relação a comunicação entre os profissionais e usuários, obtivemos níveis satisfatórios nas variáveis analisadas a seguir. Na variável 1: “*Quando faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?*”, com média de 4,58 (IC 95% [4,49-4,67]; DP:0,875), havendo diferença significativa entre os DS 2 e 3 [ $p=0,037$ ], os DS 3 e 4 [ $p=0,037$ ] e DS 3 e 5 [ $p=0,011$ ], porém todos os DS tiveram níveis satisfatórios; na variável 2: “*O profissional da unidade de saúde responde às suas perguntas de maneira clara?*”, com média de 4,57 (IC 95% [4,49-4,66]; DP:0,835), não havendo diferença significativa entre os DS; na variável 3: “*O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que fale suas dúvidas ou preocupações?*”, com média de 4,33 (IC 95% [4,21-4,46]; DP:1,188), havendo diferença significativa entre os DS 1 e 3 [ $p=0,025$ ], os DS 3 e 4 [ $p=0,013$ ] e DS 3 e 5 [ $p=0,001$ ], onde o DS 3 teve um nível regular e na variável 7: “*O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames?*”, com média de 4,17 (IC 95% [4,02-4,31]; DP:1,383), não havendo diferença significativa entre os DS.

Quanto a variável 4: “*Quando consulta na unidade de saúde, o profissional conversa sobre outros problemas de saúde?*”, com média de 3,81 (IC 95% [3,65-3,97]; DP:1,552), não havendo diferença significativa entre os DS e a variável 14: “*Os profissionais da unidade de saúde discutem sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?*”, com média de 3,16 (IC 95% [2,93-3,39]; DP:1,820), havendo diferença significativa entre os DS 1 e 3 [ $p=0,002$ ], os DS 3 e 5 [ $p=0,004$ ] e DS 3 e 6 [ $p=0,001$ ], onde o DS 3 teve um nível insatisfatório, obtivemos níveis regulares.

Os resultados acima são vistos positivamente, obtidos também em outros estudos com níveis satisfatórios em relação a compreensão dos conselhos dados pelos profissionais aos usuários e ao tempo suficiente para a consulta, bem como uma ótima comunicação entre profissionais e usuários (MELO et al., 2008).

Demonstra-se a importância da comunicação na acessibilidade, ao revelar que o desfecho no tratamento era o mais favorável, quando usados termos familiares ao contexto dos usuários. Situação contrária quando lançada mão de vocabulários técnicos, repercutindo consideravelmente na elevação do número de insatisfações com o tratamento (WILLIANS; OGDEN, 2004).

Segundo Donabedian (2003), para que uma relação usuário-profissional seja considerada boa são necessários os seguintes atributos: empatia, os usuários devem ser tratados com 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 estipulado. Para isto estão envolvidos conhecimentos das tecnologias médicas, e das outras disciplinas, como epidemiologia, bem como, a maneira de gerir a interação social e psicológica entre os pacientes e os profissionais.

O profissional de saúde deve ouvir o usuário cuidadosamente e fornecer explicações de modo que o mesmo possa entender, dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas. A satisfação dos usuários é inversamente proporcional ao número de problemas enfrentados pelos mesmos, tornando assim o encontro com os profissionais de saúde um momento oportuno da explicitação das dificuldades enfrentadas no cotidiano, gerando insatisfações quando a duração deste período se torna insuficiente (WILLIANS; OGDEN, 2004).

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 acessibilidade (ARCÊNIO, 2008).

Para que o usuário possa assumir a responsabilidade pelo seu tratamento, pressupõe-se que ele deva ser informado e orientado adequadamente, de forma que, nas palavras dos profissionais, se conscientizem da importância de seguir os cuidados sugeridos (GAIOSO, 2007).

**Tabela 7 – 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, segundo os Distritos Sanitários (DS).**

Variáveis	DS	n	Média	Desvio Padrão (DP)	p*	Intervalo de Confiança (95%)	
						Mín.	Máx.
1. Quando faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?	1	115	4,59	0,948	<b>0,001</b>	4,41	4,77
	2	44	4,73	0,593		4,54	4,92
	3	75	4,23	1,038		3,98	4,48
	4	41	4,73	0,593		4,54	4,92
	5	49	4,77	0,627		4,59	4,95
	6	58	4,62	0,945		4,36	4,88
	Total	382	4,58	0,875		4,49	4,67
2. O profissional da unidade de saúde responde às suas perguntas de maneira clara?	1	115	4,63	0,838	0,149	4,47	4,79
	2	44	4,57	0,737		4,34	4,80
	3	75	4,35	1,016		4,11	4,59
	4	41	4,49	0,810		4,23	4,74
	5	49	4,71	0,683		4,51	4,91
	6	58	4,69	0,748		4,48	4,89
	Total	382	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?	1	115	4,41	1,184	<b>0,000</b>	4,18	4,63
	2	44	4,50	0,862		4,23	4,77
	3	75	3,86	1,325		3,55	4,17
	4	41	4,61	0,802		4,36	4,86
	5	49	4,75	0,668		4,56	4,94
	6	58	4,11	1,560		3,69	4,53
	Total	382	4,33	1,188		4,21	4,46
4. Quando consulta na unidade de saúde, o profissional conversa sobre outros problemas de saúde?	1	115	3,68	1,662	0,321	3,36	3,99
	2	44	4,07	1,386		3,64	4,50
	3	75	3,63	1,505		3,28	3,99
	4	41	4,12	1,327		3,70	4,54
	5	49	4,02	1,550		3,57	4,47
	6	58	3,65	1,647		3,21	4,10
	Total	382	3,81	1,552		3,65	3,97
5. Os profissionais da unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?	1	115	4,65	0,759	0,062	4,51	4,80
	2	44	4,75	0,686		4,54	4,96
	3	75	4,45	0,883		4,25	4,66
	4	41	4,29	0,844		4,03	4,56
	5	49	4,65	0,694		4,45	4,85
	6	58	4,61	0,888		4,37	4,84
	Total	382	4,58	0,805		4,50	4,66

\* Teste Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ ) - **Negrito** aplicado o Teste de Dunn

Acessibilidade Sócio-cultural: Satisfatória ( $\geq 4$ ); Regular ( $\geq 3$  e  $< 4$ ); Insatisfatória ( $< 3$ )

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

**Tabela 7 – 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, segundo os Distritos Sanitários (DS) (Continuação).**

