DOI: 10.17765/2176-9206.2021v14n2e8173
e-ISSN: 2176-9206

# Satisfação de pessoas com hipertensão acerca dos atributos da Atenção Primária à Saúde*

*Satisfaction of people with hypertension about the attributes of Primary Health Care*

**Anderson da Silva Rêgo[1*], Marcelo da Silva[2], Marcia Glaciela da Cruz Scardoelli[3], Rafaely de Cássia Nogueira Sanches[4], Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad[5], Maria Aparecida Salci[6], Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic[7]**

[1] Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM. Docente do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Maringá - Uningá, Maringá (PR), Brasil; [2] Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM. Docente do curso de Medicina Universidade Maringá – UniCesumar. Maringá (PR), Brasil; [3] Mestre em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM. Docente do curso de Enfermagem e de Medicina da Universidade Cesumar – UniCesumar, Maringá (PR), Brasil; [4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá (PR), Brasil; [5] Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, Paraná, Brasil; [6] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de graduação e pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá (PR), Brasil; [7] Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do curso de graduação e pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá (PR), Brasil.

[*]**Autor correspondente**: Anderson da Silva Rêgo - E-mail: *anderson.dsre@hotmail.com* / *andersondsre@hotmail.com*

**RESUMO**

Estudo transversal, que avaliou a satisfação de pessoas com hipertensão acerca dos atributos da Atenção Primaria à Saúde. A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2016, utilizando um instrumento desenvolvido e validado, específico para população com hipertensão, que avaliou o acesso ao diagnóstico e ao tratamento; adesão/vínculo; elenco de serviços; coordenação do cuidado; enfoque familiar e orientação comunitária. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial no tratamento das variáveis. Participaram do estudo 417 pessoas com hipertensão, que avaliaram como satisfatório as oito dimensões da atenção básica. A análise de regressão multivariada evidenciou que aqueles com controle pressórico inadequado possuíam maiores chances de avaliar o elenco de serviços e coordenação do cuidado como insatisfatórios. Conclui-se que os serviços ofertados foram avaliados como satisfatório na maioria das dimensões avaliadas, no entanto, as pessoas com inadequação pressórica apontam necessidade de melhoria na coordenação do cuidado e na integralidade dos serviços prestados.

**Palavras-chave**: Atenção primária à saúde. Avaliação dos serviços de saúde. Enfermagem. Estratégia saúde da família. Hipertensão. Integralidade em saúde.

**ABSTRACT**

Cross-sectional study that assessed the satisfaction of people with hypertension about the attributes of Primary Health Care. Data collection took place in the first semester of 2016, using a developed and validated instrument, specific for the population with hypertension, which assessed access to diagnosis and treatment; adhesion / bond; list of services; coordination of care; family focus; and community guidance. Descriptive and inferential statistics were used in the treatment of variables. 417 people with hypertension participated in the study, who evaluated the eight dimensions of primary care as satisfactory. The multivariate regression analysis showed that those with inadequate blood pressure control had more chances of evaluating the list of services and coordination of care as unsatisfactory. It is concluded that the services offered were evaluated as satisfactory in most of the dimensions evaluated, however, people with pressure inadequacy point out the need for improvement in the coordination of care and in the integrality of the services provided.

**Keywords**: Family Health Strategy. Health Services Evaluation. Hypertension. Integrality in Health. Nursing. Primary Health Care.

*Recebido em Fevereiro 12, 2020*
*Aceito em Novembro 04, 2020*

* Extraído do banco de dados da dissertação de mestrado intitulada "Avaliação da satisfação de pessoas com hipertensão arterial com os serviços da Atenção Primária à Saúde", apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), em 2017. Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Brasil.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é considerada um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, pelo seu potencial risco para o desenvolvimento de comorbidades e que vem desafiando as ações e serviços de saúde para seu controle, principalmente pela sua natureza multifatorial [1-2]. Em todo o mundo, a HA é prevalente em mais de 1 bilhão de adultos, e, no Brasil, em 2017, dados do Ministério da Saúde (MS) apontaram que 24,5% da população se autorreferem ser portador de HA [2-3].

A Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada por ser um conjunto de ações de saúde que englobam tanto o nível individual como coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de dados e manutenção da saúde. Como propósito principal, a APS busca desenvolver atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde da coletividade. É considerada a porta de entrada preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS) e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade[1-2,4-6].

Ela é capaz de organizar o fluxo dos serviços na rede, desde o mais simples até aos mais complexos, desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo o mais próximo da vida e família das pessoas. Dessa maneira, a APS como base para o enfrentamento da HA, oferta o tratamento e apresenta resultados positivos no âmbito organizacional e assistencial [4-6].

