

ACESSIBILIDADE AO DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Accessibility for the diagnosis of hypertension in primary health care

Accesibilidad al diagnóstico de la hipertensión en la atención primaria a la salud

Anderson da Silva Rêgo^{1*}; Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues²; Fernanda Sabini Faix Figueiredo³; Ana Caroline Soares⁴; Laura Misue Matsuda⁵; Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic⁶

Como citar este artigo:

Rêgo AS, Rodrigues TFCS, Figueiredo FSF, et al. Acessibilidade ao diagnóstico de hipertensão arterial na atenção primária à saúde. Rev Fun Care Online. 2021. jan./dez.; 13:1129-1134. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.9102>

ABSTRACT

Objective: To analyze the accessibility to the diagnosis of hypertension in Primary Health Care.

Method: cross-sectional study with 417 people living in a municipality located in the northwest of Paraná state. Data collection took place between February and June 2016, through an adapted and validated instrument to evaluate the services offered to people with hypertension in Primary Health Care. In the data analysis, descriptive and inferential statistics were applied. **Results:** we found dissatisfaction with the time spent traveling to health services, the need to seek care more than three times to receive the diagnosis, the waiting time over 60 minutes to be attended by and the delay or loss of work day. **Conclusion:** these findings reflect the importance of reorganizing the management and planning of health actions, with a view to making public health services more equitable, resolute and longitudinal.

Descriptors: Hypertension, Health services accessibility, Diagnostic, Primary health care, Nursing.

- 1 Licenciado em Enfermagem pela Unicesumar. Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM. Maringá (PR), Brasil.
- 2 Licenciado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS. Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-UEM. Maringá (PR), Brasil.
- 3 Licenciado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG. Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM. Maringá (PR), Brasil.
- 4 Licenciado em Enfermagem pela Universidade Paranaense - UNIPAR. Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-UEM. Maringá (PR), Brasil.
- 5 Licenciado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá - UEM. Doutorado em Enfermagem Fundamental. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá / UEM. Maringá (PR), Brasil.
- 6 Licenciado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá - UEM. Doutorado em Ciências da Saúde. Professor do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UEM, Maringá (PR), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a acessibilidade ao diagnóstico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Método:** estudo transversal, realizado com 417 pessoas, residentes em um município localizado no noroeste do estado do Paraná. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro a junho de 2016, por meio de um instrumento adaptado e validado para avaliação dos serviços ofertados a pessoas com hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. Na análise dos dados, aplicou-se estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** constatou-se insatisfação quanto tempo gasto para deslocar-se até os serviços de saúde, necessidade de procurar atendimento por mais de três vezes para receber o diagnóstico, tempo de espera superior a 60 minutos para ser atendido e atraso ou perda de dia de trabalho. **Conclusão:** tais achados refletem a importância de reorganizar a gestão e o planejamento de ações de saúde, com vistas a tornar os serviços de saúde pública mais equânime, resolutivo e longitudinal.

Descritores: Hipertensão, Acesso aos serviços de saúde, Diagnóstico, Atenção primária à saúde, Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la accesibilidad al diagnóstico de hipertensión en Atención Primaria de Salud. **Método:** estudio transversal con 417 personas que viven en un municipio ubicado en el noroeste del estado de Paraná. La recolección de datos se realizó entre febrero y junio de 2016, a través de un instrumento adaptado y validado para evaluar los servicios ofrecidos a las personas con hipertensión en Atención Primaria de Salud. En el análisis de datos, se aplicaron estadísticas descriptivas e inferenciales. **Resultados:** encontramos insatisfacción con el tiempo dedicado a viajar a los servicios de salud, necesitamos buscar atención más de tres veces para recibir el diagnóstico, tiempo de espera de más de 60 minutos para ser atendido y retraso o pérdida del día. Yo trabajo. **Conclusión:** estos hallazgos reflejan la importancia de reorganizar la gestión y planificación de las acciones de salud, con miras a hacer que los servicios de salud pública sean más equitativos, resueltos y longitudinales.