Variáveis	DS	n	Média	Desvio Padrão (DP)	p*	Intervalo de Confiança (95%)	
						Mín.	Máx.
6. Já pensou em mudar da unidade de saúde por causa dos profissionais?	1	115	4,51	1,166	0,064	4,27	4,74
	2	44	4,75	0,928		4,39	5,11
	3	75	4,24	1,294		3,92	4,55
	4	41	4,89	0,398		4,75	5,02
	5	49	4,43	1,172		4,06	4,79
	6	58	4,30	1,339		3,93	4,67
	Total	382	4,47	1,160		4,34	4,60
7. O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames?	1	115	4,25	1,325	0,493	3,99	4,52
	2	44	4,29	1,167		3,92	4,66
	3	75	4,13	1,303		3,82	4,45
	4	41	4,27	1,450		3,81	4,73
	5	49	4,23	1,418		3,82	4,64
	6	58	3,81	1,638		3,37	4,26
	Total	382	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)?	1	115	3,46	1,774	0,729	3,12	3,80
	2	44	3,36	1,792		2,80	3,92
	3	75	3,11	1,768		2,70	3,52
	4	41	3,59	1,658		3,06	4,11
	5	49	3,46	1,846		2,91	4,00
	6	58	3,25	1,740		2,78	3,72
	Total	382	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?	1	115	2,73	1,777	0,521	2,39	3,08
	2	44	2,80	1,772		2,23	3,37
	3	75	2,47	1,846		2,04	2,91
	4	41	2,72	1,776		2,14	3,29
	5	49	3,09	1,856		2,53	3,65
	6	58	2,56	1,679		2,10	3,01
	Total	382	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?	1	115	2,69	1,801	0,913	2,34	3,04
	2	44	2,84	1,647		2,33	3,34
	3	75	2,55	1,827		2,12	2,98
	4	41	2,61	1,716		2,07	3,15
	5	49	2,77	1,801		2,25	3,29
	6	58	2,59	1,786		2,11	3,08
	Total	382	2,67	1,767		2,48	2,85

\* Teste Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ ) - **Negrito** aplicado o Teste de Dunn

Acessibilidade Sócio-cultural: Satisfatória ( $\geq 4$ ); Regular ( $\geq 3$  e  $< 4$ ); Insatisfatória ( $< 3$ )

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

**Tabela 7 – 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, segundo os Distritos Sanitários (DS) (Continuação).**

Variáveis	DS	n	Média	Desvio Padrão (DP)	p*	Intervalo de Confiança (95%)	
						Mín.	Máx.
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	115	1,62	1,310	0,427	1,37	1,88
	2	44	1,95	1,642		1,43	2,47
	3	75	1,57	1,124		1,31	1,83
	4	41	1,83	1,483		1,35	2,30
	5	49	2,07	1,597		1,59	2,54
	6	58	1,65	1,334		1,28	2,01
	Total	382	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	115	1,57	1,207	0,504	1,32	1,83
	2	44	1,76	1,441		1,29	2,24
	3	75	1,33	0,798		1,14	1,53
	4	41	1,51	1,170		1,12	1,90
	5	49	1,83	1,286		1,43	2,23
	6	58	1,57	1,092		1,28	1,87
	Total	382	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?	1	115	2,18	1,703	0,249	1,84	2,51
	2	44	2,74	1,683		2,21	3,26
	3	75	2,28	1,672		1,88	2,67
	4	41	2,31	1,559		1,80	2,81
	5	49	2,06	1,603		1,60	2,53
	6	58	2,11	1,606		1,67	2,54
	Total	382	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?	1	115	3,39	1,809	0,001	2,97	3,82
	2	44	3,05	1,731		2,28	3,81
	3	75	2,07	1,653		1,56	2,58
	4	41	3,12	1,774		2,40	3,83
	5	49	3,50	1,840		2,91	4,09
	6	58	3,68	1,685		3,14	4,21
	Total	382	3,16	1,820		2,93	3,39

\* Teste Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ ) - **Negrito** aplicado o Teste de Dunn

Acessibilidade Sócio-cultural: Satisfatória ( $\geq 4$ ); Regular ( $\geq 3$  e  $< 4$ ); Insatisfatória ( $< 3$ )

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

Outro ponto avaliado foi o envolvimento dos profissionais com a comunidade, obtendo níveis satisfatórios somente na variável 5: “*Os profissionais da unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?*”, com média de 4,58 (IC 95% [4,50-4,66]; DP:0,805), não havendo diferença significativa entre os DS.

Na variável 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?*”, obteve média de 1,73 (IC 95% [1,59-1,88]; DP: 1,383); para a variável 12: *“Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HAS com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?”*, teve média de 1,57 (IC 95% [1,28-1,87]; DP: 1,092) e a variável 13: *“Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento?”*, com média de 2,25 (IC 95% [2,08-2,42]; DP: 1,651), obteve-se níveis insatisfatórios, não havendo diferença significativa entre os DS de todas as variáveis expostas acima.

Segundo a VI diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), 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 tempo.

Estudo realizado em três municípios no estado do Mato Grosso, observou-se contrário aos resultados, sendo satisfatória a relação com a comunidade (MELO et al., 2008).

Machado & Vieira (2009), registraram uma valorização por parte dos profissionais da ESF da utilização de recursos existentes na comunidade para o desenvolvimento de ações educativas. Compreende-se, aqui, que essa atitude da ESF integra os princípios da integralidade e intersetorialidade e, dessa forma, fortalece o Sistema Único de Saúde. Isso fica evidente, quando a equipe refere buscar parcerias com escolas e creches existentes na comunidade, bem como com outros órgãos do município, da busca de parcerias com outros segmentos da sociedade para o desenvolvimento de atividades educativas junto aos usuários. Assim, a Educação em Saúde deve contribuir para a conscientização individual e coletiva das responsabilidades e dos direitos da população, estimulando a participação popular. Nesse sentido, destaca-se que são extremamente bem-vindas estratégias educativas em que se encontram a comunidade com a ESF, ambas descobrindo e valorizando seu potencial, e de outros parceiros existentes no município, na troca de experiências e saberes.

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, inabilidade das equipes de atuar diante das singularidades dos usuários (FEKETE, 1997).

O envolvimento dos profissionais com a família dos usuários foi avaliado através da variável 8: *“Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram*

*com o(a) Sr.(a)?*”, que obteve nível regular, com média de 3,36 (IC 95% [3,18-3,54]; DP: 1,761), não havendo diferença significativa entre os DS.

A variável 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”*, com média de 2,70 (IC 95% [2,52-2,89]; DP: 1,783) e a variável 10: *“Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?”*, com média de 2,67 (IC 95% [2,48-2,85]; DP: 1,767), obteve-se níveis insatisfatórios, não havendo também diferença significativa entre os DS.

Estudo realizado em municípios do Centro-Oeste brasileiro e em um município do estado de São Paulo corroboram com os resultados preocupantes acima apresentados, mostrando níveis insatisfatórios em relação a orientação comunitária e ao envolvimento dos profissionais com a família dos usuários (VAN STRALEN et al., 2008; ELIAS et al., 2006).

Também em estudo no município de Uberaba/MG, observou-se que 70,3% dos usuários entrevistados disseram que os profissionais não conhecem as suas famílias. Isto sinaliza uma baixa vinculação entre os usuários e os profissionais, exibindo um percentual pouco expressivo de profissionais capazes de identificar a clientela adscrita à unidade (MARTINS, 2006).