Neste aspecto, os serviços realizados pela APS são constituídos por elementos estruturais, fundamentais para a qualidade da assistência. Tais serviços necessitam ser avaliados, para identificar as fragilidades enfrentadas nas práticas e no manejo das ações de saúde. Essa análise crítica e reflexiva sobre os serviços pode potencializar a implementação de novas ações de reorientação da assistência, que promovam a melhoria da qualidade do trabalho e controle de importantes patologias[4,7-8].

No que concerne o controle da HA, a prática assistencial esbarra em dificuldades no que tange a questões organizacionais e estruturais da APS, tais como a acessibilidade ao tratamento, a indisponibilidade de medicamentos para controle pressórico, bem como de recursos humanos capacitados para atendimento da demanda. Estes fatores podem favorecer o controle pressórico inadequado, que pode interferir na satisfação das pessoas com os serviços prestados pelo modelo APS [7,9].

Destarte, a inadequação pressórica pode acarretar custos elevados aos serviços de saúde especializados, por ocasionar comorbidades como acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio, além de reinternações evitáveis. Sendo assim, compreender a satisfação com os serviços prestados a pessoas com HA, principalmente, entre aqueles que possuem inadequação ao controle pressórico, possibilitará planejamento e ações mais eficientes no contexto da prevenção e tratamento da HA [7-8,10].

Considerando a importância de pesquisas avaliativas, identificando suas potencialidades e fragilidades nos resultados das ações em saúde, que podem gerar mudanças nos custos e na resolução dos problemas [8,10], este estudo teve como objetivo avaliar a satisfação de pessoas com HA, segundo os atributos essenciais da APS.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo de abordagem transversal, derivado da dissertação de mestrado defendido em 2017[8,10], realizado em município da região Sul do Brasil, com população estimada, no período da coleta de dados, em 403 mil habitantes. A rede de saúde do município é organizada de forma descentralizada, distribuídas em 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 74 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), realizando cobertura populacional de 68,01% do território do município [11].

Como critério de inclusão, adotou-se possuir prontuários atualizados, com receituário médico, aderência a, pelo menos, uma consulta de rotina, programadas pelas equipes das UBS, sendo o ano de 2015 como parâ-

metro de mensuração e registro das evoluções clínicas do participante em tratamento da HA. Excluiu-se a população da zona rural por pertencer à região afastada da cidade, onde as equipes da ESF, mesmo pertencente a uma UBS da área urbana do município, realizavam atendimento em um espaço cedido por instituição religiosa local, sendo considerada como viés, tendo em vista os atributos da APS na questão sobre a acessibilidade geográfica. Também se excluíram grávidas e puérperas por compreender que o acompanhamento destas participantes é exclusivo ao programa de saúde da mulher e não ao SISHIPERDIA.

A Secretaria de Saúde Municipal disponibilizou a lista do programa SISHIPERDIA, do qual possuía 29.035 pessoas com cadastro ativo. Após a utilização do filtro que estabelece os critérios de inclusão e exclusão, consideraram-se elegíveis 27.741 indivíduos. Utilizou-se amostragem aleatória representativa e as estimativas foram geradas considerando intervalos de confiança de 95%, acrescido de mais 15% para possíveis perdas, resultando em uma amostra de 437 pessoas. Posteriormente, com a lista com nomes e endereços disponibilizados, estratificou-se a população de acordo com o número de pessoas atendidas em cada UBS do município e após as perdas por óbitos não registrados e recusas, a amostra final foi composta por 417 pessoas.

A aproximação com os participantes se deu inicialmente com a apresentação dos objetivos do estudo e as formas de participação para os enfermeiros responsáveis pelo SISHIPERDIA e, posteriormente, para os participantes eleitos, de acordo com o calendário estratégico das reuniões, que aconteciam em horário fixo, considerando a realidade de cada equipe da ESF, variando das 8h às 17h. Ressalta-se que a estratégia adotada para a coleta de dados, estabeleceu-se no sorteio dos participantes e a agenda das reuniões do SISHIPERDIA de cada equipe da ESF e suas microáreas. As entrevistas foram realizadas entre fevereiro e junho de 2016, nas dependências da UBS, em lugares previamente reservado por meio de entrevista individual.

Utilizou-se um instrumento desenvolvido e validado para avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde. Este instrumento contempla questões referentes à identificação, ao perfil sociodemográfico, antropométrico, valor pressórico, presença de doenças concomitantes e decorrentes de complicações da HA e aos atributos referentes à APS, composto por oito domínios, quais sejam: acesso ao diagnóstico; acesso ao tratamento; adesão/vínculo; elenco de serviços; coordenação; enfoque na família; orientação para a comunidade [7].

