

Acesso a serviços de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e ou diabetes

Access of hypertension and/or diabetes patients to healthcare services in Baixada Santista

Ana Aparecida Sanches Bersusa^I

Áurea Eleutério Pascalicchio^I

Umberto Catarino Pessoto^{II}

Maria Mercedes Loureiro Escuder^I

^I Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{II} Superintendência de Controle de Endemias

Resumo

A Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) são consideradas uma epidemia mundial, o que torna o controle desses agravos um desafio para os sistemas de saúde e são vistos como prioridade pela Estratégia da Saúde da Família. Nesse cenário, buscou-se verificar o acesso do paciente portador de HA e/ou DM à rede de assistência à saúde e a medicamentos nos municípios da Baixada Santista. Realizou-se um inquérito domiciliar em cinco municípios da Baixada Santista com mais de 100 mil habitantes, com diferentes coberturas de ESF com amostra probabilística auto-ponderada, adotando-se sorteio primário dos setores censitários e posteriormente de domicílios. Foram entrevistadas 6.815 pessoas, entre as quais encontrou-se uma prevalência referida em torno de 26,3% para HA e 8,8 para DM, sendo a HA mais prevalente em mulheres do que em homens. Para análise da qualidade da atenção à saúde recebida por esses pacientes, estudou-se a prevalência da mensuração da pressão arterial (85,3%) e do teste de glicemia (70,2%) nos últimos 6 meses. A maioria indicou que o medicamento foi prescrito pelo médico (99,4%), sendo que 62,8% adquirem em farmácia privada o medicamento para HA e 57,9% dos diabéticos o adquirem no posto de saúde. A atividade de grupos educativos praticamente inexistente para mais de 90%. Em relação às visitas domiciliares 78% dos hipertensos e 92,5% dos diabéticos não foram beneficiados com este serviço. Os achados indicam a necessidade de o cuidado da HA e do DM ter seu enfoque central na atenção básica.

Palavras chave: Diabetes mellitus. Hipertensão. Sistema Único de Saúde. Inquéritos de Saúde.

Abstract

Arterial Hypertension (AH) and Diabetes Mellitus (DM) are considered a worldwide epidemics whose control poses a challenge to health care services. Within the National Health System, the Family Health Program currently has the dual role of being a system gateway and reference structure. Bearing in mind this scenario, this study assessed the access of AH and DM patients to health care and therapeutic drugs. A household survey was conducted in five municipalities with over 100,000 inhabitants in the *Baixada Santista*. A two-stage self-weighted probabilistic sample was used. Results estimated a prevalence of 26.3% for AH and of 8.8% for DM, AH being more prevalent among women. As to health care, 85.3% of the individuals with AH interviewed reported having had their arterial pressure checked, and 70.2% of those with DM reported having had their glucose blood serum level tested in the preceding six months. Drug treatment was prescribed to 99.4% of these patients, and 62.8% of AH patients purchased such drugs from private drugstores, and 57.9% of DM patients received drugs provided by health centers. Over 90% of the patients had no access to educational group activities, and 78% of AH and 92.5% of DM patients had no supervising home visits. These findings suggest the need for primary health care as the mainstay for the care provided to HA and DM.

Keywords: Diabetes Mellitus. Hypertension. Unified health System.

Introdução

O estudo de doenças crônico-degenerativas como a Hipertensão Arterial (HA) e o *Diabetes Mellitus* (DM) no contexto atual do sistema de saúde no Brasil deve ser referenciado no interior de práticas tecnológicas disponibilizadas no âmbito da atenção à saúde que se denomina de Atenção Básica. Os programas federais de atenção aos portadores dessas patologias (articulados no Sistema Único de Saúde – SUS) têm por pressuposto que o seguimento de rotina dos pacientes deve ser realizado na porta de entrada dos serviços, que atualmente tem como eixo estruturante a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Na perspectiva da problemática do acesso aos serviços tendo como foco a ESF, as dimensões organizacionais e ou funcionais, bem como a cultural, nos parecem ser mais relevantes devido à própria forma de organização dos serviços. Teoricamente, os fatores de impedimento aos serviços referentes às dimensões geográficas e econômico-financeiras não estariam presentes como no caso das unidades básicas de saúde que se fixam no espaço urbano, demandando deslocamentos dos pacientes¹.