Os processos de ressignificação das orientações recebidas e o engajamento de membros das famílias analisadas em atividades de difusão de informações sobre a hipertensão, contribuem para a disseminação destes conhecimentos na comunidade. Convém destacar que o reconhecimento das interfaces simbólicas e práticas entre a racionalidade biomédica e a popular apresenta-se como uma via estratégica para a concretização das práticas de promoção da saúde (TRAD et al., 2010).

Torna-se ainda mais preocupante, pois para o Ministério da Saúde, a estratégia saúde da família que visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esta ainda tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. Esta perspectiva vem sendo implementada de forma inovadora para mudar a situação da atenção primária à saúde em nosso país, que propõe uma estrutura voltada para promoção de saúde com foco na família, nos seus mais variados contextos, diferindo da forma e cuidar das pessoas centrado em um modelo biomédico e voltado somente para a cura da doença (BRASIL, 2006d).

De acordo com Ângelo e Bouso (2001), deve-se 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 todo. É essencial compreender 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 identificam as suas forças, as suas dificuldades e os seus esforços para partilhar as responsabilidades. Com base nas informações obtidas, os profissionais devem usar seus conhecimentos sobre cada família, para junto dela, pensar e implementar a melhor assistência possível.

Destaca-se a necessidade de introdução de novas estratégias de trabalho para o modelo de assistência, remodelar o "velho" para construir um "novo" sistema. Há necessidade de se deixar o modelo tradicional de atendimento ao doente para um modelo moderno, incorporando expectativas dos doentes, com envolvimento ativo das famílias e de seguimentos organizados da comunidade para maior incorporação do ator social no tratamento da doença, dimensão mais integradora na direção da concepção do modelo de promoção à saúde (OLIVEIRA et al., 2009).

A variável 6: *“Já pensou em mudar da unidade de saúde por causa dos profissionais?”*, foi favorável aos profissionais, obtendo níveis satisfatórios, com média de 4,47 (IC 95% [4,34-4,60]; DP: 1,160), não havendo diferença significativa entre os DS.

O grau de satisfação dos usuários em relação aos profissionais é mostrado na tabela 8 mostra que todos os profissionais tiveram uma avaliação “boa”, havendo diferença significativa na avaliação dos médicos entre os DS 1 e 3 [ $p=0,001$ ] e os DS 3 e 4 [ $p=0,022$ ], já na avaliação dos ACS entre os DS 3 e 6 [ $p=0,041$ ], DS 4 e 6 [ $p=0,05$ ] e DS 5 e 6 [ $p=0,034$ ], porém todas as diferenças foram consideradas no nível satisfatório.

Em estudo realizado no município de Ribeirão Preto/SP, foi evidenciado a mesma problemática, que apresentava um grau de satisfação alto, porém percebeu-se contradição em narrativas, evidenciada pela insatisfação dos usuários em relação a alguns indicadores (GAIOSO, 2007).

Também em Florianópolis/SC, foram encontrados resultados muito satisfatórios por parte dos usuários nas diversas áreas de atendimento. Estes dados podem indicar que existem problemas organizacionais no SUS e no funcionamento das unidades, os quais aparentemente são compensados pela atenção da equipe na prestação de serviços, isto na visão dos usuários, pois comprovou-se também a diferença em algumas variáveis, como exemplo, 20% dos usuários não sabem a existência de grupos de apoio. A análise dos resultados e dos fatos sugere que a carência das informações, a concepção antiga de saúde e de assistência e a

ausência da integração usuário/unidade básica contribuem para um julgamento errôneo e sem justificativa pelo usuário do atual sistema de saúde, sendo uma assistência equivocada, na maioria das vezes, pela completa ausência de uma gestão envolvida com as reais necessidades de saúde da população (RODRIGUEZ, 2009).

**Tabela 8 – Escala do grau de satisfação dos usuários em relação aos profissionais que o atendem os hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011, segundo os Distritos Sanitários (DS).**

Variáveis	DS	n	Média	Desvio Padrão (DP)	p*	Intervalo de Confiança (95%)	
						Mín.	Máx.
Médicos	1	115	4,71	0,83	<b>0,000</b>	4,55	4,87
	2	44	4,60	0,91		4,29	4,91
	3	75	4,14	1,17		3,86	4,41
	4	41	4,71	0,56		4,53	4,88
	5	49	4,45	0,96		4,17	4,72
	6	58	4,55	0,96		4,29	4,80
	Total	382	4,52	0,95		4,43	4,62
Enfermeiros	1	115	4,53	0,88	0,087	4,36	4,69
	2	44	4,77	0,57		4,59	4,94
	3	75	4,35	1,04		4,11	4,60
	4	41	4,60	0,63		4,40	4,80
	5	49	4,69	0,75		4,47	4,90
	6	58	4,36	1,08		4,07	4,66
	Total	382	4,53	0,88		4,44	4,62
Auxiliar de Enfermagem	1	115	4,50	0,96	0,684	4,31	4,68
	2	44	4,57	0,82		4,32	4,82
	3	75	4,55	0,98		4,32	4,78
	4	41	4,59	0,68		4,37	4,81
	5	49	4,49	1,10		4,17	4,81
	6	58	4,31	1,14		4,00	4,62
	Total	382	4,50	0,97		4,40	4,60
ACS	1	115	4,52	1,11	<b>0,013</b>	4,31	4,73
	2	44	4,42	1,05		4,09	4,74
	3	75	4,74	0,75		4,57	4,91
	4	41	4,80	0,51		4,64	4,97
	5	49	4,81	0,49		4,66	4,95
	6	58	4,25	1,24		3,92	4,58
	Total	382	4,58	0,97		4,48	4,67
Outros Profissionais	1	115	4,48	1,02	0,594	4,27	4,70
	2	44	4,33	1,03		3,82	4,85
	3	75	4,31	1,05		4,01	4,62
	4	41	4,30	0,99		3,90	4,69
	5	49	4,49	0,96		4,19	4,78
	6	58	4,37	1,18		4,02	4,72
	Total	382	4,41	1,04		4,28	4,53

\* Teste Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ ) - **Negrito** aplicado o Teste de Dunn

Escala:  $\geq 1$ : pior;  $\geq 2$ : ruim;  $\geq 3$ : regular;  $\geq 4$ : bom; 5: ótimo

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

## ÍNDICE COMPOSTO DA ACESSIBILIDADE

Os escores médios das variáveis foram somados e construíram um Índice Composto para cada dimensão da acessibilidade.

A tabela 9 mostra os resultados, que no geral, a acessibilidade geográfica e econômica obtiveram níveis satisfatórios, com Índices Compostos 4,10 e 4,09, respectivamente. Já a acessibilidade organizacional e sócio-cultural obtiveram níveis regulares, com Índices Compostos 3,75 e 3,44, respectivamente.

**Tabela 9: Índice Composto da Acessibilidade dos hipertensos cadastrados no Hiperdia no período de 2006-2007, Campina Grande/PB, 2011.**

<b>Dimensão</b>	<b>Índice Composto</b>
Acessibilidade Geográfica	4,11
Acessibilidade Econômica	4,09
Acessibilidade Organizacional	3,75
Acessibilidade Sócio-cultural	3,44

Acessibilidade: Satisfatória ( $\geq 4$ ); Regular ( $\geq 3$  e  $< 4$ );  
Insatisfatória ( $< 3$ )

Fonte: Estudo realizado por Paes, 2008.