Cada dimensão é composta de perguntas com respostas do tipo Likert, atribuindo-se valores de uma escala entre um e cinco, respectivamente, para as respostas 1) "nunca"; 2) "quase nunca"; 3) "às vezes"; 4) "quase sempre" e 5) "sempre"[7]. Para classificar a avaliação, foram utilizados pontos de corte de acordo com as possibilidades de nota classificando-os em satisfatório ($\geq 4$), regular ($< 4$ e $\geq 3$) e insatisfatório ($< 3$)[7-9].

Para verificar os valores de pressão arterial, utilizou-se esfigmomanômetro aneroide, devidamente calibrado, aferido no dia das entrevistas[12]. Os valores de pressão arterial foram categorizados em controle pressórico inadequado, quando a pressão arterial sistólica (PAS) $>$ 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) $>$ 90 mmHg, conforme preconizado pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial[12]. Para avaliação da classe econômica, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica do Brasil, adotado para estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas[13] e neste estudo foram agrupados em AB (alto), C (médio) e DE (baixo).

Os dados foram registrados em planilha eletrônica *Microsoft Excel* 2013, com dupla digitação e o processamento das análises estatísticas foi realizado por meio do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Realizou-se a identificação de normalidade dos dados pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*, com correção de *Lilliefors* e, posteriormente, foi utilizado o teste *Kruskall-Wallis* para análise de variância, obtenção da média dos escores dos domínios, medida de dispersão e para indicar se houve diferença nas médias em relação aos grupos de controle pressórico adequado e inadequado.

Para a associação entre a classificação do controle pressórico e os domínios de satisfação avaliados, foi realizada análise em duas etapas distintas. A univariada se deu através do modelo de regressão logística não condicionada, utilizando as variáveis referentes à classificação dos atributos e a variável referente ao controle pressórico. Posteriormente foi utilizado o método *Stepwise Forward*, em que

se mantiveram no modelo multivariado apenas as variáveis que resultaram o valor de $p<0,20$ na análise univariada. A magnitude das associações foi estimada pelo cálculo de *Odds Ratio* (OR), com nível de significância de $p<0,05$ entre os testes realizados.

A pesquisa foi analisada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, recebendo parecer favorável (1.407.687/2016). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

## RESULTADOS

A amostra foi constituída por 417 pessoas em tratamento da HA, das quais a maioria era do sexo feminino (67,9%), idosa (62,3%), com grau de instrução igual ou inferior a oito anos de estudo (80,8%), cor branca (62,4%), casada (59,7%), classe econômica extrato C (43,9%). Mais da metade (53,7%) apresentou controle pressórico adequado.

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico de pessoas com hipertensão arterial, usuários da Atenção Primária à Saúde de acordo com o controle pressórico. Paraná, Brasil, 2016

| | Total | Adequado | Inadequado | Análise univariada | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n (%) | n (%) | n (%) | OR | IC 95% | *p* |
| **Idade** | | | | | | |
| ≤ 59 anos | 157 (37,6) | 95 (42,4) | 62 (32,1) | 1 | | |
| ≥ 60 anos | 260 (62,4) | 129 (57,6) | 131 (67,9) | 1,55 | 1,04-2,32 | 0,031* |
| **Sexo** | | | | | | |
| Masculino | 134 (32,1) | 74 (33,0) | 60 (31,1) | 1 | | |
| Feminino | 283 (67,9) | 150 (67,0) | 133 (68,9) | 1,09 | 0,72-1,65 | 0,671 |
| **Escolaridade** | | | | | | |
| ≤ 8 anos | 337 (80,8) | 178 (79,5) | 159 (82,4) | 1 | | |
| > 8 anos | 80 (19,2) | 46 (20,5) | 34 (17,6) | 0,89 | 0,50-1,35 | 0,301 |
| **Raça/Cor** | | | | | | |
| Branca | 260 (62,4) | 138 (61,6) | 122 (63,2) | 1 | | |
| Preta | 65 (15,6) | 37 (16,5) | 28 (14,5) | 0,85 | 0,49-1,48 | 0,578 |
| Parda | 92 (22,1) | 49 (21,9) | 43 (22,3) | 0,99 | 0,61-1,59 | 0,976 |
| **Situação conjugal** | | | | | | |
| Casada | 249 (59,7) | 141 (62,9) | 108 (56,0) | 1 | | |
| Solteira | 95 (22,8) | 47 (20,0) | 48 (24,9) | 1,33 | 0,83-2,14 | 0,234 |
| Viúva | 73 (17,5) | 36 (16,1) | 37 (19,2) | 1,34 | 0,79-2,26 | 0,270 |
| **Classificação socioeconômica** | | | | | | |
| AB | 148 (35,5) | 75 (33,5) | 73 (37,8) | 1 | | |
| C | 183 (43,9) | 98 (43,8) | 85 (44,1) | 0,89 | 0,57-1,37 | 0,602 |
| DE | 86 (20,6) | 51 (22,7) | 35 (18,1) | 0,70 | 0,41-1,20 | 0,203 |

AB: alto; C: médio; DE; baixo.

