

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**PAULA PEIXOTO MESSIAS BARRETO**

**ACESSIBILIDADE À ATENÇÃO BÁSICA POR TRABALHADORES  
INFORMAIS DO COMÉRCIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**JEQUIÉ-BA  
2014**

**PAULA PEIXOTO MESSIAS BARRETO**

**ACESSIBILIDADE À ATENÇÃO BÁSICA POR TRABALHADORES  
INFORMAIS DO COMÉRCIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Adriana Alves Nery

**JEQUIÉ-BA  
2014**

B264 Barreto, Paula Peixoto Messias.

Acessibilidade à atenção por trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial/  
Paula Peixoto Messias Barreto.- Jequié, 2014.

97f.: il.; 30cm

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Adriana  
Alves Nery)

1. Acessibilidade aos serviços de saúde 2. Trabalhos informais 3. Hipertensão I. Nery, Adriana  
Alves. II. Título

CDD – 362.1062

## FOLHA DE APROVAÇÃO

BARRETO, Paula Peixoto Messias. **Acessibilidade a Atenção Básica por Trabalhadores Informais do Comércio com Hipertensão Arterial**. 2014. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

### BANCA EXAMINADORA



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriana Alves Nery  
Orientadora e presidente da banca examinadora  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Pereira Fernandes  
Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho  
Universidade Federal da Bahia - UFBA



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Roseanne Montargil Rocha  
Universidade Estadual de Santa Cruz-UESC

Jequié, BA, 04 de dezembro de 2014.

A ***minha Família***, em especial, a minha avó Vanda, minha mãe Deda, meu esposo Henrique e meu afilhado Enzo.

A ***minha orientadora Adriana Alves Nery*** e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Aos ***Trabalhadores Informais do Comércio*** que desenvolvem suas atividades laborais no Centro de Abastecimento Vicente Grilo.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela oportunidade de viver e realizar meus sonhos, pela sua imensa proteção em cada momento de minha vida.

A **Nossa Senhora**, pela presença constante, me dando forças espirituais para vencer nos momentos difíceis e paz para seguir em frente.

A **minha mãe**, Deda, pelo exemplo de dedicação ao trabalho e esforço em prover minha educação.

A **Henrique**, por estar ao meu lado me incentivando a lutar pela realização dos meus sonhos, me apoiando e comemorando cada vitória alcançada!

A **minha família**, em especial minha avó Vanda, meu irmão Danilo e sua esposa Hosana, meu tio Ednaldo e sua família, meu padrinho Edvaldo, minha madrinha Fátima e meus primos Hille e Aislan, pelo apoio e pelo afeto.

Aos meus pequenos **Enzo e Mell**, pelos seus sorrisos que têm a capacidade de tornar minha vida mais leve e trazer paz ao meu coração.

A **Adriana Alves Nery**, minha orientadora, a quem agradeço imensamente pelos momentos compartilhados, pelo apoio, pela cobrança e, sobretudo, pela confiança durante o desenvolvimento desta dissertação. Levo deste convívio o sentimento de ter alcançado um amadurecimento e crescimento profissional. Muito obrigada Pró!

Aos **Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde** pela dedicação e o compromisso com o Mestrado.

Aos **colegas**, por cada momento que passamos juntos. Ficaré o aprendizado, as boas lembranças, a saudade, e, sobretudo, os laços de amizade.

Às professoras **Rita Fernandes e Roseanne Montargil**, que tão gentilmente aceitaram participar da banca examinadora trazendo contribuições a este estudo.

A **Marcela Rios**, por ter desenvolvido a primeira etapa da pesquisa “*Condições Laborais e de Saúde de Trabalhadores Informais do Comércio*” e pela gentileza.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela concessão de bolsa no primeiro ano deste mestrado.

Aos **Trabalhadores Informais do Comércio**, por terem participado deste estudo e para os quais espero em breve trazer contribuições.

**Enfim, a todos que contribuíram para esta grande conquista na minha vida e na minha carreira profissional! OBRIGADA!**

*Vocês que fazem parte dessa massa  
Que passa nos projetos do futuro  
É duro tanto ter que caminhar  
E dar muito mais do que receber*

*E ter que demonstrar sua coragem  
À margem do que possa parecer  
E ver que toda essa engrenagem  
Já sente a ferrugem lhe comer*

*Êh, ô, ô, vida de gado  
Povo marcado  
Êh, povo feliz!*

*Lá fora faz um tempo confortável  
A vigilância cuida do normal  
Os automóveis ouvem a notícia  
Os homens a publicam no jornal*

*E correm através da madrugada  
A única velhice que chegou  
Demoram-se na beira da estrada  
E passam a contar o que sobrou!*

*Êh, ô, ô, vida de gado  
Povo marcado  
Êh, povo feliz!*

*O povo foge da ignorância  
Apesar de viver tão perto dela  
E sonham com melhores tempos idos  
Contemplam esta vida numa cela*

*Esperam nova possibilidade  
De verem esse mundo se acabar  
A arca de Noé, o dirigível  
Não voam, nem se pode flutuar*

*Êh, ô, ô, vida de gado  
Povo marcado  
Êh, povo feliz!*

*(Admirável Gado Novo - Zé Ramalho)*

*Assim eu concluí que nada é melhor para o homem  
do que alegrar-se e procurar o bem-estar durante sua vida;  
e que comer, beber e gozar do fruto de seu trabalho é um dom de Deus.  
(Eclesiastes, 3, 12-13)*



BARRETO. Paula Peixoto Messias. **Acessibilidade a Atenção Básica por Trabalhadores Informais do Comércio com Hipertensão Arterial**. 2014. 103 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié-BA. 2014.

## RESUMO

A inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho informal pode resultar em situação de vulnerabilidade do ponto de vista da saúde, uma vez que, apesar de os trabalhadores informais do comércio estarem entre os grupos que apresentam uma pior condição de saúde entre os adultos brasileiros, os mesmos buscam menos e recebem menos assistência, quando comparados aos trabalhadores do mercado de trabalho formal. Diante disso, este estudo teve como objetivo geral analisar a dinâmica de acessibilidade de trabalhadores informais do comércio do município de Jequié – BA – à atenção básica para o cuidado longitudinal da hipertensão arterial. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado no Centro de Abastecimento Vicente Grilo, mercado público do município de Jequié que comporta 1.404 unidades comerciais distribuídas em 11 setores comerciais. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. A análise foi realizada pela técnica de análise de conteúdo de Bardin, modalidade temática. Os participantes do estudo foram 18 trabalhadores informais do comércio, na maioria homens (10), com idade entre 30 e 60 anos (15), de raça/cor parda (10), casados (11), que não concluíram o ensino fundamental (11), atuam como ambulantes (03), camelôs (07) e feirantes (08), e ganham em média um valor mensal de R\$ 698,33 na atividade desenvolvida no comércio informal, que é a principal renda familiar da maioria (17). Em relação às condições de saúde, declararam serem portadores de comorbidades (16) e ter procurado por serviços de saúde, no ano de 2013 (13). Os resultados apontam que os trabalhadores informais do comércio veem a hipertensão arterial como doença causada pelo consumo de alimentação hipersódica e hipercalórica, que pode sofrer alterações a partir de problemas emocionais, que causa problemas de ordem física, e que é passível de controle por meio do uso de medicamentos e alimentação saudável, havendo ainda aqueles que desconhecem a doença. Em relação à procura por serviços de saúde, apresentam um comportamento diversificado, procurando-os de forma periódica ou apenas mediante sinais e sintomas de doenças, procurando ainda outras alternativas assistenciais, ou não procurando serviços de saúde. No que tange a dinâmica de acessibilidade aos serviços de saúde, foram evidenciadas facilidades e dificuldades de acesso aos mesmos. Conclui-se que são necessários investimentos em torno da educação em saúde envolvendo a hipertensão arterial, além de esforços para aumentar a conscientização sobre as necessidades e os benefícios do acompanhamento regular da saúde e do tratamento e controle da doença, além do desenvolvimento de práticas de planejamento e gestão da atenção à saúde dos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial, com vistas à garantia do acesso à saúde e ao cuidado longitudinal na atenção básica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Trabalhadores Informais; Hipertensão.

BARRETO. Paula Peixoto Messias. **Primary Care Accessibility for Informal Trade Workers with Hypertension.** 2014. 103 f. Thesis [MA]. Post-Graduation Program in Nursing and Health, State University of Southwest of Bahia. Jequié-BA. 2014.

### ABSTRACT

The inclusion of workers in the informal labor market can result in vulnerable situations from the point of view of health, since although the informal trade workers are among the groups that have a poor health among Brazilian adults, they seek less and receive less care when compared to workers of the formal labor market. Therefore, this study aimed to analyze the dynamics of accessibility of informal trade workers in the municipality of Jequié – Bahia – to basic care for longitudinal care of hypertension. This is a descriptive, exploratory study, with qualitative approach, performed at the Supply Center Vicente Grilo, public market in the municipality of Jequié, comprising 1,404 commercial units distributed in 11 business sectors. The technique of data collection was semi-structured interview. The analysis was performed using the technique of thematic content analysis of Bardin. Study participants were 18 informal trade workers, mostly men (10), aged between 30 and 60 years (15), race mulatto (10), married (11) who have not completed elementary school (11), work as street dwellers (03), street vendors (07) and stallholders (08) and earn monthly an average of R \$ 698.33 in the informal trade activity which is the main family income for the majority (17). Regarding health conditions, they referred suffering from comorbidities (08) and have looked for health services in the year 2013 (13). The results indicate that informal trade workers see hypertension as a disease caused by the consumption of high salt and high calorie food, which may change from emotional problems, causes physical problems, and is amenable to control through drug use and eating healthy, there are still those who are unaware of the disease. Regarding demand for healthcare services, they have a diverse behavior, looking for them on a regular basis or only due to signs and symptoms of diseases, looking for other care alternatives, or not seeking health services. Regarding the dynamics of accessibility to health care, facilities and difficulties were highlighted. It is concluded that investments on health education involving high blood pressure, besides efforts to raise awareness about the needs and benefits of regular monitoring of health, the treatment and control of the disease and the development of planning and management practices of health care for workers in informal trade with arterial hypertension are needed, with a view to ensure access to health and longitudinal care in primary care.