## 8. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar o perfil sócio-demográfico e fatores de risco dos hipertensos atendidos na Estratégia Saúde da Família do município de Campina Grande/PB, onde foi predominante um perfil de usuários idosos (60-69 anos), com renda familiar entre 1-2 salários mínimos, havendo predominância do sexo feminino, baixa escolaridade e aposentados. Em relação aos fatores de risco, houve predomínio de antecedentes familiares cardiovasculares, não presença de DM (tipo 1 e 2), não eram tabagistas, não eram sedentários, sobrepeso, não tiveram IAM, AVE e outras coronariopatias.

Os resultados mostraram que a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) foi considerada pelos usuários a porta de entrada para a atenção a saúde.

A acessibilidade foi avaliada por meio da satisfação dos usuários, e a partir das variáveis estudadas, foi realizado um Índice Composto para cada tipo de acessibilidade.

Em relação à acessibilidade geográfica e econômica foram encontrados Índices Compostos com resultados satisfatórios, porém foi observado que havia dificuldades no acesso aos serviços no momento do início dos primeiros sinais e sintomas.

Na acessibilidade organizacional e sócio-cultural, os Índices Compostos obtidos foram regulares. Para a acessibilidade organizacional, destacou-se para a contribuição deste resultado a não satisfação dos usuários com o serviço em relação ao tempo de espera, realização de consulta no prazo de 24hs, participação em grupos, recebimento de exames laboratoriais e a contra-referência. Já em relação à acessibilidade sócio-cultural, o que se destacou na contribuição para esta não satisfação dos usuários foi o envolvimento dos profissionais com a comunidade e com as famílias.

Foi observada uma predominância da homogeneidade dos resultados em relação aos distritos sanitários, sendo isto verificado através de uma análise de variância (Teste não-paramétrico Kruskal-Wallis). Porém houve diferenças significativas entre alguns distritos sanitários, nos quais quando possível, foi realizado a explicação das mesmas.

Apesar dos resultados apresentados, observamos níveis satisfatórios em relação aos profissionais da unidade. Isso ficou bastante evidente em nosso estudo, onde apesar de altos níveis de satisfação, percebe-se uma contradição, evidenciada pela insatisfação dos usuários em algumas variáveis que fazem parte diretamente da estruturação dos princípios da atenção primária, como o envolvimento com a comunidade e a família como sujeito da atenção. Isso

nos leva à conclusão de que os usuários têm um conceito equivocado da atenção à saúde prestada, tendo os profissionais da saúde uma contribuição para esta situação, onde estes se voltam, infelizmente, para a cura da doença, utilizando o modelo biomédico.

Reconheço que há um conjunto de críticas e limitações relacionados à coleta de dados. Uma das críticas mais freqüente em relação aos pesquisadores foi o aspecto subjetivo das categorias perguntadas aos usuários. Um 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 a visita noturna devido ao perigo real de assaltos.

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.

Com base no exposto, consideramos o desenvolvimento deste estudo um marco em minha vida, possibilitando a compreensão e ampliação dos meus conhecimentos sobre o processo de avaliação da assistência. Favoreceu minha aprendizagem e formação crítica, contribuindo para o meu crescimento profissional, tornando-me mais comprometido com a saúde da população e capaz de desenvolver uma assistência diferenciada.

Este estudo, por ser de avaliação, é considerado de grande importância para a qualificação da assistência prestada, favorecendo a proposição de medidas e de intervenção pelos sujeitos envolvidos neste processo. Assim, propõe-se o compromisso de se estender para além do âmbito acadêmico, pois certamente, a presente investigação assume um compromisso, levando os seus resultados dos distritos sanitários investigados, proporcionando uma discussão profunda entre os profissionais da saúde, usuários do serviço e os gestores. 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.

Conclui-se que este estudo é de extrema relevância devido à escassez de pesquisas voltadas para a acessibilidade, e ao ineditismo em relação à atenção a HAS. É relevante o fato do município de Campina Grande/PB ser pioneiro na realização das políticas para a Estratégia Saúde da Família, e agora está tendo a oportunidade de passar por esta avaliação, que têm

sido objeto constante de avaliação do Ministério da Saúde. Isto possibilitará o fornecimento de diretrizes e subsídios aos gestores e profissionais da saúde, para que a ESF, seja na realidade, a porta de entrada para a atenção à saúde, garantindo os princípios doutrinários do SUS: universalidade, integralidade e equidade, proporcionando uma acessibilidade satisfatória, sem barreira e dificuldade.

Espera-se, com isso, a garantia do cuidado necessário aos seus usuários hipertensos, atendendo suas reais necessidades, em especial ao perfil destes encontrados no estudo, 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.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.

Almeida PF, et al. 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.

Anderson MP, Gusso G, Castro Filho ED. Medicina de Família e comunidade: especialista em integralidade. *Rev APS*. 2005; 8(1): 49-60.

Ângelo M, Bousso RS. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: A família vivendo experiência de ter um filho na UTI. *Rev. Esc. Enf. USP*. 2001; 35: 172-79.

Araújo JC; Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(3): 368-74.

Arcênio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.

Aristides JL, Lima JVC. Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. *Rev Esp para a Saúde*. 2009; 10(2): 43-52.

Azevedo ALM. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. [dissertação]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

Baptista EKK et al. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1): 225-29.

Barbosa MAR e cols. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. *Rev Bras Clin Med*. 2009; 7: 357-60.

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. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2473-82.

Berlezi EM. Estudo de Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares em Indivíduos Hipertensos Adscritos a uma Unidade de Saúde da Família. [tese]. Porto Alegre (RS): Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica, PUCRS; 2007.

Borges PCS; Caetano JC. Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis-SC. *Arq Catar de Med.* 2005; 34(3): 45-50.

Bottari CMS et al. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção primária. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(Sup 1): S111-S22.

Braga ACS. Curvas ROC: Aspectos funcionais e aplicações. [tese] Braga: Universidade do Minho; 2000.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196/96, de 09/10/96.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites / Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. 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. 64 p.

\_\_\_\_\_. 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; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 58 p. – (Cadernos de Atenção primária; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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; 14,) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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. Ministério da Saúde: Brasília, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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. Ministério da Saúde: Brasília, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1020 de 13/05/2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.. Ministério da Saúde: Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SIS Hiperdia - Apresentação. [acesso 12 abr. 2010]. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br>>.

Castro e cols. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Formiga, MG. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(3): 334-39.

Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card.* 2008; 91(1): 31-35.

Colares LG et al. Estudo comparativo da pressão arterial sistêmica aferida por três métodos distintos não-invasivos. *Rev Med Minas Gerais.* 2009; 19(3): 214-214.

Contandriopoulos AP; Champagne F; Denis JL; Pineault R. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.), *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.* Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.

Correa TD. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Arq Med ABC.* 2005; 31(2): 91-101.