Essas doenças, devido ao elevado custo que acarretam às pessoas portadoras e a seus familiares, são hoje um problema de saúde pública que deve ser enfrentado em toda sua magnitude. Afinal, as estimativas da Organização Mundial da Saúde são que em 2025 a população portadora de DM seja de 350 milhões de pessoas no mundo todo. E a estimativa para o Brasil no que se refere à HA é de que 30% da população adulta seja portadora da moléstia²⁻⁴. Os estudos apontam diversidade nas estimativas de prevalências entre municípios estudados, o que torna pertinente para o planejamento em saúde, o conhecimento da realidade local. Além disso, a cobertura da ESF não é homogênea nos municípios brasileiros e muitas vezes atua concomitantemente com o modelo tradicional de atenção básica.

Nesse contexto, este estudo teve como objetivo levantar as prevalências referidas

de HA e DM na Baixada Santista segundo sexo e faixa etária, e descrever características de processo de atendimento dos portadores desses agravos.

Metodologia

Para responder aos objetivos propostos, o presente estudo analisa informações do inquérito domiciliar sobre acesso a serviços de saúde, estudo desenvolvido pelo Instituto de Saúde. Trata-se de um estudo transversal, realizado nos municípios com mais de 100.000 habitantes da Baixada Santista: Cubatão, Guarujá, Praia Grande, Santos e São Vicente, que abrange 84,9% da população da Região Metropolitana. Em 2007, a população coberta pela ESF era em Cubatão 44,6%, Guarujá 8,6%, Praia Grande 62,6%, São Vicente 5,4% e Santos 6,5%.

Com o propósito de comparação de estimativas entre municípios com diferentes modelos de atenção à saúde e análise de questões relacionadas à regionalização, Guarujá e São Vicente foram considerados domínios independentes. Os outros três municípios (Guarujá, Praia Grande e Santos) foram analisados em conjunto.

Utilizou-se no inquérito uma amostra probabilística autoponderada, com sorteio em duas etapas. A primeira etapa consistiu no sorteio de setores censitários em cada domínio: 30 em Cubatão, 40 em São Vicente, 30 no conjunto de Guarujá, Praia Grande e Santos. A segunda etapa foi o sorteio dos domicílios, aplicando a fração de amostragem calculada a partir dos dados do censo 2000⁵.

O tamanho da amostra foi calculado adotando-se uma estimativa de 50% para o parâmetro de interesse P (uso de serviços de saúde nos últimos 15 dias), com um erro de amostragem de 8% e um efeito de delineamento de 2, perfazendo o total de 300 pessoas. Para estudar aspectos relacionados a esse evento, estimado em 20% de ocorrência na população, deveriam ser entrevistadas pelo menos 1.500 pessoas residentes em área urbana, em cada domínio amostral. Considerando os diferentes portes populacionais dos municípios envolvidos,

estimando 20% de taxa de não resposta e introduzindo pesos necessários para cálculos das estimativas, definiu-se para tamanho de amostra 1.506 entrevistas para Cubatão, 2.459 para São Vicente e 2.035 para Guarujá, Praia Grande e Santos, perfazendo o total de 6.000 pessoas. Considerando a razão de 3,14 pessoas por domicílio na Baixada Santista, foi necessário visitar 1.725 domicílios, dos quais em 4,9% deles houve recusa em receber os entrevistadores e 5,6% estavam fechados, após pelo menos três visitas em dias diferentes.

Foram entrevistadas 6.815 pessoas residentes na Baixada Santista, distribuídas entre os municípios de São Vicente (2.663), Cubatão (1.965) e Santos, Guarujá e Praia Grande (2.187) durante o período de março a junho de 2007. A população com 20 anos e mais que participou da pesquisa somou 4.379 indivíduos.

Foram adotadas medidas para controle de qualidade da coleta de dados e digitação, tais como: treinamento dos entrevistadores, reaplicação do inquérito em 5% dos entrevistados, conferência dos questionários e dupla digitação.

Nesse inquérito foram incluídas questões sobre HA e DM, que permitiram estimar a prevalência referida dessas doenças separadamente e, ainda, a prevalência concomitante desses agravos. A descrição dessa prevalência foi analisada por sexo e faixa etária, conforme categorias usadas na literatura. As seguintes questões colocadas para os entrevistados foram extraídas da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD 2003): 'O Sr(a) tem hipertensão?'; se sim, 'Quem fez o diagnóstico?'; 'Quando foi a última vez que mediu a pressão?'; 'O Sr(a) tem diabetes?'; se sim, 'Quem fez o diagnóstico?'; 'Quando foi a última vez que fez exame de sangue por causa da diabetes?'. Quanto à medicação, foi indagado se o indivíduo tomava medicamento para os que referiram hipertensão, e quem o havia prescrito (médico, farmacêutico ou outro).