**KEYWORDS:** Health Services Accessibility; Workers; Hypertension

## LISTA DE SIGLAS

BA	Bahia
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAVG	Centro de Abastecimento Vicente Grilo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
mmHg	Milímetros de mercúrio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPGES	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
S	Setor
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Trabalhador Informal do Comércio
T	Trabalhador
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
%	Porcentagem
≥	Maior ou igual a
=	Igual a

## LISTA DE FIGURAS

### Manuscrito 1:

**Tabela 01** Características sociodemográficas dos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial. Jequié/BA, 2014. 38

**Tabela 02** Características ocupacionais dos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial. Jequié/BA, 2014. 39

### Manuscrito 2:

**Tabela 01** Características sociodemográficas e de saúde de trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial. Jequié/BA, 2014. 54

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	14
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	17
2.1	ABORDAGEM CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	17
2.2	MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E O ACOMPANHAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA	19
2.3	ACESSIBILIDADE DOS USUÁRIOS À ATENÇÃO BÁSICA	21
2.4	TRABALHADOR INFORMAL E ACESSIBILIDADE A SERVIÇOS DE SAÚDE	24
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b>	26
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	26
3.2	CAMPO E CENÁRIO DA PESQUISA	26
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	27
3.4	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	29
3.5	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	30
3.6	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	31
3.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	32
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	33
4.1	MANUSCRITO 1: Conhecimento da hipertensão arterial entre trabalhadores informais do comércio	34
4.2	MANUSCRITO 2: Hipertensão arterial: (des)caminhos dos trabalhadores informais na busca pelos serviços de saúde	50
4.3	MANUSCRITO 3: Acessibilidade a serviços de saúde por trabalhadores informais do comércio	64
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	79
	<b>REFERÊNCIAS</b>	81
	<b>APÊNDICES</b>	90
	<b>ANEXOS</b>	93

## 1 INTRODUÇÃO

Enquanto profissional da enfermagem, tive a oportunidade de realizar uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família na cidade de Salvador, na qual pude atuar durante dois anos na gestão e oferta do cuidado a usuários com diagnóstico de hipertensão arterial da área de abrangência de uma unidade de saúde de atenção básica. Nesta vivência, pude desenvolver ações da Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial, que vão desde a prevenção da doença até o acompanhamento do usuário em processo de tratamento e o da sua família.

Essa experiência me fez iniciar uma aproximação prática e teórica com a temática das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Assim, ao ser aprovada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) com o objeto de estudo voltado para as DCNT, tive conhecimento do projeto de pesquisa intitulado “Condições Laborais e de Saúde de Trabalhadores Informais do Comércio” que vem sendo desenvolvido por docentes e mestrandos do PPGES da UESB desde o ano de 2013.

Tal estudo, que tem como objetivo geral analisar as condições laborais e de saúde dos trabalhadores informais do comércio do município de Jequié – BA –, pesquisou as condições de saúde, informações sociodemográficas, ocupacionais, condições de trabalho e aspectos referentes a acidentes de trabalho envolvendo esta população específica.

Ao ter acesso ao banco de dados dessa pesquisa, pude verificar que, entre as condições de saúde dos trabalhadores informais do comércio estudados, os números referentes à hipertensão arterial autorreferida apresentaram grande relevância para meu campo de estudo. Da amostra de 434 participantes da pesquisa, 97 autorreferiram hipertensão arterial, indicando uma prevalência de hipertensão autorreferida de 22,4% na população estudada, sendo este dado entendido, portanto, como um sinalizador da percepção/condição de saúde-doença daquela população a ser investigada.

Cabe ressaltar que a hipertensão arterial é um problema global de saúde pública que contribui diretamente para a carga de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, mortes prematuras e incapacidade. É a causa de pelo menos 45% das mortes por doenças do coração e 51% das mortes por acidente vascular cerebral, em todo o mundo. A detecção precoce, o estabelecimento do tratamento adequado e o controle dessa doença são medidas de grande importância do ponto de vista sanitário e econômico, tendo em

vista que o tratamento das complicações por ela geradas inclui intervenções economicamente dispendiosas para governos e indivíduos (OMS, 2013a).

Isso evidencia uma necessidade de maiores intervenções do setor saúde junto à população com a finalidade de desenvolver ações de educação em saúde acerca do significado da hipertensão arterial, sua condição crônica e os riscos de complicações quando não tratada (CONTIERO et al., 2009). É necessário, ainda, o rastreamento dessa doença para o estabelecimento do seu diagnóstico e tratamento oportuno, como também a busca ativa de indivíduos faltosos, ou em abandono do acompanhamento da hipertensão arterial, nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, tem-se observado que ações de enfrentamento das DCNT, dentre as quais a hipertensão arterial, vêm sendo adotadas pelo setor saúde no Brasil e já alcançam resultados positivos. Duncan et al. (2012) afirmam que medidas de enfrentamento voltadas predominantemente ao controle do fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool tem surtido efeitos positivos sobre as DCNT. Ainda de acordo aos autores, por consequência de tais medidas o número de portadores de DCNT que requer atendimento na rede de atenção à saúde tende a aumentar, demandando assim uma maior necessidade de organizar, qualificar e ampliar o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, é dada à atenção básica, porta de entrada preferencial do sistema de saúde, o desafio de acolher e vincular esses usuários proporcionando-lhes as condições necessárias para o desenvolvimento de um plano de cuidados longitudinal que seja capaz de gerar respostas positivas referentes ao controle da hipertensão arterial e à prevenção de complicações por ela geradas. No entanto, para Guedes et al. (2011) problemáticas voltadas ao acesso a serviços de saúde têm constituído barreiras encontradas pelas pessoas hipertensas para a adesão ao tratamento e controle dos níveis pressóricos.

Essa situação é corroborada pelas ideias de Mendes et al. (2012), quando apontam que a estratégia de reorientação do modelo de saúde a partir da atenção básica precisa avançar, tendo ainda um caminho a percorrer para garantir uma maior acessibilidade da população e maior qualificação da atenção à saúde.

Diante do exposto, são apresentadas as seguintes questões norteadoras do estudo: Como ocorre a dinâmica de acessibilidade de trabalhadores informais do comércio à atenção básica para o cuidado longitudinal da hipertensão arterial? Quais as facilidades e dificuldades na acessibilidade à atenção básica para o cuidado longitudinal da hipertensão arterial?

Partindo dos questionamentos expostos, o objetivo geral deste estudo é: analisar a dinâmica de acessibilidade de trabalhadores informais do comércio do município de Jequié à atenção básica para o cuidado longitudinal da hipertensão arterial. E os seus objetivos específicos são:

- Caracterizar a população estudada quanto às variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de condição de saúde;
- Identificar as facilidades e/ou dificuldades encontradas pelos trabalhadores informais do comércio do município de Jequié na acessibilidade à atenção básica para o cuidado longitudinal da hipertensão arterial.

Acredita-se que a realização de uma pesquisa desta natureza elabora novos conhecimentos acerca da dinâmica da acessibilidade dos trabalhadores informais do comércio aos serviços de saúde, para fins de subsidiar a adoção de ações de promoção, prevenção e acompanhamento/tratamento da hipertensão arterial sistêmica, evidenciando os avanços e entraves desse processo.

O estudo pode contribuir, ainda, com o despertar de um novo olhar por parte dos formuladores de políticas públicas, gestores e profissionais de saúde a respeito do planejamento e dinâmica de oferta de serviços voltados à assistência à saúde dos trabalhadores informais do comércio, em especial, daqueles com diagnóstico de hipertensão arterial.

Salienta-se que ainda são poucos os estudos envolvendo aspectos relacionados à saúde dos trabalhadores informais. Destarte, em consulta à base de dados eletrônicos por periódicos indexados, constatou-se a existência de uma lacuna nas publicações que versam sobre o tema a ser pesquisado, o que torna relevante que pesquisadores atuem na produção do conhecimento envolvendo esse contexto.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ABORDAGEM CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial que apresenta uma alta prevalência e baixas taxas de controle. A linha demarcatória que define hipertensão em indivíduos acima dos 18 anos considera valores de pressão arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou diastólica  $\geq 90$  mmHg, devendo o diagnóstico desta doença ser realizado mediante a medida da pressão arterial com métodos e condições apropriadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Uma vez diagnosticada, seu tratamento baseia-se em medidas que dizem respeito à modificação do estilo de vida, bem como, a associação destas ao uso de medicamentos anti-hipertensivos. No entanto, ressalta-se que a prevenção ainda é o meio mais eficiente para combater esta doença. As principais medidas preventivas são a redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, a prática de exercícios físicos com regularidade, a não-utilização de drogas que elevam a pressão arterial e o não-tabagismo, dentre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

No Brasil, os dados de prevalência da hipertensão arterial são elevados. Em 2006, um estudo de base populacional evidenciou uma prevalência de hipertensão autorreferida de 21,6%, estimando haver no país, um total de 25.690.145 adultos com hipertensão arterial (SCHMIDT et al., 2009). Em 2007, a prevalência da hipertensão arterial autorreferida no país chegou a 23,4% (MOURA, et al., 2011). Já no ano de 2008, os números giraram em torno de 23,1% (MURARO et al., 2013). As pesquisas apontam ainda que a prevalência da hipertensão arterial é ligeiramente maior entre a população feminina (SCHMIDT et al., 2009; MOURA et al., 2011; MALTA et al., 2012; MURARO et al., 2013).

No contexto global, estima-se que um em cada três adultos no planeta tenha hipertensão arterial (OMS, 2012). Esta doença afeta de forma mais prevalente os países de baixa e média renda, onde o número de hipertensos sem diagnóstico, tratamento ou controle

da doença também é maior. O aumento da prevalência de hipertensão é atribuído ao crescimento e envelhecimento populacional e a fatores de risco relacionados ao comportamento da população, como alimentação inadequada, uso nocivo de álcool, inatividade física, excesso de peso ou à exposição prolongada ao stress (OMS, 2013a).

Além de apresentar um impacto negativo na qualidade de vida da população, a hipertensão arterial é um dos fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, doenças estas que fazem parte do grupo das DCNT (CARVALHO et al., 2013). Estas últimas são doenças de longa duração e progressão geralmente lenta. As mesmas são identificadas como a principal causa de morte no mundo. Mais de 36 milhões de pessoas morrem a cada ano em decorrência de DCNT, sendo que cerca de 80% de tais mortes ocorrem em países de baixa e média renda (OMS, 2013b).