Costa e cols. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(1): 59-65.

Cunha ABO; Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(4): 725-37.

Donabedian A. *Aspects of medical care administration.* Boston: Harvard University Press; 1973.

Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care.* New York: Oxford University Press, 2003.

Elias PE et al. Atenção primária em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006; 11(3): 633-41.

Scorel LS et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção primária no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.* 2007; 21(2).

Faerstein E et al. Aferição da pressão arterial: experiência de treinamento de pessoal e controle de qualidade no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(9): 1997-2002.

Feijão AMM et al. Prevalência de Excesso de Peso e Hipertensão Arterial, em População Urbana de Baixa Renda. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 84(1): 29-33.

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.

Ferreira SRG et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009; 43(Supl 2): 98-106

Fonseca AL. Interações medicamentosas. Rio de Janeiro: Publicações Científicas LTDA, 1994.

Gaioso VP. Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família no município de Ribeirão Preto – SP. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

Giovanella L, Escorel S, Mendonça MH. Porta de entrada pela atenção primária? Integralidade do PSF à rede de serviços de saúde. Saúde em Debate. 2003; 65(27): 279-87.

Gus I et al. Prevalência, Reconhecimento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol. 2004; 83(5): 424-28.

Hair Jr JF; Anderson RE; Tatham RL; Black WC. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Hartmann M et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(8): 1857-66.

Hartz ZMDA; Camacho LAB. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. Cad. Saúde Públ. 1996; 12(Supl. 2): 13-20.

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. p.207-53.

Hora HRM, Monteiro GTR, Arica J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. Produto & Produção. 2010; 11(2): 85-103.

Jardim e cols. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. Arq Bras Cardiol. 2007; 88(4): 452-45.

Jesus ES et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta Paul Enferm. 2008; 21(1): 59-65.

Júnior AP; Júnior LC. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Rev Espaço para a Saúde. 2006; 8(1): 13-19.

Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. Rev Bras Hipertens. 2001; 8: 383-92.

Lucchese PTR e cols. Políticas Públicas em Saúde Pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. 90 p.

Machado MFAS, Vieira NFC. Health education: the family health teams' perspective and clients' participation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009; 17(2): 174-79.

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; 2006.

Matins AA. A Integralidade nas Políticas Públicas de Saúde Brasileira. [monografia]. Belo Horizonte (MG): Instituto de Psicologia, PUCMG; 2006.

Melo ECA. Hábitos alimentares, estilo de vida e medicação: parceiros para o sucesso no tratamento da hipertensão arterial sistêmica no município de Campina Grande – PB [monografia]. Campina Grande (PB): Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba; 2006.

Melo EM et al. A organização da Atenção primária em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1): S29-S41.

Menicussi TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(7): 1620-25.

Mochel EG et al. Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública de São Luís (MA). *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2007; 31(1): 90-101.

Molina MCB, Cunha RS, Herckenhoff LF, Mill JG. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37: 743-50.

Monteiro CN; Farias RE; Alves MJM. Perfil de hipertensos em populações urbana e rural no estado de Minas Gerais. *Rev. APS*. 2009; 12(1): 48-53.

Motta VT. SPSS: Análise de dados Biomédicos. Rio de Janeiro: Medbook, 2009. 334p.

Muxfeld ES et al. Demographic and clinical characteristics of hypertensive patients in the internal medicine outpatient clinic of a university hospital in Rio de Janeiro. *Sao Paulo Med J*. 2004; 122(3): 87-93.

Noblat ACB et al. Complicações da Hipertensão Arterial em Homens e Mulheres Atendidos em um Ambulatório de Referência. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 83(4): 308-13.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(5): 547-59.

Nunes LN. Métodos de imputação de dados aplicados na área da saúde. [tese] Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

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.

Oliveira SAC et al. Health services in tuberculosis control: family focus and community orientation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009; 17(3): 361-67.

Paiva DCP et al. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(2): 377-85.

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.

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.

Pereira MR et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(10): 2363-74.

Piccini RX et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 657-67.

Pinto LC e cols. Controle inadequado pressão arterial em pacientes com diabete melito tipo 2. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 94(5): 651-55.

Prefeitura Municipal de Campina Grande. A cidade. [acesso 10 fev. 2010]. Disponível em: <http://www.pmcg.pb.gov.br>.

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

Reis NT; Cople CS. Nutrição clínica na hipertensão arterial. Rio de Janeiro: Revinter, 1999, 127 p.

Remoaldo PC. Acessibilidade aos cuidados primários de saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto. *Rev Port Clin Geral*. 2003; 19: 107-19.

Ribeiro RC, Lotufo PA. Hipertensão arterial. Diagnóstico e tratamento da hipertensão. São Paulo: Sarvier, 2005.

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.

Rodrigues MAP et al. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(10): 2267-78.

Rodriguez IG. Análise do grau de satisfação dos usuários e profissionais de saúde com a relação ao sistema único de saúde (SUS) em uma unidade de atenção básica no município de Florianópolis. [trabalho de conclusão de curso]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI; 2009.

Rosário TM e cols. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres – MT. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 93(6): 672-78.

Rouquayrol MZ; Almeida Filho N. *Epidemiologia e Saúde.* 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 17-33.

Sales CM; Tamaki EM. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. *Cogitare Enferm.* 2007; 12(2): 157-63.

Sena RR, Silva KL. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(Esp): 771-6.

Silva JLL; Souza SL. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. *Rev Elet Enferm.* 2004; 6(3): 330-35.

Silva SP; Santos MR. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde. *Arq Ciênc Saúde.* 2004; 11(3): 169-73.

Silva TR et al. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saúde e Sociedade.* 2006; 15(3): 180-89.

Simão M. Hipertensão arterial e fatores de risco associados: estudo entre universitários da cidade de Lubango – Angola. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

Souza ACC, et al. Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(4): 535-39.

Sousa LB e cols. Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em Município de Pequeno Porte na Região Sul do Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 87: 496-503.

Souza MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção primária. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(2): 153-8.

Souza MLP, Garnelo L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção primária, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(1): S91-S99.

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

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.

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure Report. The JNC 7. JAMA. 2003; 289(19): 2560-72.

Trad LAB et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(4): 797-806.

Trentini M, Tomasi N, Polak Y. Prática educativa na promoção da saúde com um grupo de pessoas hipertensas. Cogitare Enferm. 1996; 1(2): 19-24.

Trindade IS e cols. Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na População Urbana de Passo Fundo (RS). Arq Bras Cardiol. 1998; 71(2): 127-30.

Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. Rev. Saúde públ. 1990; 24: 445-52.

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.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(1): 1-51.

Viana ALd'A et al. Atenção primária e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(Sup 1): S79-S90.