Para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde dos portadores de HA e DM tomou-se como marco analítico

o próprio Plano de Reorganização da Atenção à HA e DM, que foi implantado pelo Ministério da Saúde⁵ a partir do ano de 2001. Foi investigado o acesso às práticas e procedimentos definidos como básicos para o enfrentamento das morbidades e suas complicações nos serviços do SUS.

Foram utilizados, para a avaliação do acesso, os indicadores propostos por Szwarcwald, Mendonça e Andrade⁶ sobre o período em que a pressão arterial foi aferida pela última vez para portadores de HA e igualmente para o exame de glicemia para portadores de DM, acesso aos medicamentos específicos, participação em grupos educativos, visita domiciliar aos cadastrados no ESF ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e regularidade da consulta médica.

Entre os portadores de HA e ou DM que declararam ser cadastrados em ESF ou PACS da região, analisou-se questões sobre visita domiciliar e orientações recebidas sobre cuidados alimentares, exercício físico e medicamentos, buscando-se, desse modo, analisar o acesso às práticas e procedimentos definidos como básicos especificamente na população coberta pela ESF.

Todas as estimativas e seus respectivos intervalos de confiança (95%) foram calculados considerando-se o delineamento de amostragem complexa, por meio do programa estatístico de análise de dados STATA. Para análise das diferenças das estimativas

de prevalência entre os municípios usou-se o teste de qui-quadrado.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde - SES em 2007, sob o parecer nº 11/97.

Resultados

Neste inquérito, a prevalência de cada uma das morbidades em indivíduos com 20 anos e mais foi aferida por referência do entrevistado. Todos que referiram HA ou DM disseram ter havido confirmação médica. Para o total da população entrevistada não houve diferenças nas prevalências de HA e DM entre as áreas estudadas.

Em relação ao sexo, houve diferença na prevalência de HA. Entre as mulheres, 26,4% (IC-95%: 24,3 – 28,5) referiram ter HA, enquanto entre os homens esse percentual foi de 20,1% (IC-95%: 17,3 – 23,0). Com relação à DM não houve diferença significativa entre os sexos: - 8,3% (IC-95%: 7,0 – 9,6) para as mulheres e 7,1% (IC-95%: 5,6 – 8,7) para os homens.

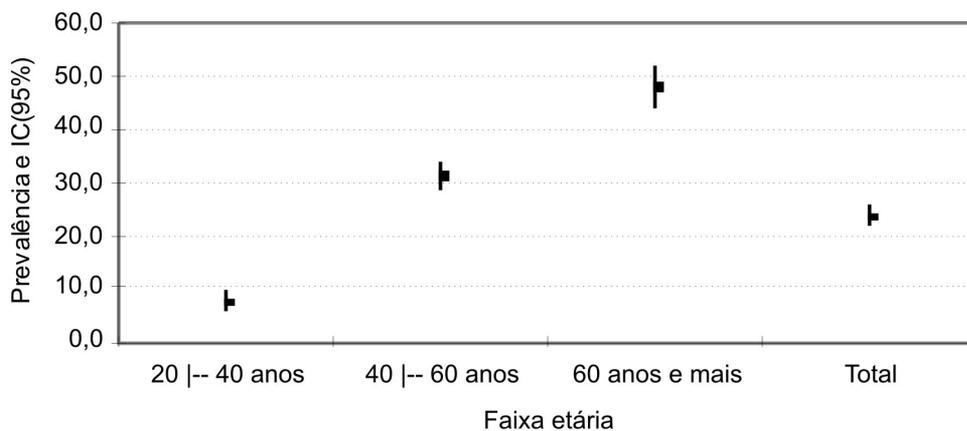
As diferenças mais importantes foram encontradas entre as faixas etárias estudadas. A Figura 2 ilustra o aumento significativo com a idade em ambas as doenças, atingindo 48,2% de HA referida entre as pessoas com 60 anos e mais e 18,4% de DM referida nessa mesma faixa etária.