No Brasil, tais doenças têm gerado um elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, além de ocasionar impactos econômicos negativos para famílias, comunidades e a sociedade em geral, resultando no agravamento das iniquidades sociais e da pobreza (BRASIL, 2011a). Na Bahia, o Relatório de Situação de Saúde de 2011 aponta que no período de 1996 a 2009, foi detectada uma tendência de aumento das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, por tratar-se de uma doença crônica, multifatorial e com grande potencial de risco para doenças cardiovasculares, torna-se mandatória a necessidade de uma tecnologia de cuidado direcionado à hipertensão arterial. Esta tecnologia deve ser capaz de atuar evitando desde o seu surgimento, por meio das ações de promoção da saúde e prevenção, até a sua progressão, o agravamento e as possíveis complicações, por meio das ações de controle (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

Sabe-se, porém, que para possibilitar o provimento do cuidado ao usuário com hipertensão arterial, preferencialmente na atenção básica, é preciso garantir que o mesmo tenha acesso a serviços de saúde desta natureza para que haja o estabelecimento de um processo de cuidado longitudinal, permeado pelo acolhimento, vínculo e corresponsabilização (LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013).

Aponta-se ainda como desafio para o sistema de saúde a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como hipertensos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e prevenção de DCNT (LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012). No entanto, acredita-se que para fazer frente a tal desafio serão necessárias mudanças no cenário sanitário brasileiro, principalmente no que diz respeito à implementação de

modelos assistenciais alternativos que possam responder de forma mais adequada às necessidades de saúde da população.

## 2.2 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E O ACOMPANHAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto do Movimento Sanitário Brasileiro, intenso movimento de luta pela democratização e universalização da saúde no Brasil durante as décadas de 70 e 80, e trouxe consigo as bases político-ideológicas da Reforma Sanitária. Este movimento teve à frente sanitaristas, gestores e políticos, comprometidos com a reforma do sistema de saúde brasileiro.

Foi criado pela Constituição Federal de 1988, que instituiu o direito universal à saúde no Brasil. Seu arcabouço jurídico está contido nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080 e 8.142 de 1990, que o apontam como uma política de Estado, de natureza pública, descentralizado e organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas em todo o território nacional, obedecendo a princípios de universalidade do acesso, integralidade da assistência, equidade e participação da comunidade (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A partir da criação do SUS, a saúde deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para fins de sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Tornando-se mandatória a implementação de modelos assistenciais em consonância com a proposta reformista.

Modelos de atenção à saúde, logo, podem ser compreendidos como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e atendimento de necessidades de saúde, no campo individual e coletivo (PAIM, 2008). Na arena sanitária brasileira os modelos de atenção hegemônico e alternativos dividem espaço e travam constante disputa influenciando diretamente os modos de agir e os processos de trabalho em saúde. Assim, na busca pela superação do agir em saúde com base nos modelos hegemônicos, que já demonstraram sua ineficiência em atender aos preceitos do SUS e às necessidades de saúde da população, é que se visualiza a mudança no modelo de atenção à saúde, vigente no sistema público brasileiro, como um desafio atual da reforma sanitária (CONASS, 2006; FLEURY, 2009).

Somado a isso, tem-se o fato de que o aumento do número de indivíduos portadores de DCNT vem reforçar a necessidade de um modelo de atenção à saúde que permita ao profissional de saúde conhecer a realidade onde atua, dando subsídios para que o mesmo possa traçar estratégias de intervenção que tenham êxito e possam ser aplicadas a um maior número de pessoas (WAIDMAN et al., 2012).

Destarte, a intervenção mais ampla realizada no Brasil visando à modificação do modelo de atenção hegemônico talvez possa ser creditada à reorganização da atenção básica, particularmente por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) e da Vigilância à Saúde (PAIM, 2006). Esta última teve sua gênese nas experiências desenvolvidas no âmbito dos distritos sanitários sob a proposta de integração das práticas de saúde no território e é entendida tanto como modelo de atenção quanto como proposta de gestão de práticas sanitárias.

O Programa de Saúde da Família, também designado Estratégia Saúde da Família (ESF), desde sua origem, constitui-se na forma prioritária para reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde (SOUZA; HAMANN, 2009; BRASIL, 2011c). Precedido em 1991 pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a implantação do PSF teve início em 1994 no Nordeste do Brasil, no estado do Ceará, nas cidades de Sobral e Quixadá (GUEDES; SANTOS; DI LORENZO, 2011).

O processo de trabalho do PSF deve ser desenvolvido de modo a realizar ações que priorizem grupos e fatores de risco, atuando na programação e implementação das ações de atenção à saúde observando as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias direcionadas a problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência, a exemplo da hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2011c).

Nesse sentido, tendo em vista que a hipertensão arterial é um problema de saúde pública que apresenta impactos negativos na saúde da população e no sistema de saúde, tais como a alta mortalidade cardiovascular e o alto custo na abordagem das complicações por ela geradas, no ano de 2002, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus, com o propósito de vincular os usuários hipertensos e diabéticos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços (BRASIL, 2001).

Assim, por meio da Portaria nº 371 de 04 de março de 2002, o Ministério da Saúde criou o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia). Sistema este que visa conhecer o perfil demográfico, clínico e epidemiológico da população hipertensa e diabética, registrando as ações prestadas a estes usuários e proporcionando o conhecimento das demandas da unidade de saúde quanto aos agravos já mencionados (GIOROTTO; ANDRADE; CABRESA, 2010). Desde então, os dados dos usuários com diagnóstico de hipertensão arterial acompanhados na atenção básica por meio dos registros do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) passaram também a ser acompanhados pelo Hiperdia.

Nesse contexto, ressalta-se que após o diagnóstico e cadastramento dos usuários com hipertensão arterial no PSF, espera-se que aconteça uma vinculação dos mesmos com as unidades de saúde em que deve ocorrer um acompanhamento diferenciado, com ações de equipes multiprofissionais, seja na unidade de saúde e/ou nos domicílios. Indicativos de baixo percentual desse acompanhamento constituem uma alerta para os serviços de saúde, apontando a necessidade da instalação de medidas para reverter o quadro em prol de evitar a evolução clínica da hipertensão para índices indesejáveis (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Defende-se, portanto, que apenas a criação e implementação do Hiperdia não constituem garantia de resolutividade da problemática. Estudiosos apontam que dificuldades referentes ao acesso dos usuários hipertensos à atenção básica do SUS para fins de atendimento de suas demandas acabam por gerar distorções no serviço de saúde fazendo com que a porta de entrada para o atendimento se dê por meio do serviço de emergência e não pela atenção primária (LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013).

Esta situação pode estar colaborando para a manutenção do modelo de saúde hegemônico, gerando uma assistência médico-centrada e pontual do problema de saúde, apresentando ainda íntima relação com as questões voltadas à dinâmica de acessibilidade da população à atenção básica para fins de estabelecimento de um processo de cuidado longitudinal da hipertensão arterial.

### 2.3 ACESSIBILIDADE DOS USUÁRIOS À ATENÇÃO BÁSICA

O acesso universal e igualitário da população às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação da saúde é um direito garantido pela Constituição Federal

de 1988. A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS apresenta dentre seus princípios a garantia de que todo cidadão brasileiro tenha facilidade de acesso aos serviços de saúde. O acesso universal e contínuo a estes serviços, de qualidade e resolutivos, é ainda uma diretriz da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2011 d). Nesse sentido, o provimento do acesso ou acessibilidade a serviços de saúde deveria ser uma garantia do sistema de saúde brasileiro.

Para Donabedian (1973) acessibilidade é a capacidade do sistema de saúde em relação à produção e oferta de serviços capazes de atrair e responder às necessidades de saúde da população. A mesma possui duas dimensões, a dimensão sócio-organizacional, que abarca os fatores que facilitam ou dificultam o uso dos serviços de saúde pelos usuários, e a dimensão geográfica, que diz respeito à distância e ao tempo necessário de locomoção para a utilização dos serviços pelo usuário.

A acessibilidade para Fekete (1997) é apontada como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Para a autora, ao analisar a acessibilidade enquanto processo de avaliação, a mesma resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões, que podem ser classificados como de ordem geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica.

A acessibilidade pode ser entendida ainda como um dos elementos estruturais da atenção básica que envolve a localização do estabelecimento de saúde próximo à população, os horários e dias em que o estabelecimento está aberto para fins de atendimento, bem como o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência dos aspectos relacionados à acessibilidade (STARFIELD, 2002).

No contexto da atenção primária à saúde, verifica-se que a atenção básica como porta de entrada de um sistema de serviços de saúde necessita ser acessível. Deve aumentar o potencial de utilização dos serviços ofertados e derrubar barreiras, sejam as mesmas geográficas, estruturais, relacionais e organizacionais, gerenciais ou culturais. E para que essa atenção alcance um objetivo de saúde integral, faz-se necessário ainda a obtenção de um cuidado continuado, ou seja, a garantia da continuidade da atenção à saúde da população (GOMES; SILVA, 2011). Verifica-se, portanto, a necessidade da garantia da acessibilidade obrigatoriamente atrelada à continuidade e a longitudinalidade do cuidado.

Nesse sentido, Starfield (2002) aponta a continuidade e a longitudinalidade do cuidado como componentes fundamentais da atenção básica. Para a autora, a continuidade consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos, e a

longitudinalidade diz respeito à existência de uma fonte regular de atenção à saúde e a seu uso ao longo do tempo, transcendendo a presença de problemas de saúde.

Uma avaliação do acesso à atenção à saúde no SUS, com base na percepção dos usuários do PSF, identificou como elementos facilitadores do acesso o horário, o acolhimento e a proximidade dos serviços da unidade de saúde. Dentre os elementos dificultadores do acesso apontam-se aqueles de dimensão sociocultural, econômica e organizacional. Destes, poder-se-ia citar a demora para conseguir uma consulta, a demora na sala de espera para receber o atendimento, a demora no recebimento dos resultados dos exames, dentre outros (AZEVEDO; COSTA, 2010)

Assim, percebe-se que mesmo que a Estratégia de Saúde da Família seja concebida como ordenadora do cuidado, devido à proximidade da unidade da residência dos usuários, possibilitando a ampliação do acesso ao serviço de saúde, nem sempre o acesso à mesma é concebido de forma positiva pelos usuários, devido a questões como a demora no atendimento e a baixa resolutividade. Isto pode acabar induzindo a busca dos usuários por serviços de atenção secundária na procura pela resolução de suas necessidades de saúde (CORRÊA *et al.*, 2011).