Descriptores: Hipertensión, Accesibilidad a los servicios de salud, Diagnóstico, Atención primaria de salud, Enfermería.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) consiste em uma doença crônica, de origem multifatorial, cujas principais características são os níveis pressóricos elevados e sustentados. A morbidade se associa a alterações funcionais e, em alguns casos, estruturais, de órgãos-alvo como coração, rins, vasos sanguíneos e encéfalo, provocando efeitos metabólicos que aumentam o risco de as pessoas adquirirem disfunções cardiovasculares e que resultam em hospitalizações, incapacidades e morte.¹⁻²

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), assume HA a partir de valores iguais ou superiores a 140 X 90 mmHg.¹ Entretanto, o American College of Cardiology e a American Heart Association lançou em 2018, novas diretrizes para a prática clínica, os quais definem HA como a Pressão Arterial Sistólica (PAS) de 130-139 mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) de 80-89 mmHg.²

Esta alteração baseou-se em estudos observacionais e metanálises que associaram a inadequação pressórica com maior risco de desenvolver doenças coronarianas e Acidente Vascular Encefálico (AVE).²

No Brasil, estima-se que a prevalência de HA seja de 24% em adultos, e representa uma das principais demandas da Atenção Primária à Saúde (APS), um modelo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem alcançado resultados positivos em diversos aspectos, tais como: organização; efetividade no enfrentamento das condições crônicas; eficiência na redução de custos com procedimentos caros, aliada a assistência equitativa e de qualidade, a fim de prevenir agravos e promover saúde.³⁻⁴

Embora a HA seja um dos problemas de saúde mais comumente encontrados nos serviços da APS, as equipes de saúde enfrentam obstáculos para realizar o diagnóstico precoce e dar seguimento ao tratamento.⁵ As dificuldades se devem às deficiências no atendimento, como uso inadequado de tecnologias, necessidade de modelos de gestão e métodos que enfatizem a educação permanente para a melhoria das práticas em saúde.^{1,6} Não obstante, há empecilhos que se caracterizam como entraves para a saúde pública, pois dificultam a procura dos serviços da APS pelo usuário como: barreiras geográficas, tempo de deslocamento até a unidade, necessidade de transporte coletivo e baixo poder aquisitivo.⁷⁻⁸

Nesse sentido, o acesso precoce ao diagnóstico de HA, revela-se como um fator fundamental para minimizar as complicações e contribuir para a manutenção da saúde das pessoas e reduzir gastos com serviços hospitalares.⁸ Este fato tende a propiciar assistência adequada por detectar e minimizar as demandas de saúde, reduzindo complicações da morbidade, sequelas e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.⁷⁻⁸

Com base no exposto, considerando questões que circundam o processo de diagnóstico de HA e do acesso da clientela à APS, este estudo se pauta na seguinte questão: nos serviços de APS de um município brasileiro, cuja cobertura populacional se aproxima de 70%, como se apresenta a satisfação quanto a acessibilidade ao diagnóstico de HA? Para responder a esta questão, o objetivou-se analisar a acessibilidade ao diagnóstico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS

Estudo transversal, extraído de um projeto maior, realizado em um município da região Sul do Brasil. A população do local estudado é estimada em 403.063 habitantes e apresenta sistema primário de saúde organizado de forma descentralizada, com 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 74 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esses serviços aliados, representam cobertura populacional de 68,01%.⁹

A população de estudo compôs-se por usuários da

ESF em terapêutica para HA, devidamente cadastrados no programa de acompanhamento de pessoas com HA e/ou diabetes *Mellitus* (DM) da rede ambulatorial do SUSHIPERDIA. Adotou-se como critérios de inclusão ser maior de 18 anos, residir na área urbana e que, no momento da coleta de dados, tivessem recebido atendimento por profissional de saúde das UBS, nos últimos seis meses, anteriores à coleta dos dados. Excluíram-se as gestantes por ser acompanhadas por outro programa, desvinculando-se do HIPERDIA e devido a necessidade de coleta de dados referentes a variáveis antropométricas.

Para o cálculo amostral, aplicou-se a amostragem aleatória estratificada. Considerou-se a o total de 27.741 usuários com HA, considerando erro de estimativa de 5% e intervalo de confiança de 95%, acrescido de erro de 15% para eventuais perdas, o tamanho da amostra correspondeu a 437 pessoas, as quais foram estratificadas conforme o número de atendimentos cadastrados em cada UBS. Ao final, obteve-se, para este estudo, amostra de 417 usuários com HA.