Entre os respondentes de 20 anos e mais, 4,3% (IC-95%: 3,6 - 5,0) referiram ter os dois

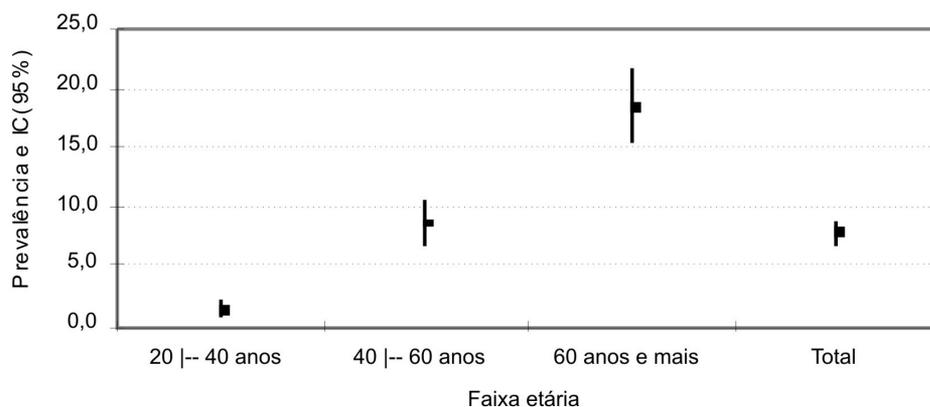
Figura 1 – Prevalência de hipertensão e diabetes em adultos com 20 anos e mais, segundo sexo e faixa etária. Projeto Acesso, 2007.

Figure 1 – Prevalence of hypertension and diabetes in adults, 20 years old and over, according to sex and age. Projeto Acesso, 2007.

	Hipertensão		Diabetes	
	%	IC (95%)	%	IC (95%)
Sexo				
Feminino	26,4	24,3 – 28,5	8,3	7,0 – 9,7
Masculino	20,1	17,5 – 23,1	7,1	5,7 – 8,8
Total	23,7	21,8 – 25,7	7,8	6,8 – 8,9
Faixa etária				
20 -- 40 anos	7,6	5,8 – 9,9	1,5	0,9 – 2,3
40 -- 60 anos	31,1	28,4 – 34,0	8,7	7,0 – 10,7
60 anos e mais	48,2	44,3 – 52,2	18,4	15,5 – 21,6
Total	23,7	21,8 – 25,7	7,8	6,8 – 8,9



Hipertensão



Diabetes

Figura 2 – Prevalência de HA e DM segundo faixa etária. Projeto Acesso, 2007.

Figure 2 – Prevalence of AH and DM according to age group. Projeto Acesso, 2007.

agravos concomitantemente, HA e DM, caracterizando comorbidade.

Em relação à aferição da pressão arterial, 85,3% dos entrevistados que referiram HA mediram a pressão nos últimos 6 meses, 10,4% entre 6 meses e 1 ano e 4,3% há mais de 1 ano.

Quanto aos portadores de DM, 70,2% já realizaram o exame de glicemia mais de uma vez na vida, sendo que 49,6% realizaram pelo menos um exame de sangue nos últimos 6 meses, 26,2% entre 6 meses e um ano e 24,2% há mais de um ano.

Os medicamentos específicos foram prescritos pelo médico para 99,4% dos portadores de HA e adquiridos na farmácia privada (62,8%) ou recebidos no serviço de saúde (42,6%), lembrando que o entrevista-

do, nesta questão, podia optar por mais de uma resposta por se tratar de uma patologia que em geral requer o uso de medicações simultâneas (tais como: vasodilatadores e diuréticos de alça, por exemplo).

Além da prescrição e obtenção do medicamento, neste estudo também se avaliou a frequência do consumo do fármaco pelos pacientes com HA: 79,3% referem ter tomado algum medicamento anti-hipertensivo na última semana. Entre aqueles que não tomaram medicamento na última semana, 27,3% tiveram o esquecimento como a causa principal.

Entre os entrevistados com DM, 75,6% disseram ter tomado medicamento oral no último mês e 18,1% referem ter tomado insulina. O medicamento oral foi obtido

no posto de saúde ou hospital em 57,9% dos que o tomaram, e a insulina foi obtida nesses serviços por 60,0% dos pacientes.