Em contrapartida nota-se uma maior valorização por parte dos usuários quanto ao acompanhamento da sua situação de saúde por serviços de atenção básica. Aos poucos a população vai entendendo a importância de comportamentos preventivos nos cuidados à saúde, fazendo do PSF um ponto estratégico no acompanhamento e prevenção de agravos e não apenas como um ponto ambulatorial com todos os focos voltados à cura de doenças (ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011).

No entanto, nota-se que para grupos específicos, como o dos trabalhadores informais, o processo de busca e obtenção do acompanhamento da situação de saúde é permeado por entraves. Há autores que afirmam que a inserção do trabalhador em trabalhos precários acarreta a limitação de tempo para o exercício do cuidado com a própria saúde. Este fato contribui para que os trabalhadores informais estejam entre os grupos que apresentam um menor índice de acesso a serviços médicos (GIATTI; BARRETO, 2011) e possivelmente a serviços multiprofissionais de atenção primária.

## 2.4 TRABALHADOR INFORMAL E ACESSIBILIDADE A SERVIÇOS DE SAÚDE

O trabalho é a relação entre homem e natureza. É um processo no qual o homem medeia, regula e controla a sua troca material com a natureza através da sua própria ação. Nela, o homem põe em movimento as forças da natureza presentes em sua corporalidade a fim de apropriar-se da matéria da natureza para utilizá-la para a sua própria vida. Nesse processo, ao mesmo tempo em que o homem transforma a natureza, transforma a si mesmo (MARX, 1988).

Trabalho informal é aquele sem carteira de trabalho assinada, e, portanto, sem vínculo empregatício formal. Participam deste grupo os trabalhadores domésticos, empregadores e trabalhadores por conta própria que não contribuem para a previdência social, os trabalhadores não remunerados, bem como os trabalhadores que atuam na produção para o próprio consumo e na construção para o próprio uso (ANSILIERO, 2013).

Certos autores apontam que a gênese do setor informal está relacionada ao crescente contingente de desempregados provenientes do sistema de desenvolvimento capitalista, o qual gerou uma força de trabalho formalmente aproveitada, mas que, no entanto, suscitou a formação de um segmento significativo da população que deixou de ser incorporado à macroeconomia. Para o excedente estrutural de mão-de-obra, fundamentalmente relacionado às camadas sociais menos favorecidas, restaram alternativas de trabalho em atividades secundárias desenvolvidas no âmbito do mercado de trabalho informal (VERAS; BEZERRA; VERAS, 2013; ANSILIERO, 2013).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios em 2011 (BRASIL, 2011e) apontam que aproximadamente 45% da totalidade dos postos de trabalho informados representavam situações de trabalho no mercado informal. A mesma pesquisa, realizada em 2012, apontou que a informalidade é uma situação trabalhista representada principalmente pela população idosa e população jovem com idade entre 16 e 24 anos. Em 2012, 71,7% dos idosos e 46,5% dos jovens que exercem alguma atividade trabalhista exercem-na no âmbito do mercado de trabalho informal (BRASIL, 2012).

A manutenção de postos de trabalho informal no país pode estar ligada ao fato de haver a emergência de uma crise social e econômica com repercussões imediatas em termos de precarização social e do trabalho que vem suscitando movimentos de desemprego de forma contínua e maciça em alguns países, dentre os quais o Brasil (HIRATA, 2011). Nessa conjuntura, a massa representativa de trabalhadores sem formalização do vínculo



empregatício e, portanto, sem garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários passa a representar um problema econômico e social (SASAKI; VASQUES-MENEZES, 2012).

Do ponto de vista da saúde, observa-se que no emprego informal é comum que haja ausência de cobertura de medidas de proteção. Sem a formalização do contrato de trabalho, não há garantia da compensação financeira em casos de doenças e acidentes, como nas licenças médicas, ou em casos de negligência por parte dos empregadores, abusos e de situações de perigo reconhecidos, visto que o trabalhador se encontra fora do controle do Estado (IRIART et al., 2008).

A situação de trabalho informal está associada ainda a uma pior condição de saúde entre adultos brasileiros (GIATTI; BARRETO, 2006; MIQUILIN et al., 2013). Trabalhadores informais adoecem mais e apresentam uma pior percepção da saúde quando comparados aos trabalhadores do mercado formal (GIATTI; BARRETO, 2006). No entanto, mesmo apresentando uma pior condição de saúde percebida e maior frequência de limitações para as atividades habituais por motivo de doença, trabalhadores informais e desempregados procuram menos os serviços de saúde e recebem menos atendimento quando comparados aos trabalhadores formais (MIQUILIN et al., 2013)

Tal situação torna-se ainda mais preocupante quando pensada sob o ângulo das doenças crônicas, pois, por permanecerem assintomáticas durante um grande período, é possível que sua prevalência e seus números possam estar subestimados entre os trabalhadores informais (GIATTI; BARRETO, 2011). Este fato causa preocupação, uma vez que a hipertensão arterial costuma avançar de forma silenciosa e despercebida ao longo dos anos e quando não tratada adequadamente e detectada tardiamente pode repercutir em sérias consequências ao paciente e em alto custo de tratamento (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Por vezes, os casos de hipertensão são diagnosticados, mas a falta do acesso ao tratamento acaba por acarretar o insucesso no controle da doença a longo prazo (OMS, 2013a). Outrossim, nos países em desenvolvimento, muitas pessoas com hipertensão ainda não são diagnosticadas e, portanto, são privadas de um tratamento (OMS, 2012). Isso torna ainda mais urgente a necessidade da efetividade do acesso de trabalhadores informais do comércio a serviços de saúde de atenção básica para fins de estabelecimento do diagnóstico e de um processo de cuidado longitudinal de sua situação de saúde, com vistas a evitar complicações oriundas da hipertensão, atuando de forma longitudinal e oportuna sobre a doença.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa. Os estudos exploratórios são desenvolvidos com o intuito de proporcionar uma visão geral do fenômeno estudado, já os estudos descritivos buscam elucidar a descrição das características de uma dada população ou fenômeno. Os estudos descritivos são, juntamente com os estudos exploratórios, os que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2008).

Triviños (2009) aponta ainda que os estudos descritivos e exploratórios buscam compreender um fenômeno para elencar variáveis e hipóteses, possuindo flexibilidade quanto à coleta dos dados, haja vista que designa manter maior familiaridade com o objeto de estudo, propiciando adentrar em uma realidade específica e apreciar com propriedade os conhecimentos envolvidos na temática.

O método qualitativo tem por fundamento teórico desvelar processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos específicos, caracterizando-se pela empiria e progressiva sistematização do conhecimento até que seja dada a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. É, sobretudo, um método aplicado ao estudo da história, das relações, das representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, se sentem e pensam (MINAYO, 2010).

#### 3.2 CAMPO E CENÁRIO DA PESQUISA

O campo de pesquisa é concebido enquanto recorte em tempo e espaço feito pelo pesquisador para representar uma realidade empírica a ser estudada a partir de concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação (MINAYO, 2010). Nesse sentido, o campo da presente pesquisa foi o município de Jequié, sendo o cenário mais específico o Centro de Abastecimento Vicente Grilo (CAVG).

O município de Jequié está localizado na região Sudoeste do estado da Bahia, distando 364 km da capital, Salvador, entre a zona da mata e a caatinga. Por isto, seu clima é quente e úmido, com temperaturas que variam entre 13° no mês de junho e 36° no mês de fevereiro (NERY, 2006). Limita-se ao Norte com os municípios de Lafaiete Coutinho e Jaguaquara; ao Sul com Boa Nova e Itagi; ao Leste com Ibirataia, Jitaúna e Gandu e ao Oeste com os municípios de Maracás e Manoel Vitorino. Apresenta uma superfície de 3.227,343 Km<sup>2</sup> e uma população estimada em 161.391 habitantes para o ano de 2013 (IBGE, 2014).

Do ponto de vista da saúde, Jequié está situado no Território de Identidade do Médio Rio de Contas, sendo sede da Região de Saúde que leva seu nome (BAHIA, 2014). O município está habilitado na Gestão Plena Municipal dos Serviços de Saúde, e de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2014) apresenta em sua rede assistencial 18 Unidades de Saúde da Família, 08 Unidades Básicas de Saúde, 05 Hospitais Gerais e 01 Hospital Maternidade além de demais estabelecimentos públicos e da rede conveniada.

No contexto econômico, Jequié é uma cidade de destaque na região. A maioria dos empreendimentos comerciais formais, bem como informais, está localizada no centro da cidade. Nesta área está situado o CAVG (RIOS, 2013). O CAVG foi construído entre os anos de 1989 e 1990, durante a gestão do Prefeito Luis Carlos Souza Amaral e é assim denominado de acordo a Lei Municipal n.º 1.132, de 02 de maio de 1990.

Trata-se de um mercado público que agrega grande parte de trabalhadores informais do comércio em atuação no município e em desempenho de diversificadas atividades laborais nos setores comerciais de gêneros alimentícios, calçados, roupas, produtos eletrônicos, dentre outros. O CAVG comporta 1.404 unidades comerciais distribuídas em 11 setores comerciais (setores A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K) nos quais são comercializados gêneros alimentícios, temperos, frutas e verduras, farináceos, confecções, comidas e bebidas, eletrônicos, carnes, artesanatos.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes do presente estudo são trabalhadores informais atuantes nos setores de estabelecimentos comerciais do CAVG que durante a coleta de dados do projeto intitulado “Condições Laborais e de Saúde de Trabalhadores do Comércio Informal”, no período de 2013, autorreferiram hipertensão arterial.

Para identificar os participantes da pesquisa fez-se necessário recorrer ao banco de dados do Projeto Mãe “Condições Laborais e de Saúde de Trabalhadores do Comércio Informal” do qual este estudo faz parte e no qual Rios (2013) constatou um total de 1.304 trabalhadores informais em atuação no CAVG. Com base neste dado calculou uma amostra de 485 participantes, dos quais 434 participaram do estudo. Adiante, os resultados da pesquisa de Rios (2013) evidenciaram uma prevalência de hipertensão autorreferida de 22,4% entre trabalhadores informais do CAVG, uma vez que dentre os 434 participantes, 97 autorreferiram hipertensão arterial, sendo estes os participantes deste estudo (Quadro 1).

**Quadro 1:** Levantamento de trabalhadores informais segundo setores comerciais do Centro de Abastecimento Vicente Grilo, no ano de 2012. Jequié – BA, 2014.