De acordo com a classificação do controle pressórico, observa-se que a dimensão 'orientação à comunidade' foi a que obteve a menor média ($3,32\pm1,33$), seguido por 'enfoque na família' ($3,56\pm1,41$) e 'elenco de serviços' ($3,60\pm0,76$), todos do grupo com 'controle pressórico inadequado'. Não houve diferença estatística nas médias das notas das dimensões avaliadas quando comparadas entre o grupo de controle pressórico adequado e inadequado (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição da média do escore, desvio-padrão e intervalo de confiança referentes das dimensões da Atenção Primária à Saúde avaliadas por usuários com hipertensão de acordo com o controle pressórico. Paraná, Brasil, 2016

| Dimensões | Controle pressórico | | *p** |
|---|---|---|---|
| | Adequado (n=224) | Inadequado (n=193) | |
| | M±DP | M±DP | |
| Acesso ao diagnóstico | 3,98±1,35 | 3,84±0,94 | 0,204 |
| Acessibilidade ao tratamento | 4,16±0,74 | 4,01±0,84 | 0,635 |
| Adesão/Vínculo | 4,22±0,61 | 4,16±0,60 | 0,281 |
| Elenco de serviços | 3,79±0,84 | 3,60±0,76 | 0,289 |
| Coordenação | 3,90±1,09 | 3,70±0,98 | 0,823 |
| Enfoque na família | 3,58±1,40 | 3,56±1,41 | 0,719 |
| Orientação à comunidade | 3,42±1,35 | 3,32±1,33 | 0,067 |

Legenda: M±DP: Média e Desvio-padrão. *Teste de Kruskall-Wallis.

Quanto à avaliação da satisfação dos usuários perante os atributos da APS, o domínio acesso (58%) obteve o maior percentual, seguido pela coordenação (57,8%) e enfoque na família (56,1%), com grau de avaliação satisfatório em mais da metade dos entrevistados. O domínio elenco de serviços apresentou porcentagem maior de pessoas que avaliaram as práticas assistenciais como regular (43,4%). A orientação à comunidade foi avaliada como insatisfatória por 31,1% dos entrevistados (Tabela 3).

**Tabela 3.** Análise univariada da avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde, por usuários com hipertensão de acordo com o controle pressórico. Paraná, Brasil, 2016

(Continua)

| Atributos | Controle pressórico | | Análise univariada | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Adequado | Inadequado | OR | IC95% | *p* |
| | n (%) | n (%) | | | |
| **Acesso** | | | | | |
| Satisfeito | 138 (33,1) | 104 (24,9) | 1 | | |
| Regular | 62 (14,9) | 56 (13,5) | 1,19 | 0,77-1,86 | 0,422 |
| Insatisfeito | 24 (5,7) | 33 (7,9) | 1,82 | 1,01-3,27 | 0,044* |
| **Acessibilidade** | | | | | |
| Satisfeito | 123 (29,5) | 92 (22,1) | 1 | | |
| Regular | 89 (21,3) | 84 (20,1) | 1,26 | 0,84-1,88 | 0,257 |
| Insatisfeito | 12 (12,9) | 17 (4,1) | 1,89 | 0,86 - 4,16 | 0,112* |
| **Adesão/Vínculo** | | | | | |
| Satisfeito | 111 (26,6) | 93 (22,3) | 1 | | |
| Regular | 87 (20,9) | 76 (18,2) | 1,10 | 0,59-2,04 | 0,759 |
| Insatisfeito | 26 (6,2) | 24 (5,8) | 1,04 | 0,69-1,84 | 0,843 |
| **Elenco de serviços** | | | | | |
| Satisfeito | 106 (25,4) | 57 (13,7) | 1 | | |
| Regular | 83 (19,9) | 98 (23,5) | 1,86 | 1,21-2,86 | 0,005 |
| Insatisfeito | 35 (8,4) | 38 (9,1) | 1,82 | 1,04 - 3,18 | 0,033* |
| **Coordenação** | | | | | |
| Satisfeito | 143 (34,3) | 98 (23,5) | 1 | | |