Coletaram-se os dados entre fevereiro a junho de 2016, durante o horário de funcionamento das UBS e das reuniões de HIPERDIA, por meio de entrevista individual, em local confortável e que propiciasse privacidade, e aplicação de dois instrumentos. As entrevistas foram conduzidas por uma equipe de pesquisa composta por enfermeiros mestrands e doutorandos, igualmente treinados. O primeiro instrumento obteve dados do poder de compra dos participantes, conforme indicação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), o qual classifica os estratos econômicos em AB, C, DE.¹⁰

O segundo, consistiu em um questionário de “Avaliação dos cuidados primários a pessoas com hipertensão arterial”, adaptado e validado para o Brasil, norteado pelo instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool), que permite investigar acerca da qualidade dos serviços prestados ao usuário, portador de HA, na APS.¹¹ O referido instrumento reúne sete dimensões/domínios primordiais da APS, a saber: acessibilidade ao diagnóstico; acessibilidade ao tratamento; adesão/vínculo; elenco de serviços; coordenação; enfoque na família e; orientação para a comunidade,¹¹ sendo que, neste estudo, foi abordado o domínio acessibilidade ao diagnóstico, constituído por sete indicadores (**Quadro 1**).

Quadro 1: Indicadores de acessibilidade ao diagnóstico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. Paraná, Brasil, 2016.

Indicadores	Acessibilidade ao Diagnóstico
11	Número de vezes que o paciente/usuário foi à unidade de saúde para diagnosticar a HA
12	Tempo de espera no agendamento da consulta com profissionais de saúde na UBS
13	Tempo de aguardo de mais de 60 minutos para ser atendido na UBS
14	Dificuldades para chegar até a chegar a UBS
15	Tempo gasto para se deslocar do domicílio até a UBS
16	Gasto financeiro com o transporte para ir até a UBS
17	Perda e/ou atraso para chegar ao turno de trabalho ou compromisso, para consultar na UBS

Fonte: (Paes, 2014).¹¹

As variáveis foram os indicadores de acessibilidade ao diagnóstico, apresentados no quadro 1 e; a, a procura pelos serviços da APS para diagnóstico da doença. Para tal categorização, os resultados foram atribuídos em dois estratos: *Serviços da APS* (Unidade Básica de Saúde, Unidade Saúde da Família) e; *Serviços sem características da APS e/ou outro serviço* (hospitais, consultórios particulares).

O instrumento referente a esse domínio é do tipo *Likert*, com resposta única, em uma escala com valores que graduam entre (1) a cinco (5) para “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, além das opções “não se aplica” e “não sabe/não respondeu”. Para fins deste estudo, as respostas atribuídas ao indicador relacionado ao número de retornos do usuário à UBS para confirmação do diagnóstico foram dicotomizadas, considerando como “inadequado” o ponto de corte acima de três retornos ao serviço de saúde.¹⁻² Para os demais indicadores, os valores intercalados foram classificados a partir do ponto de corte das médias obtidas através da análise de variância, dividindo em “sim” (≥ 4), “não” (< 4 e ≥ 3) e “às vezes” (< 3).⁸ Para os indicadores de tempo: I2 –tempo de espera, I5 – tempo gasto para se deslocar, dicotomizou-se para adequado e inadequado.

Os dados foram tabulados duplamente na planilha eletrônica Microsoft Office Excel 2013 e realizou-se os procedimentos de análise estatística no software IBM SPSS versão 19.0. Inicialmente, aplicou-se a análise de variância e posteriormente a regressão logística univariada, com o método *Forward*, em que foram consideradas as variáveis com valor de $p < 0,20$ e posteriormente inseridas em ordem crescente no modelo multivariado. As associações foram estimadas pelo cálculo de *Odds Ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95% como medida de precisão, estabelecendo-se o valor de $p < 0,05$ como significância estatística.

Este estudo seguiu em consonância com Resolução 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o parecer de número 1.407.687/2016. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias de igual teor.

RESULTADOS

Dentre as 417 pessoas entrevistadas, 260 (62,4%) possuíam idade superior a 60 anos, 283 (67,9%) era do sexo feminino, 337 (80,8%) referiu ter menos de oito anos de estudo, 260 (62,4%) era da cor branca, 91 (21,8%) encontravam-se desempregados, 243 (58,2%) residia com companheiro e 183 (43,9%) pertencia a classes econômicas extratos C (**Tabela 1**).

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de acordo com a procura pelos serviços para acessibilidade ao diagnóstico da hipertensão arterial. Paraná, Brasil, 2016.