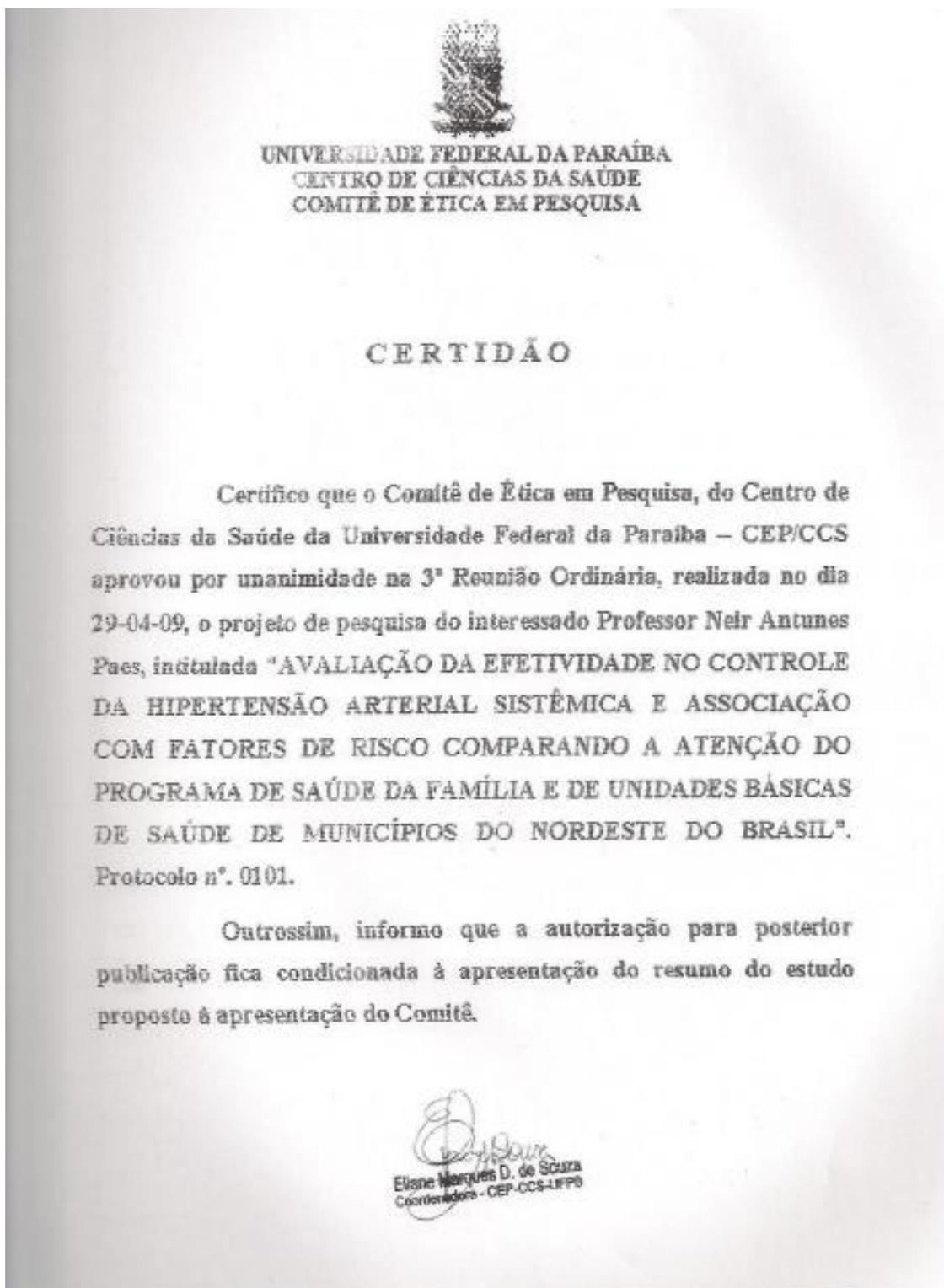
Villa TCS; Ruffino-Neto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. J Bras Pneumol. 2009; 35(6): 610-12.

Willians N; Ogden J. The impact of matching the patients's vocabulary: a randomized control trial. Family practice. Oxford. 2004; 21(6): 630-35.

Zaitune MPA et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(2): 285-94.

## ANEXOS

## ANEXO 1:



## ANEXO 2:

**Perfil dos distritos sanitários do município de Campina Grande/PB, 2011.**

<b>Distritos Sanitários</b>	<b>Número de Equipes (2006 / 2007)</b>	<b>Número de Equipes (2009 / 2010)</b>
I	12	13
II	15	15
III	14	14
IV	10	10
V	12	16
VI	15	20

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Campina Grande/PB.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1:

Nº \_\_\_\_\_

**Projeto:** 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

<b>A. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO</b>		
Município: ( ) João Pessoa ( ) Campina Grande ( ) Natal Pesquisador: _____		
Data da coleta de dados: ____/____/____ Supervisor de campo: ____/____/____		
Ass: _____		
Data da digitação 1: ____/____/____ Ass: _____ Data da digitação 2: ____/____/____		
Ass: _____		
<b>B. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO</b>		
B.1 Nome do usuário: _____		
B.2 Endereço: _____		
B.3 Telefone: _____ B.4 Contato: _____		
<b>C. INFORMAÇÕES GERAIS (FONTES SECUNDÁRIAS)</b>		
Cód. SIA/SUS :		
Nº Prontuário:	Data nascimento: ____/____/____	
Nome da Unidade de Saúde (US):	Distrito (US):	
Endereço da US:		
Tipo de Unidade	UBS	1 ( )
	UBS/PACS	2 ( )
	UBSF/PACS	3 ( )
<b>Pressão arterial e dados antropométricos no momento do cadastro Hiperdia</b>		
Data do cadastro 2006/2007: ____/____/____		
Pressão Arterial Sistólica		mmHg
Pressão Arterial Diastólica		mmHg
Peso		kg
Altura		cm

Cintura	cm			
<b>Dados antropométricos (1ª medida de 2008)</b>				
Peso	kg			
Altura	cm			
Cintura	cm			
<b>Pressão arterial e antropometria (momento da entrevista)</b>				
Pressão Arterial Sistólica	mmHg			
Pressão Arterial Diastólica	mmHg			
Peso 1 _____	Peso 2 _____ kg			
Altura 1 _____	Altura 1 _____ cm			
Cintura 1 _____	Cintura 2 _____ cm			
C.D	NÃO ACOMPANHADOS EM 2008 ( )	PA Sistólica	PA Diastólica	Nº de Medicamentos da HAS
Data 1ª consulta 2008: ____/____/____				
Data 2ª consulta 2008: ____/____/____				
Data 4ª consulta 2008: ____/____/____				
Data 5ª consulta 2008: ____/____/____				
Data 6ª consulta 2008: ____/____/____				
Data 7ª consulta 2008: ____/____/____				
Data 8ª consulta 2008: ____/____/____				
Data 9ª consulta 2008: ____/____/____				
Data 10ª consult 2008: ____/____/____				
Data 11ª consult 2008: ____/____/____				
Data 12ª consult 2008: ____/____/____				