O fato de possuir ou não plano de saúde mostrou-se estatisticamente associado ao modo de obtenção de medicamento oral ou insulina entre os pacientes com DM. A obtenção da insulina em serviços de saúde do SUS se deu em 95,5% dos portadores de DM sem plano de saúde, e em 25,8% dos que declararam possuir plano de saúde ou convênio. É relevante mostrar que, neste inquérito, a cobertura do plano de saúde na Baixada Santista foi de 41,6%.

Outra atividade avaliada neste estudo refere-se à participação dos portadores de HA em grupos educativos. Verificou-se que 93,4% não participavam desta atividade até o momento da coleta. Proporção semelhante foi encontrada entre os que se declararam portadores de DM, 90,7%. Não houve diferenças entre as pessoas que possuíam ou não planos de saúde.

Em relação à procura regular por consulta médica, a proporção entre quem possui e não possui plano de saúde se mostrou semelhante. Entre os portadores de HA,

68,8% procuram regularmente o médico; entre os portadores de DM esse percentual sobe para 76,9%. O motivo mais freqüente para a não procura de consulta de rotina é semelhante para os portadores de ambas as patologias: 61,6% (HA) e 61,1% (DM) não o fazem por entenderem que é desnecessário.

Procurou-se analisar também as atitudes dos portadores de HA e DM em relação à alimentação e outros cuidados específicos adotados frente ao seu problema de saúde, com os resultados mostrados na Figura 4.

No que se refere aos portadores de HA, a dieta é relacionada ao controle e restrição de sal, e em relação aos portadores de DM é referente a restrição dos açúcares e carboidratos e ao consumo de produtos dietéticos. Ainda em relação aos portadores de DM, 2,3% dos mesmos só utilizam insulina quando os problemas se manifestam (os dados da Figura 4 referem-se à medicação oral).

Chama a atenção na Figura 4 que os cuidados com relação à atividade física regular e ao controle de peso são os mais negligenciados pela população estudada.

Entre os portadores de HA entrevistados 17,4% estão cadastrados no ESF e 7%

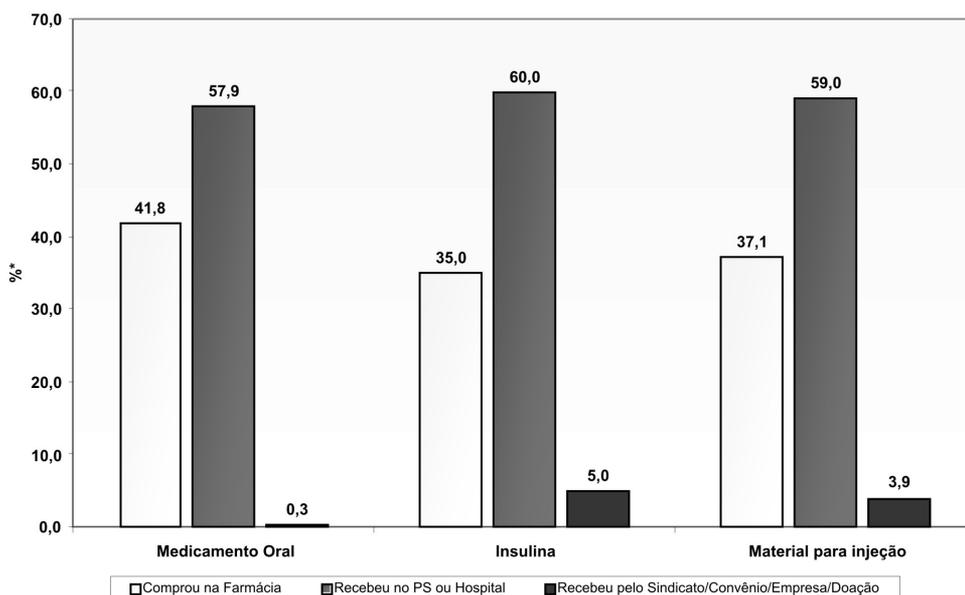


Figura 3 – Percentual de como os entrevistados com DM adquiriram medicamentos e insumos. Projeto Acesso, 2007.

Figure 3 – Percent distribution of how interviewees with DM obtained medication and input. Projeto Acesso, 2007.