	APS n (%)	Outro Serviço n (%)
Idade		
≤ 59 anos	129 (30,9)	28 (6,7)
≥ 60 anos	198 (47,5)	62 (14,9)
Sexo		
Masculino	107 (25,6)	27 (6,5)
Feminino	220 (52,8)	63 (15,1)
Escolaridade		
≤ 8 anos	258 (61,9)	79 (18,9)
> 8 anos	69 (16,5)	11 (2,7)
Raça/Cor		
Branco	199 (47,7)	61 (14,6)
Não Branco	128 (30,7)	29 (7,0)
Ocupação		
Empregado/Aposentado	251 (60,2)	75 (18,0)
Desempregado	76 (18,2)	15 (3,6)
Situação Conjugal		
Com Companheiro	192 (46,0)	51 (12,2)
Sem Companheiro	135 (32,4)	39 (9,4)
ABEP		
AB	119 (28,5)	29 (6,9)
C	141 (33,8)	42 (10,1)
DE	67 (16,1)	19 (4,6)

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; APS: Atenção Primária à Saúde.

Dentre os entrevistados, 184 (44,2%) foram mais de três vezes à APS, para ter a confirmação do diagnóstico de HA; 190 (45,6%) consideram inadequado o tempo de espera pela consulta agendada. Quanto ao tempo de espera, 207 (49,6%) relatou que aguarda mais de 60 minutos para atendimento na APS e 220 (52,8%) apresenta dificuldades para chegar até a UBS. O tempo para chegar até a UBS foi considerado adequado por 204 (48,9%) entrevistados e 209 (50,1%) referiu ter gasto financeiro com o deslocamento até a unidade e 237 (56,8%) alegou ter perda/atraso nas atividades laborais.

Tabela 2: Análise univariada e múltipla dos indicadores da acessibilidade ao diagnóstico pelos usuários com hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. Paraná, Brasil, 2016.

	APS n (%)	Outro Serviço n (%)	Análise Univariada		Análise Multivariada	
			OR	IC 95%	P	OR
Nº de visitas à Unidade (11)						
Adequado	143 (34,2)	59 (14,1)	1		1	
Inadequado	184 (44,2)	31 (7,5)	1,77	1,07-2,94	0,026	1,82 1,06-3,10 0,028
Tempo para agendar consulta (12)						
Adequado	137 (32,8)	26 (6,2)	1			
Inadequado	190 (45,6)	64 (15,4)	0,88	0,50-1,56	0,680	
Tempo de espera >60 min (13)						
Sim	207 (49,6)	47 (11,3)	1		1	
Não	80 (19,2)	29 (6,9)	1,59	0,94-2,71	0,084	1,66 0,79-3,59 0,199
As Vezes	40 (9,6)	14 (3,4)	1,54	1,07-3,06	0,021	1,96 1,05-3,65 0,032
Dificuldades para chegar até a UBS (14)						
Sim	220 (52,8)	59 (14,1)	1			
Não	48 (11,6)	15 (3,6)	1,16	0,61-2,22	0,643	
As Vezes	59 (14,1)	16 (3,8)	1,01	0,54-1,88	0,972	
Tempo gasto até o serviço (15)						
Adequado	204 (48,9)	43 (10,3)	1		1	
Inadequado	123 (29,5)	47 (11,3)	1,81	1,13-2,90	0,013	1,85 1,15-2,97 0,011
Gasto com transporte (16)						
Sim	209 (50,1)	53 (12,7)	1			
Não	50 (12,0)	15 (3,6)	1,18	0,61-2,26	0,613	
As Vezes	68 (16,3)	22 (5,3)	1,27	0,72-2,25	0,4	
Perda/atraso serviço (17)						
Sim	237 (56,8)	66 (15,8)	1		1	
Não	39 (9,4)	16 (3,8)	1,47	0,77-2,80	0,237	1,21 0,58-2,51 0,599
As Vezes	51 (12,2)	8 (2,0)	1,56	1,25-2,24	0,015	1,30 1,02-2,78 0,014

OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de Confiança; UBS: Unidade Básica de Saúde; APS: Atenção Primária à Saúde.

Na análise múltipla os resultados apontaram que as pessoas que precisaram retornar por mais de três vezes nos estabelecimentos de saúde para receber o diagnóstico de HA, possuem 1,82 (IC95%: 1,06-3,10) chances a mais de procurar serviços sem característica de APS. O tempo gasto para se deslocar do domicílio até algum serviço da APS foi responsável por 1,85 (IC95%: 1,15-2,97) chances de, alguma vez, procurar outros serviços sem característica da APS para obter o diagnóstico da HA (Tabela 2).