<b>SETORES COMERCIAIS DO CAVG</b>	<b>Trabalhadores Informais</b>	<b>Participantes do projeto mãe</b>	<b>Autorreferiram HAS</b>
Setor A - Quadra de Atacadistas: frutas e verduras	58	19	08
Setor B - Quadra de temperos, frutas e verduras	250	100	21
Setor C - Pavilhão B: cereais e similares	99	33	11
Setor D - Shopping popular (confeções): roupas	101	29	08
Setor E - Pavilhão A: lanches, comidas e bebidas.	89	24	08
Setor F - Shopping popular (diversos): bijuterias, etc	117	34	02
Setor G - Pavilhão C: carnes e peixes	134	44	05
Setor H - Pavilhão D: carnes	66	22	03
Setor I - Quadra de artesanatos e bares: artesanatos e ervas	65	22	03
Setor J - Quadra do produtor rural: frutas e verduras	186	62	16
Setor K - Ambulantes: relógios, óculos, eletroeletrônicos	139	45	12
<b>TOTAL</b>	<b>1304</b>	<b>434</b>	<b>97</b>

**Fonte:** Adaptado de Rios (2013).

Os critérios de inclusão no estudo foram: trabalhadores informais do comércio, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 14 anos, que desenvolvam atividades laborais no CAVG, que não possuam registro em carteira de trabalho para tal atividade, que tenham participado da pesquisa “Condições Laborais e de Saúde de Trabalhadores do Comércio Informal” e autorreferido serem hipertensos.

Os critérios de exclusão foram: trabalhadores que desempenham atividades no Centro de Abastecimento, mas que não tenham participado da pesquisa “Condições Laborais e de Saúde de Trabalhadores do Comércio Informal” ou que tenham participado da pesquisa

“Condições Laborais e de Saúde de Trabalhadores do Comércio Informal” e não tenham autorreferido serem hipertensos.

### 3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi o Roteiro de Entrevista Semiestruturada (APÊNDICE B). De acordo com Minayo (2010), a entrevista é uma importante técnica por apresentar características reveladoras de condições estruturais, de sistemas de valores, normas, símbolos e ser um transmissor de representações através da possibilidade da fala do indivíduo. Para Bardin (2011), ao utilizar a entrevista, trabalha-se com uma fala relativamente espontânea permeada pela subjetividade, por uma singularidade individual, num discurso com certa multidimensionalidade e paradoxos.

As entrevistas semiestruturadas seguiram o critério de inclusão progressiva e interrupção pelo critério de saturação. As mesmas visaram atender aos objetivos do estudo. Para tanto, as questões norteadoras da entrevista semiestruturada giraram em torno dos conhecimentos dos participantes acerca da hipertensão arterial, do seu acesso aos serviços de saúde do município, bem como das facilidades e dificuldades encontradas pelo participante no acesso a esses serviços.

Recorreu-se ainda ao banco de dados do Projeto Mãe “Condições Laborais e de Saúde de Trabalhadores do Comércio Informal” de Rios (2013), para atender ao objetivo específico do estudo de caracterizar a população estudada quanto às variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de condição de saúde. No referido banco de dados foram acessadas informações dos trabalhadores informais que autorreferiram hipertensão arterial.

As informações sociodemográficas apreendidas no banco de dados dizem respeito a sexo, situação conjugal, idade, escolaridade, número de filhos, local de residência e quanto às ocupacionais referem-se ao tipo de mercadoria comercializada, atividade comercial, tempo de atuação na ocupação, jornada de trabalho, renda na atividade comercial, dentre outros.

Por fim, as informações referentes à situação de saúde dos participantes dizem respeito à doença autorreferida (pressão alta, doença cardíaca, colesterol alto, obesidade, infarto do miocárdio, doença dos rins, outra informada pelo participante), acesso a serviço de saúde nos últimos 12 meses, tipo de serviço de saúde ao qual teve acesso e hospitalização.

### 3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após aprovação da inclusão deste projeto de pesquisa no Projeto Mãe “Condições Laborais e de Saúde de Trabalhadores do Comércio Informal” pelo CEP-UESB (ANEXO B) foi realizado um estudo piloto na Feira Livre do Bairro Joaquim Romão em Jequié/BA (por apresentar características similares ao campo do estudo).

Em seguida procedeu-se a realização das entrevistas semiestruturadas que foram aplicadas aos participantes da pesquisa considerando os critérios da inclusão progressiva e interrupção pelo critério de saturação. Para Minayo (2010), o critério da saturação é entendido como o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna de um dado grupo que esteja em estudo. A autora salienta ainda que uma amostra ideal é aquela que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo, preocupando-se com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão. Não há preocupação com a quantidade.

Nessa perspectiva, considerando que o CAVG é dividido em 11 setores diversos, é que a ordem da inclusão progressiva dos participantes para fins de realização das entrevistas semiestruturadas foi determinada por meio de sorteio por conglomerados, buscando a representatividade de cada setor de serviços do cenário estudado.

Para fins de proceder a uma amostragem por conglomerados observou-se então as orientações metodológicas de Richardson e Peres (2009, p. 163), quando apontam que:

Divide-se a população em subconjuntos excludentes e exaustivos, heterogêneos, de acordo com as variáveis que caracterizam o universo e com aproximadamente o mesmo número de elementos. Logo sorteia-se certo número de subconjuntos que recebem o nome de conglomerados. Em cada conglomerado sorteado, estabelece-se uma base de amostragem e seleciona-se em cada um deles uma amostra aleatória simples.

O referido sorteio ocorreu de forma que os participantes foram identificados como oriundos dos distintos setores. Definida esta classificação, foi realizado o sorteio, primeiramente de um trabalhador do Setor A, em seguida do Setor B, e assim sucessivamente, seguindo a ordem dos setores.

Ao final do sorteio, cada um dos 97 trabalhadores dentro do seu respectivo setor comercial passou a ser representado por um número de ordem. Então foram iniciadas as entrevistas semiestruturadas por inclusão progressiva e interrupção por critério de saturação. No quadro 2 pode-se verificar o panorama da coleta de dados.

**Quadro 2:** Levantamento da coleta de dados, nos setores comerciais do Centro de Abastecimento Vicente Grilo, Jequié – BA, 2014.

<b>SETORES COMERCIAIS DO CAVG</b>	<b>Entrevistado</b>	<b>Não aceitou participar</b>	<b>Excluído</b>	<b>Não encontrado</b>	<b>Não identificado</b>	<b>Não abordado</b>	<b>Total de trabalhadores</b>
Setor A - Quadra de Atacadistas	02	-	-	04	02	-	08
Setor B - Quadra de temperos, frutas, verduras	02	-	-	07	06	06	21
Setor C - Pavilhão B	02	-	-	01	-	08	11
Setor D - Shopping popular (confeções)	02	02	-	03	01	-	08
Setor E - Pavilhão A.	01	-	-	07	-	-	08
Setor F - Shopping popular (diversos)	01	01	-	-	-	-	02
Setor G - Pavilhão C	02	-	-	01	02	-	05
Setor H - Pavilhão D	-	-	-	-	03	-	03
Setor I - Quadra de artesanatos e bares	02	-	01	-	-	-	03
Setor J - Quadra do produtor rural	02	-	-	03	05	06	16
Setor K - Ambulantes	02	-	01	06	02	01	12
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>03</b>	<b>02</b>	<b>32</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>97</b>

Fonte: Rios (2013)

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dezoito dos trabalhadores informais do comércio atuantes no CAVG que autorreferiram hipertensão arterial. Três trabalhadores foram abordados e não aceitaram participar do estudo. Dois trabalhadores foram identificados, porém, quando abordados, não se encontravam em condições de serem entrevistados, pois se encontravam em estado de embriaguez, sendo, portanto, excluídos do estudo. Trinta e dois trabalhadores não foram encontrados no CAVG após três tentativas em dias e horários alternados. Vinte e um dos trabalhadores não foram identificados. Vinte e um trabalhadores não foram abordados devido à interrupção da realização das entrevistas semiestruturadas pelo critério de saturação.

### 3.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As informações oriundas das entrevistas semiestruturadas foram analisadas por meio da análise de conteúdo, modalidade temática. Trata-se de um método de análise composto por diferentes fases que se organiza em três polos cronológicos, sendo o primeiro a pré-análise,

em seguida a exploração do material e por fim o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Desse modo, antes de proceder à análise, o material foi organizado e editado e as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra. Foi realizada a leitura flutuante do material coletado e procedeu-se a construção do *corpus* do estudo observando os critérios da exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. Nessa etapa emergiram as hipóteses, bem como os temas.

Durante a exploração do material, os dados coletados foram organizados e agregados em unidades temáticas. Nessa etapa foram administradas as técnicas no *corpus*. Por fim, ocorreu o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, quando os dados brutos foram tratados de modo a tornar-se significativos podendo depois seus resultados ser utilizados com fins teóricos.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo tem caráter de complementaridade ao Projeto Mãe intitulado “Condições Laborais e de Saúde de Trabalhadores do Comércio Informal”, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP-UESB), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 04755112.3.0000.0055.

Por conseguinte, observando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a qual aponta que toda pesquisa envolvendo seres humanos deve ser submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, faz-se necessário colocar que a mesma foi incluída no Projeto Mãe pelo CEP-UESB sob o parecer CEP nº 513.579.

A coleta de dados foi realizada tão somente após a emissão do parecer favorável do CEP-UESB. Os participantes da pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) – e foram informados acerca da justificativa, dos objetivos, dos riscos e dos benefícios do estudo, além de sua total liberdade de recusar-se a responder a qualquer questão, bem como de desistir de sua participação a qualquer momento. Nenhum dos participantes foi beneficiado com recurso financeiro ou de qualquer natureza.



## 4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo apresentam-se no formato de três manuscritos elaborados considerando as instruções para os autores presentes no site das revistas selecionadas para a submissão. Os mesmos visam atender os objetivos propostos para este estudo.

Assim, para responder aos objetivos específicos do estudo em questão foram elaborados os seguintes manuscritos: “*Conhecimento da hipertensão arterial entre trabalhadores informais do comércio*”, “*Hipertensão arterial: (des)caminhos dos trabalhadores informais na busca pelos serviços de saúde*” e, “*Facilidades e dificuldades na acessibilidade a serviços de saúde por trabalhadores informais do comércio*”, apresentados a seguir.