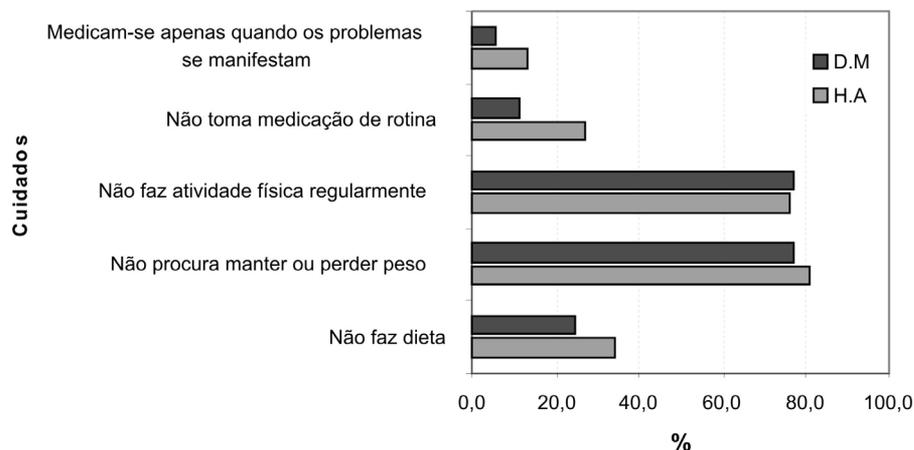


Figura 4 – Cuidados específicos negligenciados pelos portadores de DM e HA. Projeto Acesso, 2007.

Figure 4 – Specific care neglected by individuals with DM and AH. Projeto Acesso, 2007.

no PACS. Destes, 78% não recebiam visitas regulares da ESF e 92,5% do PACS.

Entre os portadores de DM, os números são 20% e 9,1% cadastrados respectivamente no ESF e no PACS. Entre eles, 78,8% não recebiam regularmente as visitas do ESF e 87,5% do PACS.

Discussão

O inquérito domiciliar representa importante fonte de informação para planejamento em saúde, principalmente para aferição de prevalência de doenças crônicas, bem como a procura e o uso desses serviços. Para levantar os indicadores de doenças crônicas, o presente estudo utilizou-se da informação de morbidade referida, estratégia usada por grandes inquéritos, como a PNAD e Inquérito Mundial da Saúde conduzido pela Organização Mundial de Saúde. Apesar de fornecer indicadores menos precisos que as pesquisas que envolvem consulta clínica, acarretou menor custo operacional^{7,8}.

Inquéritos de prevalência referida de HA e DM realizados no Brasil mostram que há diferenças de incidência entre os municípios. O Inquérito de Saúde de São Paulo – ISA Capital, realizado em 2003, registra prevalências de HA e DM em maiores de 20 anos de 16,7% e 4,7% respectivamente,

inferiores aos dados encontrados na Baixada Santista. Segundo o documento da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁴, em 2006 a prevalência global de hipertensão entre homens é de 26,6% e entre as mulheres de 26,1%. Na literatura mundial encontramos relatos de taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década.

Os resultados apresentados foram analisados a partir da própria legislação do SUS no que tange à atenção básica de saúde^{3,5,9,10}. De forma geral o que pudemos verificar é que houve uma distância muito grande entre o que é preconizado pela legislação e o que de fato ocorre na atenção aos portadores dessas patologias.

Em relação ao exame de glicemia, a maioria dos pacientes realizou o exame. Entretanto, quando analisamos nos últimos 6 meses o indicador diminuiu para apenas 49,6%. A Programação Pactuada e Integrada (PPI)⁹ recomenda 4 exames de glicemia paciente/ano e 2 exames paciente/ano de hemoglobina glicosilada.

A aferição da pressão arterial com regularidade pode ser tomada como um importante indicador de qualidade na Atenção Básica, entretanto na Baixada Santista há ainda pacientes que não tem uma

regularidade na aferição da pressão arterial, sugerindo o não cumprimento da PPI⁹ em sua totalidade, cujo compromisso é que o paciente hipertenso tenha 6 consultas de enfermagem/ano e 2 consultas médicas/ano, oportunidades em que o paciente pode medir sua pressão.

Esta é uma manifestação da grande distância entre o que está normatizado e o “executar a ação”, pois consideramos que a aferição da pressão arterial e a mensuração da glicemia são procedimentos fundamentais para o acompanhamento desses agravos; portanto, há uma necessidade iminente de adequação rigorosa dos serviços de atenção básica no cumprimento dessa atividade⁹.