**D. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS**

			<b>hiperdi a</b>	<b>Usuário</b>
D.1	Sexo	Feminino	0a ( )	0b ( )
		Masculino	1a ( )	1b ( )
D.2	Idade		____ an	____ ano

		os	s
D.3 Situação familiar/ conjugal	Convive c/ companheiro(a) e filho (a)	1a ( )	1b ( )
	Convive c/ companheiro(a) c/ laços conjugais e s/ filho (a)	2a ( )	2b ( )
	Convive c/ familiares s/ companheiro(a)	3a ( )	3b ( )
	Convive c/ companheiro(a) c/ filho (a) e outros	4a ( )	4b ( )
	Convive c/ outras pessoas s/ laços consangüíneos e/ou laços conjugais	5a ( )	5b ( )
	Vive só	6a ( )	6b ( )
D.4 Escolaridade	Não sabe ler/escrever	1a ( )	1b ( )
	Alfabetizado	2a ( )	2b ( )
	Ensino fundamental incompleto (1º grau incompleto)	3a ( )	3b ( )
	Ensino fundamental completo (1º grau completo)	4a ( )	4b ( )
	Ensino médio completo (2º grau incompleto)	5a ( )	5b ( )
	Ensino médio completo (2º grau completo)	6a ( )	6b ( )
	Ens. superior (incompleto)	7a ( )	7b ( )
	Ens. superior (completo)	8a ( )	8b ( )
	Especialização/Residência	8a ( )	8b ( )
	Mestrado	9a ( )	9b ( )
	Doutorado	10a ( )	10b ( )
D.5 Raça/Cor	Branca	1a ( )	1b ( )
	Preta	2a ( )	2b ( )
	Amarela	3a ( )	3b ( )
	Parda	4a ( )	4b ( )
	Indígena	5a ( )	5b ( )

**Para as questões D.6 e D.7 responda: S – sim; N – não;**

O(a) Sr(a) trabalhava antes de saber que tinha HAS?	1.( ) S 2.( ) N 9.( ) NS/NR
O(a) Sr(a) teve que mudar ou parar de trabalhar por causa da HAS?	1.( ) S 2.( ) N 9.( ) NS/NR



		S1	N1	N/S1	S2		N/S2
E.6	Sobrepeso/ Obesidade	( ) S1	( ) N1	( ) N/S1	( ) S2	( ) N2	( ) N/S2
E.7	Infarto Agudo Miocárdio	( ) S1	( ) N1	( ) N/S1	( ) S2	( ) N2	( ) N/S2
E.8	Outra Coronariopatia	( ) S1	( ) N1	( ) N/S1	( ) S2	( ) N2	( ) N/S2
E.9	AVC	( ) S1	( ) N1	( ) N/S1	( ) S2	( ) N2	( ) N/S2
E.10	Pé diabético	( ) S1	( ) N1	( ) N/S1	( ) S2	( ) N2	( ) N/S2
E.11	Amputação por diabetes	( ) S1	( ) N1	( ) N/S1	( ) S2	( ) N2	( ) N/S2
E.12	Doença Renal	( ) S1	( ) N1	( ) N/S1	( ) S2	( ) N2	( ) N/S2
<b>E. A</b>	<b>Informações do prontuário</b>				<b>Informações do usuário</b>		
E.13	Etilismo	( ) S1	( ) N1	( ) N/S1	( ) S2	( ) N2	( ) N/S2
E.14	Menopausa	( ) S1	( ) N1	( ) N/S1	( ) S2	( ) N2	( ) N/S2
E.15	Uso de anti-contraceptivo hormonal	( ) S1	( ) N1	( ) N/S1	( ) S2	( ) N2	( ) N/S2

E.16	Nº de medicação da HAS:	
E.17	Nº de vezes que retornou em 2008 ( <i>no prontuário</i> )	

<b>F. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE HAS</b>		
<b>Para as questões F.1, F.2 e F.3 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4- Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR</b>		
F.1	Alguma vez o(a) Sr.(a) deixa de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer), por conta da HAS?	
F.2	Com que frequência o(a) Sr(a). deixa de tomar a medicação para HAS?	
F.3	Alguma vez o(a) Sr.(a) achou que o medicamento lhe trouxe algum efeito desagradável?	
<b>Para as questões F.4 e F.6 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR</b>		
F.4	O(a) Sr(a) pratica atividade física, com que frequência?	
F.5	Alguma vez o(a) Sr(a) foi orientado(a) a fazer atividade física, por algum profissional de saúde da sua unidade?	

F.6	Com que frequência, o(a) Sr(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da sua unidade?	
<b>G. ACESSO AO DIAGNÓSTICO</b>		
<b>Para a questão G.1 responda: 1-UBSF/PACS; 2-UBS; 3-UBS/PACS; 4-Hospital Público; 5-Hospital Privado; 6-Consultório Particular; 8-Outros(_____); 0-Não se aplica; 99-NS/NR</b>		
G.1	Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr(a) estava doente de HAS?	
<b>Para a questão G.2 responda: 1 – 5 ou mais vezes; 2 – 4 vezes; 3 – 3 vezes; 4 – 2 vezes; 5 – 1 vez; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR</b>		
G.2	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), quantas vezes precisou procurar a unidade de saúde para descobrir que era hipertenso?	
<b>Para a questão G.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR</b>		
G.3	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), procurou o serviço de saúde mais próximo da sua casa?	
<b>Para as questões G.4 a G.8 responda: 1-Sempre; 2– Quase Sempre; 3–Às vezes; 4– Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR</b>		
G.4	Quando o(a) Sr.(a) 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?	
G.5	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?	
G.6	Quando o(a) Sr.(a) 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?	
G.7	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde?	
G.8	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) perdeu o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviço de saúde?	
<b>H. ACESSO AO TRATAMENTO</b>		
<b>Para a questão H.1 e H.2 responda: 1-UBSF/PACS; 2-UBS; 3-UBS/PACS; 4-Hospital Público; 5-Hospital Privado; 6-Consultório Particular; 8-Outros(_____); 0-Não se aplica; 99-NS/NR</b>		
H.1	Qual o serviço de saúde que o(a) Sr(a) faz as consultas para o tratamento da HAS?	

H.2	Qual o serviço de saúde que o(a) Sr(a) recebe a medicação para o tratamento da HAS?	
<b>Para a questão H.3 a H.5 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR</b>		
H.3	Se o(a) Sr(a) passar mal por causa da medicação ou da HAS, consegue uma consulta no prazo de 24hs na unidade de saúde que faz tratamento?	
H.4	Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia?	
H.5	O(a) Sr.(a) faz o tratamento da HAS no serviço de saúde mais próximo da sua casa?	
<b>Para as questões H.6 a H.11 responda: 1-Sempre; 2– Quase Sempre; 3–Às vezes; 4– Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR</b>		
H.6	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS, perde seu turno de trabalho ou compromisso?	
H.7	O(a) Sr.(a) tem dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde para ser consultado?	
H.8	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?	
H.9	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?	
H.10	Desde quando iniciou o seu tratamento para HAS faltou medicamento?	
H.11	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?	
<b>Para as questões H.12 a H.17 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR</b>		
H.12	O(A) Sr.(a) consegue realizar exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?	
H.13	O(A) Sr.(a) consegue no período de 10 dias receber os resultados dos exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?	
H.14	O(A) Sr(a). foi questionado pelos profissionais da unidade se aceitava fazer o tratamento medicamentoso?	
H.15	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade se está tomando a medicação?	
H.16	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade se esta fazendo a dieta diariamente?	
H.17	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade quanto ao horário que esta tomando a medicação?	