(Conclusão)

| Atributos | Controle pressórico | | Análise univariada | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Adequado | Inadequado | OR | IC95% | *p* |
| | n (%) | n (%) | | | |
| Insatisfeito | 43 (10,3) | 42 (10,1) | 1,42 | 0,86-2,34 | 0,162 |
| **Enfoque na família** | | | | | |
| Satisfeito | 124 (29,7) | 110 (26,4) | 1 | | |
| Regular | 28 (6,7) | 28 (6,7) | 1,12 | 0,62-2,02 | 0,687 |
| Insatisfeito | 72 (17,3) | 55 (13,2) | 0,86 | 0,55-1,33 | 0,5 |
| **Orientação à comunidade** | | | | | |
| Satisfeito | 108 (25,9) | 87 (20,9) | 1 | | |
| Regular | 48 (11,5) | 44 (10,5) | 1,13 | 0,69-1,87 | 0,61 |
| Insatisfeito | 68 (16,3) | 62 (14,9) | 1,13 | 0,72-1,76 | 0,586 |

OR: *Odds Ratio*; IC95%: Intervalo de Confiança; *Variáveis com valor de $p < 0,20$, inseridas no modelo multivariado de regressão logística.

Na análise multivariada, os resultados evidenciaram que os indivíduos com controle pressórico inadequado têm chances de 1,75 (IC95%: 1,12-2,73) e 1,77 (IC95%: 1,07-2,93) vezes, respectivamente, de avaliar o elenco de serviços e a coordenação como insatisfatório. Esses mesmos indivíduos possuem chance de 1,88 (IC95%: 1,02-3,47) vezes a mais de avaliar o acesso ao diagnóstico como regular. Todos os domínios que apresentaram significância estatística na análise multivariada foram ajustados pela variável idade (Tabela 4).

**Tabela 4.** Análise multivariada da avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde, por usuários com hipertensão, de acordo com o controle pressórico. Paraná, Brasil, 2016

(Continua)

| Atributos | Controle pressórico | | Análise multivariada | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Adequado | Inadequado | ORAj | IC95% | *p* |
| | n (%) | n (%) | | | |
| **Elenco de serviços** | | | | | |
| Satisfeito | 106 (25,4) | 57 (13,7) | 1 | | |
| Regular | 83 (19,9) | 98 (23,5) | 1,69 | 0,94-3,05 | 0,079 |
| Insatisfeito | 35 (8,4) | 38 (9,1) | 1,75 | 1,12-2,73 | **0,013** |
| **Coordenação** | | | | | |
| Satisfeito | 143 (34,3) | 98 (23,5) | 1 | | |
| Regular | 38 (9,1) | 53 (12,7) | 1,24 | 0,73-2,10 | 0,419 |
| Insatisfeito | 43 (10,3) | 42 (10,1) | 1,77 | 1,07-2,93 | **0,026** |
| **Acesso** | | | | | |
| Satisfeito | 138 (33,1) | 104 (24,9) | 1 | | |
| Regular | 62 (14,9) | 56 (13,5) | 1,88 | 1,02-3,47 | **0,042** |
| Insatisfeito | 24 (5,7) | 33 (7,9) | 1,24 | 0,79-1,95 | 0,345 |
| **Idade*** | | | | | |
| ≤ 59 anos | 95 (42,2) | 62 (32,1) | 1 | | |
| ≥ 60 anos | 129 (56,8) | 131 (67,9) | 1,55 | 1,04-2,32 | 0,031 |

ORAj: *Odds Ratio* Ajustada; IC95%: Intervalo de Confiança; *Por possuir valor de $p < 0,20$ na análise multivariada, a variável idade foi inserida como ajuste no modelo multivariado.

**DISCUSSÃO**

Os resultados encontrados apontaram que a maioria da população entrevistada avaliou as dimensões da APS como insatisfatória, especialmente a orientação para comunidade, enfoque na família e o elenco dos serviços, que obtiveram menores médias. A ESF é a principal operacionalizadora e fortalecedora da APS, levando serviço multidisciplinar às comunidades. A ESF é responsável em cadastrar, classificar e estratificar por grupos de riscos a população adstrita no seu território, e o SISHIPERDIA é destinado ao cadastramento e acompanhamento dos portadores de HA e/ ou DM atendidos na rede [1,4,8-9].

Atualmente, o Brasil vivencia um cenário no qual a organização da atenção e da assistência e ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços constituem como um dos principais desafios para as três esferas de governo. Tais desafios expressam a inclusão de um grande contingente populacional dependente da atenção prestada pelo SUS, concomitante ao baixo investimento público em saúde. Os resultados da análise de regressão logística multivariada na amostra desta pesquisa apontaram que as pessoas com controle pressórico inadequado possuíam mais chances de avaliar os serviços relacionados ao "acesso ao diagnóstico" como regular[2,4,8].

O acesso pode ser entendido como porta de entrada, local de acolhimento da pessoa no momento em que ela necessita, como também os caminhos que o usuário percorre no sistema para resolução do seu problema. Mesmo com a implantação da ESF, em 1994, do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus,* em 2001, e o Pacto em Defesa da Vida, em 2005, que juntos ampliaram o acesso das pessoas ao diagnóstico, consultas médicas e medicamentos, ainda é possível encontrar dificuldades na consolidação desse princípio[4-5].