Outro dado encontrado nesse estudo, e visto de forma positiva, é o número expressivo de pacientes que utilizam o medicamento prescrito pelo médico. Este fato demonstra que o acesso aos medicamentos via serviços de saúde pode estar mais fácil para a população, que até bem pouco tempo vinha procurando esse cuidado nas farmácias de seu bairro.

Com relação à aquisição do medicamento prescrito, a maioria dos pacientes tem acesso ao medicamento pelo setor público, porém há que se considerar que nem todos os prescritos estão disponíveis na rede, e grande parte ainda tem de comprar o medicamento em farmácias, o que leva a um gasto importante de sua renda com a saúde. Soma-se a essa condição a necessidade de esses pacientes estarem tomando vários medicamentos para as co-morbidades e complicações, fazendo com que aumente o número de itens a serem comprados.

Especificamente nos portadores de DM, essa pesquisa verificou que a maioria dos dependentes de insulina adquire o produto nos serviços do SUS (95,5% dos que não possuem plano de saúde). Esse é um dado que demonstra avanço importante na atenção aos portadores dessa patologia, pois além da droga em si, existe o gasto com outros insumos como seringa, agulhas e fitas reagentes. No Brasil, gastos com esses insumos representam 35,6% do salário mínimo e acrescidos da insulina e fitas reagen-

tes, alcança-se até 70% do salário mínimo em gastos para o controle metabólico¹¹. O alto custo do medicamento não obtido em serviços públicos pode ser um importante motivo da não adesão ao tratamento¹².

Além de dificuldades na aquisição do medicamento e o esquecimento, outros motivos para a não adesão ao tratamento foram apontados pelos entrevistados. Cerca de 25% dos portadores de HA não fizeram uso de medicamento prescrito na última semana. Estudo sobre adesão ao tratamento do paciente hipertenso mostra que quanto maior o tempo de conhecimento da doença, mais o paciente deixava de tomar o fármaco, chegando a 50% de abandono do medicamento após 6 meses de conhecimento da doença¹³.

Atividades educativas nos serviços de saúde podem ajudar na adesão dos pacientes ao tratamento, apesar de praticamente inexistente entre os pacientes cadastrados no ESF. Esse tipo de cuidado é recomendado pelas sociedades brasileiras de cardiologia e de diabetes como sendo essencial para que o tratamento dessas doenças seja mais efetivo^{2,14}.

A PPI⁹, que é um documento norteador da assistência à saúde, recomenda pelo menos 6 atividades educativas para grupos de até 15 pacientes/ano. Além disso, nos programas que têm a saúde da família como modelo de atenção (ESF e PACS), a formação de grupos nos agravos como DM e HA é considerada uma de suas mais importantes diretrizes.

As ações de promoção de saúde visam colaborar no padrão das mudanças de atitudes das pessoas. Os dados desse estudo sobre os cuidados negligenciados indicam um déficit na atenção integral à saúde dos programas de assistência aos portadores de DM e HA.

Em relação às visitas domiciliares, os resultados são alarmantes, pois nos dois programas ESF e PACS dos municípios estudados, os pacientes portadores de DM e/ou HA que não recebem visitas regulares dos profissionais chegam a 78%, e no caso específico dos portadores de HA no PACS a 92%.

Esse resultado provavelmente se reflete nos números deficitários apresentados quanto aos cuidados pessoais para manutenção do peso, do desenvolvimento de atividades físicas, dietas e uso da medicação. Em outro estudo sobre atenção primária ao diabetes, no sul do país, também se encontrou percentuais parecidos no que se refere à medicação, 10% não faziam nenhum tipo de tratamento¹⁵, e em nosso estudo este percentual é de 11%. Apesar de ser maior que na Baixada Santista, também no sul do Brasil verificou-se baixa adesão às dietas e exercícios físicos entre os diabéticos. Neste caso, porém, o número de consultas anuais estava dentro do preconizado pelo protocolo do programa.

Conclusão

De maneira geral, os resultados apresentados não avalizam a estratégia de implementação da atenção básica, por intermédio da Saúde da Família e dos agentes comunitários. Ações elementares de controle e seguimento dos pacientes não são levadas a cabo de maneira rotineira. O dado mais surpreendente de visitas não realizadas pelas equipes aos pacientes entrevistados demonstra uma séria lacuna na estruturação do programa e consequentemente na sua eficácia.