O tempo de espera para atendimento profissional superior a 60 minutos aumenta em 1,96 a chances (IC95%: 1,05-3,65) de procurar outros serviços que não a APS. Quanto a variável perda do dia de trabalho (I7), foi responsável por 1,30 (IC95%:1,02-2,78) chances superiores de busca por serviços sem características da APS.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que apesar de a APS caracterizar-se por um conjunto de ações que envolvem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e tratamento de doenças,¹² ainda há alguns aspectos falhos que comprometem a resolutividade quanto ao diagnóstico de HA, e propiciam a procura por outros tipos de serviços. Tais como a distância das unidades, a necessidade de procurar atendimento mais de três vezes para receber o diagnóstico da doença, tempo de espera superior a 60 minutos para ser atendido por um profissional e a falta de flexibilidade dos horários de funcionamento, que fazem com que o usuário se atrase ou perca o dia de trabalho.¹²⁻¹³

A HA, quando não controlada, consiste no principal fator de risco para as doenças cardiovasculares e se associa ao desenvolvimento de Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), demência, insuficiência cardíaca e renal.² Tais afecções necessitam de atenção por parte dos profissionais de saúde para reduzir negligência no diagnóstico da doença, investimentos para financiar os serviços assistenciais da APS monitoramento contínuo dos casos confirmados para minimizar os sintomas tensionais e complicações, pois causam sofrimento e sequelas, além de elevados gastos financeiros aos serviços de saúde.^{2-3,8}

Quanto as características sociodemográficas dos participantes (idade igual ou superior a 60 anos, ser do sexo feminino, possuir menos de oito anos de estudo e; pertencer às classes econômicas de extratos mais baixos), os achados deste estudo corroboram outras pesquisas realizadas com populações semelhantes.¹⁴⁻¹⁵ Tal fato pode relacionar-se ao aumento da população senil brasileira e a maior expectativa de vida, principalmente entre mulheres, cujos fatores têm sido apontados na literatura, como aqueles que levam, frequentemente, à maior procura dos serviços de saúde.¹⁵⁻¹⁷

No que concerne a baixa escolaridade, os resultados apresentaram maior frequência quanto a procura por outros serviços de saúde sem características de APS, para

diagnóstico de HA. Pode-se inferir que a compreensão dessas pessoas sobre os serviços e políticas públicas de saúde é insuficiente ou errôneo, assemelhando-se aos resultados de outra pesquisa, conduzida com idosos em tratamento para HA, o qual 73,5% da amostra possuía menos de quatro anos de estudo.¹⁵

Mediante esta informação, faz-se necessário que os enfermeiros se atentem ao modo como dispensam as orientações, para que esta seja suficientemente clara e objetiva, compatível ao nível de conhecimento da população abordada, pois este é um fator que incide positivamente sobre o sucesso do tratamento.¹⁷ Em estudo realizado no estado do Paraná, autores apontam, como motivos que levaram a clientela com baixa escolaridade à procura de outros serviços – sem características de APS – a inflexibilidade de horários de atendimento, devido ao conhecimento insuficiente e/ou errôneo sobre a doença, ratificando a necessidade de orientar toda a população sobre as atividades e objetivos desses estabelecimentos.¹⁵

Em relação a distância entre a residência e os estabelecimentos de saúde, reiteram a importância da proximidade do serviço ao usuário como um componente que facilita tanto a acessibilidade quanto o diagnóstico precoce de HA. Alguns fatores como violência, presença de facções criminosas, dificuldade ou inexistência de transporte público, ou barreiras físicas, interferem na escolha da população por aderir ou não aos serviços da APS. No entanto, embora seja fundamental, a acessibilidade não se limita apenas ao aspecto geográfico, pois conforme estudo conduzido em Pernambuco,¹⁸ observou-se que, apesar de 73,2% dos usuários considerarem que a UBS se situava perto do domicílio, nem todos a utilizaram, muitas vezes por dificuldades relacionadas a acessibilidade organizacional.¹³

No que se refere a suspeita de HA, apesar de os resultados da análise multivariada apontarem associação entre pessoas que procuram outros serviços de saúde e maior frequência no retorno a instituição para ter o diagnóstico de HA confirmado, salienta-se a importância de adotar medidas que potencializam o diagnóstico. Os profissionais da APS podem iniciar o processo de diagnóstico, por meio das seguintes etapas: investigação inicial de sintomas, confirmação do diagnóstico, identificação de causas secundárias, avaliação cardiovascular e fatores de risco associados.¹⁵⁻¹⁷