Em estudo realizado no Paraná[15], os participantes relataram que a busca pelo diagnóstico da doença é um processo difícil, somado à necessidade de mudança no estilo de vida, dificulta o processo de adaptação e adesão terapêutica. Apesar do acesso ao diagnóstico ter sido uma dimensão avaliada como insatisfatória pelas pessoas com controle pressórico inadequado, o atributo acessibilidade foi positivamente avaliado, não havendo diferenças significativas entre os grupos de controle pressórico.

O atributo acessibilidade aborda vários aspectos relacionados à oferta de serviços pela APS, a citar: o acolhimento, a espera pela consulta, a necessidade de utilização de transporte, o gasto financeiro para a locomoção até a UBS. Tais aspectos são caracterizados como acessibilidade geográfica, econômica e organizacional, que reforça o acolhimento como importante ferramenta de gestão, que pode contribuir para a resolutividade dos problemas de saúde e fortalecer a adesão ao tratamento [9-10,15-16].

A avaliação positiva da acessibilidade reitera as estratégias do plano de reorganização da atenção à HA, que visa garantir o acompanhamento com ações preventivas em saúde e a distribuição de medicamentos. Essas estratégias são apontadas como responsáveis pelo impacto na redução da morbimortalidade por Doenças Cardiovasculares (DCV), consequentemente, reduzindo os gastos com atendimento de urgência e emergência. Elevados custos dos sistemas de saúde são provenientes do agravamento e da cronicidade da HA, condições consideradas sensíveis à APS, pois estão relacionados, principalmente à não adesão ao tratamento medicamentoso por falta de acompanhamento e controle efetivo da doença [9,15-16].

Não houve associação significativa entre o domínio adesão/vínculo e o controle pressórico inadequado. Este resultado corrobora com os dados encontrados em estudo[17], realizado com indivíduos com características clínicas semelhantes, em que as pessoas com controle pressórico inadequado são as mais assíduas às consultas.

A consulta individualizada e qualificada, bem como o acompanhamento realizado pelo mesmo profissional, facilita a formação de vínculo e promove melhor compreensão das orientações, favorecendo a continuidade do tratamento. Os usuários que se sentem à vontade e têm maior oportunidade para expor suas dúvidas quanto à doença e ao seu tratamento facilitam

ao profissional avaliar os problemas relacionados ao tratamento direcionando as orientações às reais necessidades de saúde dessas pessoas [8,19-20]. Além disso, a criação do vínculo fortalece a capacidade de autocuidado e da compressão sobre a severidade de sua condição crônica, o que pode contribuir com a construção de planos de cuidado individuais, centrado na pessoa e família. Tais planos podem ser seguidos ou orientados pelas recomendações do MS, realizando monitoramento e avaliação periódica dos resultados[8,19-20].

O elenco de serviços que representa as ações em saúde ofertadas pelos profissionais de saúde, como aferição da pressão arterial, consulta agendada e dispensação de medicamentos, apresentou avaliação regular e insatisfatório. Tal dado indica que as pessoas com controle pressórico inadequado possuem mais chances de avaliar o serviço como insuficiente para suprir suas necessidades em saúde[7,15].

Estudo realizado no Paraná[9] apontou que a dificuldade na adesão terapêutica estava associada à baixa frequência em consultas e reuniões do SISHIPERDIA. O comparecimento das pessoas é essencial para redução de quadros agudizados e diminuição de comorbidades. Portanto, os profissionais necessitam estar atentos, aprimorando o manejo clínico, uma vez que apenas a terapia medicamentosa e a replicação de receitas para controle da HA não são o suficiente para garantir o controle pressórico [21-22].

A avaliação regular da coordenação, que representa a articulação da APS e outros serviços da atenção à saúde na rede, por pessoas com controle pressórico inadequado, assemelha-se aos estudos realizados em outros Estados brasileiros[21-22]. Entre as questões avaliativas do domínio, estava na referência e contrarreferência dos serviços, que quando não efetivada, prejudica a continuação e resolutividade do tratamento[20].

Estudo realizado com profissionais de saúde da APS apontou que a falta de referência e contrarreferência das ações realizadas nas UBS acaba interferindo na eficácia das intervenções clínicas[23]. A dificuldade de comunicação entre os serviços afeta o acompanhamento dos usuários dentro da rede de atenção à saúde, gerando insatisfação em relação às intervenções ofertadas. Nesse aspecto, emerge a necessidade de concretização de ações em prol do fortalecimento da APS, que busque efetivar as ações e serviços de referência e contrarreferência, consolidando a sua capacidade resolutiva[14,19].