<b>I. ADESÃO/VÍNCULO</b>			
<b>Para as questões I.1 a I.10 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR</b>			
I.1 O(A) Sr(a) recebe apoio por parte:	I.1a	Família?	
	I.1b	Colegas trabalho?	
	I.1c	Amigos?	
	I.1d	Profissionais de saúde da unidade?	
	I.1e	Outros: _____	

I.2	Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para a consulta de HAS, é atendido pelo mesmo profissional?	
I.3	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional da unidade de saúde que o atende?	
I.4	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?	
I.5	O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?	
I.6	O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?	
I.7	Quando o(a) Sr.(a) consulta na unidade de saúde, o profissional conversa sobre outros problemas de saúde?	
I.8	O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS?	
I.9	O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?	
I.10	Os profissionais da unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?	

**Para a questão I.11 responda: 1 - Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR**

I.11	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa dos profissionais?		
I.12 Numa escala de 1 a 5, considerando 1 (pior situação) e 5 (melhor situação), qual seria o seu grau de satisfação em relação aos seguintes profissionais que o atende?	I.12 a	Médico	
	I.12 b	Enfermeiro	
	I.12 c	Auxiliar Enfermagem	
	I.12	Agente Comunitário de	

	d	Saúde/ACS	
	I.12	Outros Profissionais	
	e		
<b>J. ELENCO DE SERVIÇOS</b>			
<b>Para as questões J.1 a J.13 responda seguindo a escala de 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR</b>			
Com que frequência as <i>ações a seguir são oferecidas pela equipe</i> que acompanha o seu problema da HAS.			
J.1	Informação sobre a HAS e seu controle?		
J.2	Informação sobre os medicamentos e seus efeitos?		
J.3	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?		
J.4	Verificação de PA todas as vezes que vai para consulta?		
J.5	Visitas domiciliares?		
J.6	O(A) Sr.(a) encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em todos os dias úteis da semana?		
J.7	Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?		
J.8	Os Horários de funcionamento do serviço de saúde para atendimento são sempre respeitados?		
J.9	O(A) Sr(a) recebe todos os medicamentos necessários para o tratamento da HAS?		
J.10	O serviço oferece/garante exames solicitados pelo profissional da saúde?		
J.11	O(A) Sr(a) recebe resultados exames em até 10 dias?		
J.12	O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames?		
J.13	É agendada a sua consulta de retorno?		
<b>L. COORDENAÇÃO</b>			
<b>Para as questões L.1 a L.7 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR</b>			
L.1	Os profissionais da unidade de saúde pegam seu prontuário/ficha do(a) Sr(a) durante a consulta?		
L.2	Durante seu atendimento o profissional da unidade de saúde anota as suas queixas no seu prontuário?		
L.3	O(A) Sr(a) é avisado(a) sobre o agendamento da sua consulta de retorno na unidade de saúde?		
L.4	Quando o(a) Sr(a) tem algum problema de saúde, recebe encaminhamento por escrito para o outro serviço de saúde pelo profissional que acompanha seu tratamento?		
L.5	Quando o(a) Sr(a) tem algum problema de saúde e é encaminhado para		

	outro serviço de saúde tem o atendimento garantido no serviço referendado?	
L.6	O(A) Sr(a) retorna à unidade de saúde com informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	
L.7	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	
<b>M. ENFOQUE NA FAMÍLIA</b>		
<b>Para as questões M.1 a M.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR</b>		
M.1	Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?	
M.2	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?	
M.3	Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?	
<b>N. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE</b>		
<b>Para as questões N.1 a N.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR</b>		
N.1	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?	
N.2	Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HAS com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?	
N.3	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento?	

<b>SUAS SUGESTÕES, COMENTÁRIOS E/OU DÚVIDAS</b>

## APÊNDICE 2:

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e está sendo desenvolvida pela parceria de Docentes das áreas de Exatas e de Saúde envolvendo as seguintes universidades: Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob a orientação do Professor PhD Neir Antunes Paes.

O objetivo do estudo consiste em avaliar a 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, nos municípios de João Pessoa/PB, Campina Grande/PB e Natal/RN, durante o ano de 2008.

A finalidade deste trabalho é contribuir para a formação de recursos humanos (graduação, especialização, mestrado) para o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas voltadas para ações de controle da HAS como atividade inserida no SUS, bem como aumentar a visibilidade regional, nacional e internacional da produção científica e tecnológica sobre a avaliação da efetividade das ações de controle da HAS no SUS.

Solicitamos a sua colaboração para realização de entrevistas, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

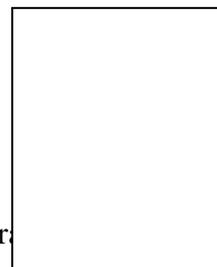
Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa  
ou Responsável Legal

OBSERVAÇÃO: (em caso de analfabeto - acrescentar)

Espaço para



oscópica

---

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Neir Antunes Paes

Endereço (Setor de Trabalho) : Universidade Federal da Paraíba (D. Estatística)

Telefone: (083)3216-7075/ Ramal : 27

Atenciosamente,

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Pesquisador Participante

## APÊNDICE 3:

Nº	UNIDADES SELECIONADAS
<b>Distrito Sanitário I</b>	
01	UBSF – Francisco Brasileiro I
02	UBSF – Francisco Brasileiro II
03	UBSF – José Pinheiro (Campos Sales)
04	UBSF – José Pinheiro – Plínio Lemos I
05	UBSF – José Pinheiro – Plínio Lemos II
06	UBSF – Jardim América I
07	UBSF – Monte Castelo I
08	UBSF – Monte Castelo III
<b>Distrito Sanitário II</b>	
09	UBSF – João Rique I
10	UBSF – João Rique II
11	UBSF – Pedregal
12	UBSF – Mutirão I
13	UBSF – Bodocongó (Matadouro)
<b>Distrito Sanitário III</b>	
14	UBSF – Monte Santo
15	UBSF – Conceição II
16	UBSF – Bonald Filho I-II
17	UBSF – Jeremias II A-B
18	UBSF – Jardim Continental
<b>Distrito Sanitário IV</b>	
19	UBSF – Tambor I
20	UBSF – Tambor II
21	UBSF – Nossa Senhora Aparecida
<b>Distrito Sanitário V</b>	
22	UBSF – Estação Velha
23	UBSF – Velame I-II
24	UBSF – Catolé de Zé Ferreira
25	UBSF – Acácio de Figueiredo
26	UBSF - Serra da Borborema (Antigo Ligeiro II)
<b>Distrito Sanitário VI</b>	
28	UBSF – Ramadinha I-II
27	UBSF – Ramadinha III
29	UBSF – Rocha Cavalcante
30	UBSF – Malvinas III A-B