Este processo requer o envolvimento de uma equipe multidisciplinar e de exames mais específicos que determinem o diagnóstico e posteriormente a terapêutica adequada à condição clínica de cada indivíduo, de forma equitativa e resolutiva.^{5,19-20} Dado ao fato de os procedimentos revelarem-se dispendiosos e até demorados, pois o paciente necessita retornar diversas vezes aos serviços de saúde, alvitra-se que é de suma importância que o usuário seja orientado acerca do fluxo do diagnóstico e cumpra integralmente todas as etapas.

Na perspectiva anterior, a literatura e a Sociedade Brasileira de Cardiologia, ressaltam a acurácia do método de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA 24 horas), como intervenção alternativa e estratégica da APS em avaliar e confirmar o diagnóstico da HA.²¹⁻²² A MAPA, contribui para a tomada de decisão assertiva por parte da equipe, reduz a necessidade de retornos excessivos a unidade, otimiza a coordenação do cuidado ao cliente na Rede de Atenção à Saúde dos municípios e reduz a ocorrência de eventos relacionados a riscos cardiovasculares.²⁰⁻²¹

Quanto ao indicador de acessibilidade relacionado a “espera pelo agendamento da consulta médica”, apesar de não ter associação significativa como fator que influencia a procura por outros serviços sem característica da APS, conjectura-se que, este consiste em uma das dificuldades do sistema de saúde em rede, devido à baixa resolutividade, formação de filas de espera, entre outras de origem organizacional, as quais contribuem para a evasão dos usuários dos serviços ofertados pela APS.²²

Nesse aspecto, estudo realizado em Belo Horizonte, com objetivo de avaliar os indicadores de uso e qualidade dos serviços ofertados pela APS, apontou melhores avaliações para aqueles que utilizam regularmente os serviços, mas ancorados com planos de saúde suplementares, pois tinham acesso a exames com mais rapidez, diferenciando-se daqueles que utilizavam apenas o SUS e que avaliaram o negativamente. Para minimizar os obstáculos de acesso referidos, os autores propõem a ampliação das políticas de saúde com maior responsabilidade da gestão, no sentido de que, os serviços funcionem inteiramente aliados com a comunidade, cumpram o seu papel e reduzam os agravos.²²

Como limitações deste estudo, destacam-se a idade avançada da população estudada, porquanto grande parte possuía mais de 60 anos; a convivência com a doença há vários anos e; também muitos, não se recordava do período em que receberam a confirmação do diagnóstico de HA. Neste prisma, incentiva-se a realização de estudos, principalmente de caráter avaliativo dos serviços, para que se identifiquem as mudanças que ocorrem no processo de organização do trabalho, relacionados ao diagnóstico de doenças crônicas, e a partir disso, se proponham novas estratégias e manejo das ações de saúde, voltadas ao diagnóstico precoce dessas doenças. Independente das limitações depreende-se que a APS é um serviço eficaz para o diagnóstico de HA.

CONCLUSÕES

Os resultados demonstraram que na perspectiva do usuário, a acessibilidade ao diagnóstico de HA na APS pode ser comprometida devido ao tempo gasto para deslocar-se do domicílio até os serviços de saúde, a necessidade de procurar atendimento mais de três vezes para receber o diagnóstico da doença, tempo de espera superior a 60

minutos para ser atendido por um profissional e atraso ou perda de dia de trabalho para poder consultar-se.

Tais achados refletem a importância de reorganizar as políticas, a gestão e o planejamento de ações de saúde, a fim de tornar os serviços de saúde públicos mais equânimes, resolutivos e longitudinais, e assim aumentar a expectativa e a qualidade de vida das pessoas que sofrem com doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

1. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq. bras. cardiol. [Internet]. 2016[cited 2019 Mai 25];107(3). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/0066-782X-abc-107-03-s3-0067.pdf>
2. Paul KW, Robert MC, Wilbert SA, Donald EC, Karen JC, Cheryl DH, et al. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2018 [citado em 2018 jun 27]; 71:e13-e115. Doi: < <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065> >
3. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalence of and factors associated with self-reported high blood pressure in Brazilian adults. Rev. saúde pública. 2017 [citado em 2018 jun 14];51 supl 1:11. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000006>
4. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília – DF, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>>
5. Melo ECA, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Paes NA. Accessibility of users with hypertension in the Family Health Strategy. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2015 [citado em 2018 jun 14];19(1):124-31. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150017>
6. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. The influence of structural and organizational factors on the performance of primary health care in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, according to nurses and managers. Cad. Saúde Pública. 2015 [citado em 2018 jun 14]; 31(9):1941-52. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132114>
7. Carvalho MS, Coeli CM, Chor D, Pinheiro RS, Fonseca MJM, Sá Carvalho LC. The Challenge of Cardiovascular Diseases and Diabetes to Public Health: A Study Based on Qualitative Systemic Approach. PLoS ONE. 2015 [citado em 2018 jun 14]; 10(7):e0132216. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132216>
8. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico Município de Maringá [Internet]. Curitiba: IPARDES; 2017 [citado em 2017 jun 16]. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf.php?Municipio=87000>>
9. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Adoção do CCEB 2008 - Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2015. Disponível em: <www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=09>
10. Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Lima JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. Rev. panam. salud pública. 2014 [citado em 2017 jun 25]; 36(2):87-93. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rps/v36n2/03.pdf>>
11. Presidência da República (BR). Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2017. [citado em 2018 jun 15]. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>
12. Rêgo AS, Haddad MCFL, Salci MA, Radovanovic CAT. Accessibility to the treatment of hypertension in the family health strategy. Rev. gaúch. enferm. 2018;39:e20180037. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180037>.
13. Carvalho MS, Coeli CM, Chor D, Pinheiro RS, Fonseca MJM, Sá Carvalho LC. The Challenge of Cardiovascular Diseases and Diabetes to Public Health: A Study Based on Qualitative Systemic Approach. PLoS ONE. 2015; 10(7):e0132216. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132216>
14. Ferrari RFR, Ribeiro DMM, Vidigal FC, Marcon SS, Baldissera VDA, Carreira L. Reasons that led hypertensive elderly to seek assistance in primary care. Rev. Rene. 2014 [citado em 2017 jun 24];15(4):691-00. Doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400017>
15. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2016 [citado em 2018 jun 15]; 19(3):507-519. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
16. Pires MAP, Matos WR, Pires MP. Increase in the Population of the Third age and the Need for the Expansion of Existing Public Policies: Brief Considerations. Rev. FSA. 2018 [citado em 2018 jun 15]; 15(3): 253-68. Doi: <http://dx.doi.org/10.12819/2018.15.3.13>
17. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJL. Accessibility to health services: an analysis of the Primary Care in the state of Pernambuco. Saúde debate. 2014 [citado em 2017 jun 26]; 38 (esp.):182-94. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S014>
18. Barreto MS, Marcon SS. Patient perspectives on family participation in the treatment of hypertension. Texto e contexto enferm. 2014 [citado em 2017 jun 26]; 23(1):38-46. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/0104-0707-tce-23-01-00038.pdf>>
19. Grezzana GB, Moraes DW, Stein AT, Pellanda LC. Impact of Different Normality Thresholds for 24-hour ABPM at the Primary Health Care Level. Arq. bras. cardiol. 2017 [citado em dez 10]; 108(2):143-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160204>
20. Damaceno AN, Bandeira D, Hodali N, Weiller TH. Acesso de primeiro contato a atenção primária a saúde: revisão integrativa. Rev. APS. 2016 [citado em 2017 jun 26]; 19(1):122-38. Disponível em: <<https://aps.uff.emnuvens.com.br/aps/article/view/2521/944>>
21. Costa MFL, Turci MA, Macinko J. A comparison of the Family Health Strategy to other sources of healthcare: utilization and quality of health services in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. Cad. Saúde Pública. 2013 [citado em 2017 jun 25]; 29(7):1370-80. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700011>
- 22.

Recebido em: 24/06/2019

Revisões requeridas: 10/10/2019

Aprovado em: 15/10/2019

Publicado em: 14/06/2021

***Autor Correspondente:**

Anderson da Silva Rêgo

Av. Colombo, nº 5.790

Campus Universitário, Bloco 001, sala 023

Maringá, Paraná, PR, Brasil

E-mail: anderson.dsre@hotmail.com;

andersondsre@gmail.com

Telefone: +55 (44) 9 9990-3924

CEP: 87.020-900