O atributo enfoque familiar que apresenta a família como unidade da atenção à saúde e ao cuidado apresentou média satisfatória em mais da metade dos entrevistados. A integração dos profissionais de saúde com as famílias possibilita o reconhecimento da realidade territorial das pessoas o que pode proporcionar boas práticas de autocuidado e a adesão ao tratamento, uma vez que o apoio familiar é o principal facilitador para a continuidade terapêutica[24-25].

O atributo orientação à comunidade, responsável pelo diagnóstico dos potenciais agravos, de competência epidemiológica e de identificar as necessidades prioritárias da população, obteve média regular e insatisfatória em mais da metade dos entrevistados. Porém, não foi evidenciado associação com controle pressórico inadequado dos indivíduos. A APS orientada para a comunidade busca combinar as habilidades epidemiológicas e clínicas para regular os programas e acessar as necessidades prioritárias de saúde de uma população definida. Para cada território, área ou microárea, há características próprias comunitárias que devem ser relevadas pelos profissionais na formulação dos projetos terapêuticos singulares[25].

Apesar de a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) recomendar que as ações desenvolvidas no âmbito comunitário devam privilegiar práticas de cuidado e gestão democrática e participativa, centrada no usuário e que permeiam o desenvolvimento de sua autonomia, faz-se necessária a incorporação desse atributo na formação acadêmica dos profissionais de saúde, bem como em ações de educação e capacitação dos profissionais já inseridos no serviço. Estudo[26] realizado no Japão apresentou resultado semelhante e ressalta a necessidade de que a capacitação

profissional seja realizada para fortalecer a relação entre equipe e comunidade.

O estudo limita-se a sua abrangência territorial, em que os resultados apontados neste estudo não apresentam como amostra representativa do Estado por ser realizada em apenas um município, como também,a impossibilidade de atribuir casualidade a seus resultados, considerando a natureza de estudos transversais, o que reduz sua potencialidade em generalização.

As contribuições dos achados para a enfermagem e políticas públicas de saúde são inerentes à necessidade de ampliação do escopo da APS, para que se apresente mais efetiva, com intervenções resolutivas e que garanta cuidado coordenado e contínuo. Concernente a isso, que se promova capacidade de governança, parceria e integração bem-sucedida entre a APS e serviços de especialidades e a participação da comunidade na tomada de decisão, ampliando os resultados efetivos a toda população.

## CONCLUSÃO

A avaliação dos serviços de saúde na perspectiva de pessoas com HA permitiu identificar que a ESF apresenta pontos satisfatórios dos atributos referentes à estrutura organizacional da APS, em que a maioria dos atributos obtiveram médias altas nos escores, sendo o elenco de serviços, enfoque familiar e orientação comunitária, os atributos que apresentaram menores índices de satisfação. Houve avaliação insatisfatória e regular quanto ao elenco de serviços e regular referente à coordenação do cuidado, quando associados às pessoas com controle pressórico inadequado, havendo necessidade de que novas abordagens à população estudada seja realizada, considerando suas necessidades em saúde.

De acordo com os resultados, o estudo aponta importantes achados que podem ser melhorados na oferta dos serviços, destacando-se a importância em trabalhar com os profissionais de saúde e identificar as necessidades desta população, utilizando a intersetorialidade como ferramenta estratégica no trabalho entre as equipes, que abordam as principais ações a serem abordadas, principalmente quando relacionados aos usuários com HA e identificar maneiras de reduzir as iniquidades da assistência, com intuito de promove melhores condições de trabalho aos profissionais e melhor qualidade assistencial à população, aderente aos serviços da APS.

## AGRADECIMENTOS

Os autores deste estudo agradecem ao Dr. Neir Antunes Paes pela autorização em utilizar o instrumento de sua autoria na coleta de dados. A Dra. Rosana Rosseto de Oliveira e ao Departamento de Estatística da Universidade Estadual de Maringá – UEM, pelo auxílio estatístico no processo de amostragem, tratamento dos dados e resultados do estudo. O agradecimento estende-se à Professora Dra. Maria de Fátima Mantovani, da Universidade Federal do Paraná (UFPR) pela brilhante participação como membro titular externo da banca de defesa da dissertação do qual este estudo foi extraído e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e Universidade Estadual de Londrina (UEL) pela oportunidade de aprimoramento do conhecimento científico, oportunizado pelas pesquisadoras destas instituições, presentes como autoras desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Beni Yonis O, Khader Y, Okour A, Al Omari M, Al Quran T, Khassawneh A, et al. High rate of hypertension control among treated patients attending a teaching primary healthcare centre in Jordan. Postgrad Med J 2019; 95:193–7. DOI: https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-136325.