**4.1 MANUSCRITO 1:** Conhecimento da hipertensão arterial entre trabalhadores informais do comércio

O manuscrito será submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP, elaborado conforme as instruções para autores desse periódico, disponíveis em:  
<http://www.ee.usp.br/site/Index.php/paginas/mostrar/1420/2094/147>

## CONHECIMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE TRABALHADORES INFORMAIS DO COMÉRCIO

Paula Peixoto Messias Barreto  
Adriana Alves Nery

### RESUMO

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, que teve como objetivos traçar o perfil sociodemográfico e ocupacional de trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial e identificar o seu conhecimento acerca da hipertensão arterial. O cenário foi o Centro de Abastecimento Vicente Grilo, mercado público do município de Jequié – BA. Os participantes foram 18 trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, e a análise foi realizada pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. O conhecimento da hipertensão arterial entre os participantes diz respeito à doença causada pelo consumo de alimentação hipersódica e hipercalórica, que pode sofrer alterações a partir de problemas emocionais, que causa problemas de ordem física, e que é passível de controle por meio do uso de medicamentos e alimentação saudável. Os resultados apontam a necessidade de maiores investimentos no campo da educação em saúde em torno da doença.

**Descritores:** Hipertensão, Trabalhadores Informais, Conhecimento.

### ABSTRACT

Descriptive and exploratory study, with qualitative approach, aimed to trace the socio-demographic and occupational profile of informal trade workers with hypertension and identify their knowledge on hypertension. The scenario was the Supply Centre Vicente Grilo, a public market in the municipality of Jequié – BA. Participants were 18 informal trade workers with hypertension. The technique of data collection was semi-structured interview and afterwards a thematic content analysis was performed. Knowledge of hypertension among participants regards the disease caused by the consumption of high salt and high calorie food, which may change due to emotional problems, causes physical problems, and is amenable to control through the use of drugs and healthy eating. The results highlight the need for greater investment in the field of health education about the disease.

**Descriptors:** Hypertension, Workers, Knowledge.

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Constitui um problema global de saúde pública que contribui diretamente para a carga de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, mortes prematuras e incapacidades, sendo a causa de pelo menos 45% das mortes por doenças do coração e 51% das mortes por acidente vascular cerebral em todo o mundo. Estima-se que um em cada três adultos no planeta tenha hipertensão arterial. No Brasil, os dados de sua prevalência são elevados, girando em torno de 23% <sup>(1-5)</sup>.

Quando não tratada adequadamente, ou detectada tardiamente, a hipertensão arterial pode repercutir em sérias consequências ao paciente, e em altos custos de tratamento. No entanto, nos países em desenvolvimento, muitas pessoas ainda não são diagnosticadas, sendo privadas de uma terapêutica <sup>(5-6)</sup>.

Diante disso, reflete-se a possibilidade de que sua prevalência e seus números estejam subestimados na população em geral, em especial entre os trabalhadores informais, uma vez que as doenças crônicas como a hipertensão arterial, podem permanecer assintomáticas durante um grande período, o que pode retardar sua identificação nesse grupo <sup>(7)</sup>.

Assim, observa-se que a busca dos indivíduos pelo tratamento da hipertensão arterial pode estar condicionada ao nível de conhecimento da doença, tendo em vista que, quanto maior o grau de conhecimento do paciente sobre a doença, maior o seu comprometimento no autocuidado e na adesão ao tratamento <sup>(8)</sup>.

Nesse sentido, tão importante quanto ampliar a detecção precoce da hipertensão arterial é a necessidade de ampliar o conhecimento da população em geral sobre a doença. As pessoas precisam saber por que a elevação dos níveis pressóricos é uma condição ameaçadora para a saúde, entender os fatores de risco para a doença e conhecer as medidas preventivas e de controle a serem adotadas <sup>(2)</sup>.

Estudos anteriores elucidaram os conhecimentos da população em geral e de grupos específicos acerca da hipertensão arterial, verificando ainda aspectos referentes ao desenvolvimento de ações preventivas e ao tratamento. Todavia, os conhecimentos acerca da hipertensão arterial entre trabalhadores informais permaneciam incógnitos <sup>(8-11)</sup>.

Diante disso, os objetivos deste estudo são: traçar o perfil sociodemográfico e ocupacional de trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial e identificar o seu conhecimento acerca da hipertensão arterial.

## 2 MÉTODO

Pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa que teve como campo de estudo o município de Jequié, situado na região Sudoeste da Bahia e como cenário do estudo o Centro de Abastecimento Vicente Grilo (CAVG), mercado público municipal que comporta 1.404 unidades comerciais distribuídas em 11 setores, onde são comercializados gêneros alimentícios, calçados, roupas, produtos eletrônicos, dentre outros.

Os participantes da pesquisa foram trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial que desenvolvem suas atividades laborais no CAVG, selecionados do banco de dados da pesquisa “Condições Laborais e de Saúde de Trabalhadores Informais do Comércio”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP-UESB), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 04755112.3.0000.0055.

A referida pesquisa constatou que, entre as condições de saúde de tais trabalhadores, há uma prevalência de hipertensão arterial autorreferida de 22,4%. Em face disso, originou-se este subprojeto, tendo sido o presente estudo inserido na referida pesquisa sob o parecer 513.579. Ressalta-se que os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) tendo a coleta de dados sido realizada no período de janeiro a março de 2014, após a execução do estudo piloto.

A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, cuja questão disparadora foi: “O/a senhor/a sabe o que é pressão alta?”. As entrevistas foram aplicadas mediante o sorteio por conglomerados, seguindo a lógica da inclusão progressiva e interrupção pelo critério de saturação, buscando a representatividade dos 11 setores comerciais do CAVG <sup>(12-13)</sup>.

Assim, participaram do estudo 18 trabalhadores informais do comércio, representantes dos distintos setores de trabalho do CAVG, sendo que 02 foram oriundos do Setor A, 02 do Setor B, 02 do Setor C, 02 do Setor D, 01 do Setor E, 01 do Setor F, 02 do Setor G, 02 do Setor I, 02 do Setor J, 02 do setor K.

A análise dos dados foi realizada mediante a técnica de análise de conteúdo de Bardin, modalidade temática. Para tanto, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e, posteriormente, foi realizada a leitura flutuante com vistas à construção do *corpus* do estudo. O material foi, então, explorado, organizado e agregado, dando origem a duas categorias temáticas e quatro subcategorias <sup>(14)</sup>.

### 3 RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados por meio do perfil sociodemográfico e ocupacional dos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial, e pelas categorias e subcategorias temáticas construídas a partir da análise das entrevistas realizadas com esse grupo.

#### Caracterização da população estudada

Os dados da tabela 1 apresentam a caracterização sociodemográfica dos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial que atuam no CAVG.

**Tabela 01.** Características sociodemográficas dos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial. Jequié – BA –, 2014.

<b>CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO</b>	<b>n</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	10
Feminino	08
<b>Faixa etária (em anos)</b>	
30  – 60	15
60 ou mais anos	03
<b>Raça/Cor</b>	
Branca	03
Amarela	01
Parda	10
Indígena	01
Preta	03
<b>Situação conjugal</b>	
Solteiro	05
Casado	11
União estável	01
Divorciado/separado/desquitado	01
<b>Escolaridade</b>	
Sem escolaridade	05
Não concluiu o Ensino Fundamental	11
Concluiu o Ensino Fundamental	01
Concluiu o Ensino Médio	01

Em relação ao sexo, 10 são homens; em referência à idade, 15 trabalhadores têm entre 30 e 60 anos; no tocante à raça/cor, a maioria, 10, é parda; no tocante à situação conjugal, 11 dos participantes são casados; em relação à escolaridade, 11 não concluíram o ensino fundamental.

**Tabela 02.** Características ocupacionais dos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial. Jequié – BA –, 2014.

<b>CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS</b>	<b>n</b>
<b>Atividade comercial</b>	
Ambulante	03
Camelô	07
Feirante	08
<b>Motivação para trabalhar no setor informal</b>	
Dificuldade em conseguir emprego formal	09
Para ter mais autonomia, liberdade	02
Seguindo a tradição da família	06
Outro	01
<b>Proprietário das mercadorias comercializadas</b>	
Sim	16
Não	02
<b>Renda mensal nesta atividade informal</b>	
Menos que um salário mínimo	07
Um salário mínimo	02
Mais que um salário mínimo	03
Não informou renda	06
<b>Atividade no Comercio informal é a principal renda familiar</b>	
Sim	17
Não	01

Quanto às características ocupacionais, a tabela 2 aponta que 03 dos participantes são ambulantes, 07 camelôs e 08 feirantes. Metade dos trabalhadores (09) optou por atuar na informalidade, devido a dificuldades em conseguir emprego no mercado de trabalho formal. A maioria é proprietária das mercadorias que comercializa (16), não possui outro emprego formal ou informal (16) e ganha menos que um salário mínimo (07), sendo a renda mensal média entre os participantes de R\$ 698,33 e a atividade no comércio informal a principal renda familiar da maioria.

A partir das entrevistas emergiram duas categorias temáticas: a primeira diz respeito ao conhecimento da hipertensão arterial; e a segunda trata do desconhecimento da hipertensão arterial entre os trabalhadores informais do comércio. As mesmas serão descritas a seguir.

### **Categoria I: Conhecimento da hipertensão arterial**

O conhecimento da hipertensão arterial entre os participantes do estudo esteve vinculado principalmente a uma doença causada pelo consumo de alimentação hipersódica e hipercalórica, que sofre alterações a partir de problemas emocionais, causa problemas de ordem física, e é passível de controle pelo uso de medicamentos e adoção de uma alimentação hipossódica e hipocalórica.

Os trabalhadores informais do comércio reconhecem a hipertensão arterial como ***doença causada pelo consumo de uma alimentação hipersódica e hipercalórica***, o que está evidenciado nos trechos abaixo, nos quais, após cada fala, a sigla TIC se refere a Trabalhador Informal do Comércio, o número equivale à ordem de numeração das entrevistas, e o Setor e letra, ao setor de trabalho do participante da pesquisa.