Os esforços pela mudança do modelo de atenção, tendendo do hospitalocêntrico e medicalizante para a atenção primária centrada em equipes multidisciplinares é uma realidade que tem no governo federal seu principal incentivador e indutor. A instituição do Programa de Atenção Básica, associado à hoje chamada Estratégia de Saúde da Família e ao PACS, é a tentativa de ampliação da atenção básica, não somente nos municípios do Nordeste, mas também nos de pequeno porte das demais regiões e

que tenham apenas serviços de baixa complexidade instalados¹⁶.

Entretanto, em municípios com maior capacidade instalada, como o caso da região da Baixada Santista, pode estar ocorrendo o que foi detectado em outros lugares: *A implementação e gestão da rede de atendimento básico, se bem coordenada e induzida centralmente, foi delegada de fato aos municípios, provocando não só inovações, mas alguns efeitos perversos nos demais níveis do sistema, como é o caso daqueles municípios que possuem uma rede de serviços mais complexa. Nesses municípios, a dificuldade é reestruturar os investimentos locais em saúde para uma progressiva e necessária mudança do modelo assistencial*¹⁷.

A atenção básica no escopo geral do SUS é, ou deveria ser, o foco central da preocupação tanto dos investimentos financeiros quanto de orientação técnica e organização da atenção à saúde. A ESF, devido à sua maior capilaridade e mobilidade da equipe de atenção teria de estar mais presente nas situações estudadas na Baixada Santista, porém não foi o que encontramos principalmente no quesito visitas domiciliares aos portadores de hipertensão e diabetes. É urgente repensar essa estratégia para que cumpra suas funções primordiais, que é estar na casa das pessoas, principalmente daquelas com patologias crônicas com possibilidades de agravamento do quadro mórbido. Pois, ao contrário do que possa parecer, nessa forma de organização da atenção ocorre “o reconhecimento da complexidade dos processos de atenção à saúde em todos os níveis; a garantia da atenção integral e de boa qualidade à população, por meio de ações articuladas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação” a partir da “garantia de acesso a todos serviços de atenção necessários”¹⁷.

Referencias

1. Escuder MMLE, Monteiro PHN, Pupo LR. Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista. In Pupo LR, Monteiro PHN. *Considerações teóricas sobre acesso*. Temas de Saúde Coletiva nº8 do Instituto de Saúde: São Paulo; 2009.
2. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. *IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. Campos do Jordão (São Paulo); 2002.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica – Diabetes série A n16*. Brasília; 2006.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. Campos do Jordão (São Paulo); 2006.
5. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus* 2001: 2-104.
6. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006, 11(3): 643-55.
7. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Jr PRB de. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(1): 73-81.
8. Haapanen N, Miilunpalo S, Pasanen M, Oja P, Vuori I. Agreement between questionnaire data and medical records of chronic diseases in middle-aged and elderly finnish men and women. *Am J Epidemiol* 1997; 145(8): 762-9.
9. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, Coordenação e Programação da Assistência. *Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde*. 2006; *Série Pactos pela Saúde* 5 (2): 7-152.
10. Brasil. Portaria Nº 648/GM. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 28 de março de 2006.
11. Teixeira C R de S, Zanetti M L, Ribeiro K P. Reutilização de seringas descartáveis: frequência e custos para administração de insulina no domicílio. *Rev Latin-am Enferm* 2001; 9 (5): 47-54.
12. Garcia MAA, Yagi GH, Souza CS, Odoni APC, Frigério RM, Merlin SS. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Rev Latin-am Enferm* [periódico na internet] 2006 mar-abr (2): 175-82. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a05.pdf> [Acessado em 07 de dezembro de 2007]
13. Santos ZM de AS, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do paciente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Revista Texto & Contexto* 2008 [periódico internet] Disponível em: www.textocontexto.ufsc.br/include/getdoc.php?id=148&article=55&mode=pdf [Acessado em 31 de janeiro de 2008]
14. Sociedade Brasileira de Diabetes. Estimativa da População Diabética Brasileira: *O Censo de diabetes 2006*. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/imprensa/estatisticas/documents/calculo_dibeticos.swf [Acessado em 11 de novembro de 2007]
15. Assunção M C F, Santos I da S dos, Gigante D P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(1): 88-95.
16. Bodstein, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(3): 401-12.
17. Heimann, LS; Mendonça. MH. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In Lima, Nísia Trindade (org.). *Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Recebido em: 18/09/09

Versão final reapresentada em: 04/05/10

Aprovado em: 09/06/10