2. Noubiap JJ, Nansseu JR, Nyaga UF, Sime PS, Francis I, Bigna JJ. Global prevalence of resistant hypertension: a meta-analysis of data from 3.2 million patients. Heart 2019;105:98–105. DOI: https://doi.org/10.1136/heartjnl-2018-313599.

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de

fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.

4. 4 Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conass; 2015.

5. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

6. Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, Dasgupta K, Butalia S, McBrien K, et al. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. Canadian Journal of Cardiology 2018; 34:506–25. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.02.022.

7. Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Lima JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. Rev Panam Salud Publica 2014;36:87–93.

8. Rêgo A da S, Radovanovic CAT. Adherence of hypertension patients in the Brazil's Family Health Strategy. Rev Bras Enferm 2018; 71:1030–7. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0297.

9. Barreto MS, Mendonça RD, Pimenta AM, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. Ciênc Saúde Coletiva 2018; 23:795–804. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.12132016.

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

11. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Caracterização do Território. Caderno Estatístico 2015 [acessado 2016 Ago 7]. Disponível em: http://www.ipardes.pr.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30

12. Malachias M, Plavnik FL, Machado CA, Malta D, Scala LCN, Fuchs S. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 1 - Concept, Epidemiology and Primary Prevention. Arq Bras Cardiol. 2016;107(3):1-6. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160151

13. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critérios Classificação Econômica Brasil [Internet]. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2012 [acessado em 11 jul. 2016]. Disponível em: http://www.abep.org

14. Santimaria MR, Borim FSA, Leme DE da C, Neri AL, Fattori A. Falha no diagnóstico e no tratamento medicamentoso da hipertensão arterial em idosos - Estudo FIBRA. Ciênc Saúde Coletiva 2019; 24: 3733–42. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.32442017.

15. Silva JVM, Mantovani MF, Kalinke LP, Ulbrich EM. Hypertension and Diabetes Mellitus Program evaluation on user's view. Rev Bras Enferm. 2015; 68(4):541-7. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680408i

16. Okuyama K, Akai K, Kijima T, Abe T, Isomura M, Nabika T. Effect of geographic accessibility to primary care on treatment status of hypertension. PLoS ONE 2019;14:e0213098. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213098

17. Hameed MA, Dasgupta I. Medication adherence and treatment-resistant hypertension: a review. DIC 2019;8:1–11. DOI: https://doi.org/10.7573/dic.212560.

18. Amaral AA, Leal BN, Mesquita CR, Nogueira LMV, Rodrigues R. O perfil socioeconômico e clínico de pacientes matriculados no programa HIPERDIA em Belém (PA). Saúde e Pesquisa 2018; 11:377–83. DOI: https://doi.org/10.17765/2176-9206.2018v11n2p377-383.

19. Zanelatto C, Höfelmann DA, Giehl MWC, Nishida W, Bastos JL. Percepção das desordens de bairro e pressão arterial em adultos: um estudo multinível de base populacional. Cad Saúde Pública 2019;35:e00016418. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311x00016418.

20. Brasil, editor. Política nacional de atenção básica. 1a edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

21. Hussain MA, Mamun AA, Reid C, Huxley RR. Prevalence, Awareness, Treatment and Control

of Hypertension in Indonesian Adults Aged ≥40 Years: Findings from the Indonesia Family Life Survey (IFLS). PLoS ONE 2016;11:e0160922. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160922

22. Wilson TE, Hennessy EA, Falzon L, Boyd R, Kronish IM, Birk JL. Effectiveness of interventions targeting self-regulation to improve adherence to chronic disease medications: a meta-review of meta-analyses. Health Psychology Review 2020:1–20. DOI: https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1706615.

23. Frieden TR, Varghese CV, Kishore SP, Campbell NRC, Moran AE, Padwal R, et al. Scaling up effective treatment of hypertension: A pathfinder for universal health coverage. J Clin Hypertens 2019; 21:1442–9. DOI: https://doi.org/10.1111/jch.13655.

24. Pratama AY. Family Involvement in the Treatment of Hypertensive Patients using Dunn's Health Grid: A Multiple Case Study. Proceedings of the 5th International Conference on Health Sciences (ICHS 2018), Yogyakarta, Indonesia: Atlantis Press; 2019. DOI: https://doi.org/10.2991/ichs-18.2019.5.

25. Santos FGT, Mezzavila VAM, Rêgo AS, Salci MA, Radovanovic CAT. Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial. Saúde Debate 2019; 43:489–502. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912116.

26. Tanabe S, Yanagisawa S, Waqa-Ledua S, Tukana M. Identifying characteristic features of community orientation among community health nurses in Fiji. Nurs Open 2019; 6:1113–23. DOI: https://doi.org/10.1002/nop2.305.