*[...] sal, muito sal na comida, gordura [...] É sal, gordura. (TIC 10, setor K)*

*Quem come sal, gordura [...] são os principais assuntos dela. (TIC 11, setor A)*

*Acho que é muito sal e gordura. (TIC 15, setor G)*

*Comer sal, comer bastante sal, aí altera as veias sanguíneas. (TIC 16, setor I)*

As falas dos entrevistados também evidenciam a hipertensão arterial como ***doença que sofre alterações a partir de problemas emocionais***:

*[...] É de estresse do dia a dia. (TIC 17, setor J)*

*[...] se eu ficar normal, ninguém me atentar, minha pressão não sobe, mas se me aborrecer, minha pressão sobe. (TIC 14, setor D)*

*Controlar [...] não ficar nervosa. (TIC 15, setor G)*

Os trabalhadores informais identificaram ainda a hipertensão arterial como uma ***doença que pode causar sintomas de ordem física***, tais como tontura/vertigem e dor em regiões da nuca, cabeça e pescoço, o que pode ser demonstrado a seguir:

*Fico assim meio tonta [...] às vezes também dá dor na nuca. (TIC 04, setor D)*

*Dói muito, a cabeça, o pescoço dói muito assim atrás. (TIC 05, setor E)*

*Fica tonto, fica um pouco tonto (TIC 06, setor F)*

*[...] fico tonta, o pescoço doendo. (TIC 14, setor D)*

*Me dá dor de cabeça, dor na nuca. (TIC 15, setor G)*



Este grupo de hipertensos demonstrou, ainda, que os sintomas experienciados por eles são significantes na identificação do aparecimento da doença, o que fica claro na interpretação dos trechos a seguir:

*Quando sinto dores na nuca, aí eu vejo que a pressão tá alta. (TIC 08, setor I)*

*Pressão alta é uma coisa que você tá bem e na mesma da hora você tá tonto, com dor no pescoço. (TIC 13, setor C)*

Os conhecimentos acerca da hipertensão arterial estiveram ligados também a outras problemáticas de ordem física, que são as complicações cardiovasculares e cerebrovasculares da doença:

*Infarto! (TIC 01, setor A)*

*Causa problema de AVC, que a turma chamava de derrame. (TIC 03, setor C)*

*[...] pode causar um AVC, um derrame cerebral. (TIC 09, setor J)*

Neste contexto, o entrevistado evidencia que a hipertensão arterial pode ser uma doença fatal:

*[...] Leva até a óbito (TIC 16, setor I)*

As falas até o momento enfatizam que os trabalhadores informais têm uma visão da hipertensão arterial como doença aguda, sintomática, que leva a sérias complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, podendo ser fatal.

A hipertensão também foi evidenciada com uma **doença controlada pelo uso de medicamentos e alimentação hipossódica e hipocalórica**. Nesse contexto, medidas de controle da hipertensão arterial estiveram presentes nas falas dos trabalhadores informais. A terapia medicamentosa apareceu como a principal ou única medida de controle da doença:

*Eu tomo a medicação certa. Ela nunca passa [...] (TIC 04, setor D)*

*[...] passaram pra tomar dois comprimidos [...] tá equilibrada (TIC 12, setor B)*

*[...] eu tomo o remédio. Tomo todos os dias [...] (TIC 13, setor C)*

*É controlar, tomar remédio pra controlar. (TIC 16, setor I)*

*Eu tomo remédio todo dia [...] Só tomo o remédio só. (TIC 18, setor K)*

O conhecimento acerca da necessidade de aderir a uma alimentação hipossódica e hipocalórica também foi mencionado como alternativa ao controle dos níveis pressóricos elevados.

*Não pode comer comida gordurosa, comer sal [...] (TIC 04, setor D)*

*Controlar, não comer gordura, não comer sal [...] (TIC 16, setor I)*

*Parei de comer sal, de comer fritura que era o que eu gostava (TIC 17, setor J)*

De forma inusitada, a prática de exercícios físicos foi citada por um dos entrevistados como mais uma medida de controle da doença.

*Tem que ter cuidado pra ta controlando, não comer comida salgada, evitar alguns alimentos, estar tomando remédio, aferindo [...] fazendo caminhada (TIC 09, setor J).*

Tais falas denotam que, para os participantes da pesquisa, o controle da hipertensão arterial está vinculado a um conjunto de ações, tais como a adesão à terapêutica medicamentosa, a uma alimentação adequada, livre do excesso de sal e gordura, e à prática de exercícios físicos.

## **Categoria II: Desconhecimento da hipertensão arterial**

Todavia, apesar dos participantes do estudo terem diagnóstico de hipertensão arterial e de muitos estarem em tratamento, por algum motivo a doença permanece uma incógnita entre eles. O desconhecimento acerca da hipertensão arterial foi uma realidade identificada entre os hipertensos neste estudo.

*Agora eu tô por fora! (TIC 04, setor D)*

*Eu não sei. (TIC 07, setor G)*

*Não sei o que é pressão alta [...] o médico detectou uma pressão alta. (TIC 08, setor I)*

*Eu não sei [...] eu tenho pressão alta há muito tempo, mas ninguém nunca me explicou realmente o que é que significa (TIC 18, setor K)*

## DISCUSSÃO

A análise das falas evidenciou que os trabalhadores informais dispõem de conhecimentos acerca das influências negativas de uma alimentação inadequada, rica em sal e gordura, no desenvolvimento e na manutenção dos níveis pressóricos elevados, e que também reconhecem as influências positivas da diminuição do consumo desses componentes alimentares na redução da pressão arterial.

Nesse contexto, ressalta-se que os padrões alimentares inadequados adotados pela população nas últimas décadas têm sido prejudiciais à saúde e estão atrelados ao desenvolvimento cada vez mais crescente das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como é o caso da hipertensão arterial <sup>(15)</sup>.

Para tanto, vem sendo recomendada a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a redução da ingestão do sal, não apenas entre os hipertensos, mas também entre a população em geral, vistos os benefícios dessa prática na redução da pressão arterial <sup>(16-17)</sup>.

Outro achado deste estudo foi o reconhecimento da hipertensão arterial como doença que sofre alterações a partir de problemas emocionais, embora não seja unanimidade entre os trabalhadores informais, visto que estudos anteriores identificaram o estresse emocional como motivo desencadeador dos níveis tensionais elevados e como fator predisponente à percepção da elevação da pressão arterial entre indivíduos hipertensos <sup>(18-19)</sup>.

Assim, ainda que não constatada a associação entre o estresse percebido e a hipertensão arterial, o estresse emocional apresenta importante participação no desencadeamento e manutenção dessa doença, podendo influenciar de modo negativo na adesão ao tratamento anti-hipertensivo <sup>(20,1)</sup>.

Do mesmo modo, apesar de a normativa vigente acerca da hipertensão arterial defini-la como uma condição crônica e assintomática, os participantes deste estudo atribuem sintomatologia à doença, o que também foi identificado em estudos recentes realizados com participantes hipertensos <sup>(1, 21-24)</sup>.

Em estudos realizados com um grupo de idosos hipertensos foi demonstrado que a percepção da hipertensão arterial como uma doença sintomática melhora os índices de adesão ao tratamento, e que sua percepção como doença assintomática provoca exatamente o contrário, ou seja, por não apresentar sintomatologia associada à hipertensão arterial, os indivíduos deixam de adotar os cuidados adequados <sup>(23-24)</sup>.

Diante disso, deduz-se que, apesar de esforços com vistas a difundir informações em saúde acerca do caráter crônico e assintomático da hipertensão arterial, ela ainda é vista por

pessoas hipertensas como doença aguda e sintomática, o que deve ser levado em consideração no seu rastreamento, na formulação de estratégias de abordagem ao hipertenso durante o acompanhamento clínico-ambulatorial e, principalmente, na elaboração de estratégias de educação em saúde para este grupo.

Em estudo anterior realizado com 33 hipertensos em um Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares, na cidade de Salvador – BA, os pesquisadores identificaram que as complicações da hipertensão arterial são lembradas pelos hipertensos por serem estas as consequências diretas do aumento descontrolado da pressão arterial <sup>(18)</sup>. No presente estudo, os participantes demonstraram ter uma visão da hipertensão arterial como doença que leva de forma repentina a sérias complicações, incapacidade e morte.

Assim, infere-se que o caráter crônico e assintomático da doença vem sendo negado entre os trabalhadores informais, fato preocupante que remete à necessidade da desconstrução desse conhecimento, com a resignificação da hipertensão arterial por estes indivíduos como uma doença crônica, silenciosa e assintomática, exigindo uma prevenção pautada em hábitos de vida saudáveis e um tratamento embasado em cuidados contínuos.

Nessa perspectiva, em estudo acerca da insuficiência cardíaca, as autoras verificaram que o conhecimento sobre aquela doença poderia ser fruto das experiências vivenciadas pelos indivíduos e do senso comum, e apontaram para a necessidade de práticas de educação em saúde pautadas na aprendizagem significativa e nas necessidades específicas daquele grupo, o que pode constituir uma medida eficaz também a ser adotada frente à situação identificada neste estudo <sup>(25)</sup>.

No que se refere ao conhecimento dos participantes sobre o controle da doença, os mesmos apontam o uso de medicamentos, a alimentação pautada na restrição de sal e gordura, e a prática de exercícios físicos como medidas terapêuticas. Em relação a isso sabe-se que, somando a essas práticas, o tratamento da hipertensão arterial deve ser baseado nos fatores de risco para a doença, tais como a redução do consumo de bebidas alcoólicas, a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial, o não-tabagismo, dentre outros <sup>(18,16)</sup>.

Nesse aspecto, defende-se que a produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial deve ser realizada mediante o uso de tecnologias relacionais, incluindo o hipertenso e sua família na prevenção da doença e adoção de hábitos de vida saudáveis <sup>(18, 26-27)</sup>.

No entanto, causa certa preocupação o fato de que o desconhecimento das pessoas hipertensas acerca da doença seja ainda uma realidade. Esperava-se que, uma vez realizado o diagnóstico e instituído o tratamento, os indivíduos tivessem acesso a informações acerca da doença, tornando-os capazes de conhecê-la e conceituá-la.

Nesse contexto, estudos internacionais apontam que problemáticas quanto ao tratamento e o controle da hipertensão arterial podem ser melhoradas mediante o aumento da consciência do hipertenso acerca da doença, e melhorias direcionadas ao tratamento, apontando a medicina preventiva como a chave para o controle da doença <sup>(28-29)</sup>.

Assim, na busca pela superação desta situação, recomenda-se que hipertensos e comunidade em geral sejam alvos de processos educativos que abordem os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão, as características da doença, a falta de sintomatologia, suas complicações e os princípios do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, dentre outros <sup>(18)</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Em síntese, os dados acerca do conhecimento dos trabalhadores informais sobre a hipertensão arterial demonstram a mesma como uma doença aguda, sintomática, causada por hábitos alimentares inadequados, que pode sofrer influências de problemas de cunho emocional, que é passível de controle por meio da terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, e que é pautada na mudança de hábitos alimentares e na prática de exercícios físicos.

Este estudo apresenta-se relevante em face dos achados referentes ao conhecimento da doença. No entanto, os achados referentes ao seu desconhecimento são ainda mais relevantes, tendo em vista que o desconhecimento da doença pode acarretar na falta de cuidados para com a mesma. Nesse sentido, os resultados encontrados apontam para a necessidade de maiores investimentos no campo da educação em saúde acerca da hipertensão arterial, até porque a maioria dos participantes tem idade entre 30 e 60 anos e não concluíram o ensino fundamental.

As limitações deste estudo dizem respeito ao fato de que, como estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, ele se preocupou apenas em apreender os conhecimentos dos participantes acerca da hipertensão arterial, não realizando intervenções direcionadas à construção desse conhecimento diante dos resultados encontrados. No entanto, a partir de seus resultados é possível que sejam identificadas possibilidades de intervenções para a construção deste conhecimento, com vistas a minimizar esta limitação.

Assim, espera-se que um estudo desta natureza seja capaz de estimular formuladores de políticas públicas, gestores, pesquisadores, profissionais de saúde, professores e estudantes da área, e outros atores sociais a investirem esforços no desenvolvimento de estratégias

inovadoras que possam difundir de forma significativa e adaptada os conhecimentos científicos acerca da hipertensão arterial entre os trabalhadores informais e a população em geral.

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010; 95 (1) Supl1:1-51.
2. World Health Organization (WHO). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Día Mundial de la Salud. Geneva: WHO; 2013.
3. World Health Organization (WHO). A hipertensão é um problema comum? Geneva: WHO; 2012.
4. Moura EC, Silva SA, Malta DC, Morais NOL. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado 2014 out. 20]; 27(3):486-496. Disponível em: [//www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/09.pdf)  
DOI 10.1590/S0102-311X2011000300009
5. Muraro AP, Santos DF, Rodrigues PRM, Braga JU. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. Ciênc. saúde colet. [Internet]. 2013 [citado 2014 out. 20]; 18(5):1387-1398. Disponível em: [//www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/24.pdf)  
DOI 10.1590/S1413-81232013000500024
6. Malfatti CRM, Assunção AN. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. Ciênc. saúde colet. [Internet]. 2011 [citado 2014 nov. 12]; 16 Supl 1:1383-1388. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a73v16s1.pdf>  
DOI 10.1590/S1413-81232011000700073
7. GIATTI L, BARRETO SM. Situação no Mercado de Trabalho e utilização de Serviços de Saúde no Brasil. Ciênc. saúde colet. [Internet]. 2011 [citado 2014 nov. 12]; 16(9):3817-3827. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63019950017.pdf>  
DOI 10.1590/S1413-81232011001000017

- 8.** Barreto MS, Reiners AAO, Marcon SS. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2014 [citado 2014 out. 20]; 22(3): 491-498. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt\\_0104-1169-rlae-22-03-00491.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00491.pdf)  
DOI 10.1590/0104-1169.3447.2442
- 9.** Amorim TC, Tavares AS, Lima TDF, Silva BRD Araújo GBC. Opinião de pacientes hipertensos sobre efetividade do tratamento e fatores de risco associados à doença. *Rev Bras Clin Med. São Paulo*, 2012;10(6):490-4
- 10.** Silva JMM, Mantovani MF, Ulbrich EM. A crise hipertensiva e o conhecimento da doença por indivíduos portadores de hipertensão. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2013 [citado 2014 out. 20]; 2(3):17-25. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5680/pdf>  
DOI 10.5902/217976925680
- 11.** Zattar LC, Boing AF, Giehl MWC, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado 2014 out. 21]; 29(3):507-521. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a09v29n3.pdf>  
DOI 10.1590/S0102-311X2013000300009
- 12.** Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12nd ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- 13.** Richardson RJ, Peres JAS. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3rd ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- 14.** Bardin, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- 15.** Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Públ.* 2012 Dez; 46 Supl 1:126-134.
- 16.** Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília; 2006.
- 17.** He FJ, Li J; MacGregor GA. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. [Internet]. 2013 [citado 2014 out. 21]; 346:325-325. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/346/bmj.f1325.full.pdf>  
DOI 10.1136/bmj.f1325

- 18.** Machado MC, Pires CVS, Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciênc. saúde colet.* [Internet]. 2012 [citado 2014 out. 21]; 17(5): 1357-1363. Disponível em: [//www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a30v17n5.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a30v17n5.pdf)  
DOI 10.1590/S1413-81232012000500030
- 19.** Maciel KF, Ulbrich EM, Labronici LM, Maftum MA, Mantovani MF, Mazza VA. A hipertensão arterial na Percepção dos seus portadores. *Cienc Cuid Saude.* [Internet]. 2011 [citado 2014 out. 21]; 10(3):437-443. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10845/pdf>  
DOI 10.4025/cienccuidsaude.v10i3.10845
- 20.** Silva AMB, Keller B, Coelho BW. Associação entre pressão arterial e estresse percebido em motoristas de ônibus. *J. Health Sci. Inst.* [Internet]. 2013 [citado 2014 out. 21]; 31(1):75-8. Disponível em: [http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/01\\_jan-mar/V31\\_n1\\_2013\\_p75a78.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/01_jan-mar/V31_n1_2013_p75a78.pdf)
- 21.** Faquinello P; Marcon SS; Waidmann MAP. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2011 [citado 2014 out. 21]; 64(5): 849-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a08v64n5.pdf>  
DOI 10.1590/S0034-71672011000500008
- 22.** Almeida GBS, Paz EPA, Silva GA. Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2011 [citado 2014 out. 21]; 24( 4 ): 459-465. Disponível em:  
DOI 10.1590/S0103-21002011000400003
- 23.** Leão e Silva LO, Dias CA, Rodrigues SM, Soares MM, Oliveira MA, Machado CJ. Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2013 [citado 2014 out. 21]; 21(2): 121-128. Disponível em: [//www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/04.pdf)  
DOI 10.1590/S1414-462X2013000200004
- 24.** Leão e Silva LO, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis* [Internet]. 2013 [citado 2014 out. 21]; 23(1):227-242. Disponível em:[//www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/13.pdf)  
DOI 10.1590/S0103-73312013000100013
- 25.** Freitas MTS, Puschel VAA. Heart failure: expressions of personal knowledge about the disease. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2014 oct. 21] ; 47(4): 922-930. Available from: [//www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en\\_0080-6234-reeusp-47-4-0922.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0922.pdf)  
DOI: 10.1590/S0080-623420130000400021



- 26.** Santos FPA, Nery AA, Matumoto S. Care provided to patients with hypertension and health technologies for treatment. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2014 oct. 21]; 47(1):107-114. Available from: [//www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en\\_a14v47n1/en\\_a14v47n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a14v47n1/en_a14v47n1.pdf)  
DOI 10.1590/S0080-62342013000100014
- 27.** Lima LL, Moreira TMM, Jorge MSB. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2014 out. 21]; 66(4):514-522. Disponível em: [//www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a08.pdf)  
DOI 10.1590/S0034-71672013000400008
- 28.** Jiang B, Liu H, Ru X, Zhang H, Wu S, Wang W. Hypertension Detection, Management, Control and Associated Factors Among Residents Accessing Community Health. [Internet]. 2014 [citado 2014 out. 21]; 4:4845. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24784167>  
DOI 10.1590/S0034-71672013000400008
- 29.** Fisher-Hoch SP, Vatcheva KP, Laing ST, Hossain MM, Rahbar MH, Hanis CL, et al. Missed Opportunities for Diagnosis and Treatment of Diabetes, Hypertension, and Hypercholesterolemia in a Mexican American Population, Cameron County Hispanic Cohort, 2003–2008. *Anterior Crônica Dis.* [Internet]. 2012 [citado 2014 out. 21]; 9:110298. Disponível em: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2012/pdf/11\\_0298.pdf](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2012/pdf/11_0298.pdf)  
DOI 10.5888/pcd9.110298

**4.2 MANUSCRITO 2:** Hipertensão arterial: (des)caminhos dos trabalhadores informais na busca pelos serviços de saúde

O manuscrito será submetido à Revista Texto e Contexto Enfermagem, elaborado conforme as instruções para autores desse periódico, disponíveis em <http://www.textoecontexto.ufsc.br/en/normas-para-publicacao/>.

## **HIPERTENSÃO ARTERIAL: (DES) CAMINHOS DOS TRABALHADORES INFORMAIS NA BUSCA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Paula Peixoto Messias Barreto  
Adriana Alves Nery

### **RESUMO**

Objetivou-se identificar a procura dos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial pelos serviços de saúde. Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa que teve como participantes 18 trabalhadores informais do comércio que exercem suas atividades laborais no Centro de Abastecimento Vicente Grilo, mercado público do município de Jequié, região Sudoeste da Bahia. O instrumento de produção de dados foi a entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi realizada mediante a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, da qual emergiram duas categorias, sendo a primeira a procura por serviços de saúde, que apresenta três subcategorias, e a segunda que aponta a não procura pelos serviços de saúde. O estudo revelou que os trabalhadores informais do comércio apresentam um comportamento diversificado quanto à procura pelos serviços de saúde.

**Descritores:** Acessibilidade aos Serviços de Saúde, Hipertensão, Trabalhadores Informais.

### **ABSTRACT**

This survey aimed to identify the demand of informal trade workers with hypertension for health services. Descriptive study, with qualitative approach that had as participants 18 informal trade workers who conduct their work activities at the Supply Centre Vicente Grilo, public market in the municipality of Jequié, Southwest region of Bahia. The instrument of data production was semi-structured interview. Data analysis was performed using the technique of thematic content analysis from which two categories emerged. The first was demand for health services, which had three subcategories, and the second pointing to no demand for health services. The study revealed that informal trade workers have a diverse behavior regarding the demand for health services.

**Descriptors:** Health Services Accessibility, Hypertension, Workers.

## INTRODUÇÃO

O trabalho informal é aquele sem carteira de trabalho assinada, e, portanto, sem vínculo empregatício formal. Participam deste grupo os trabalhadores domésticos, empregadores e trabalhadores por conta própria que não contribuem para a previdência social, trabalhadores não remunerados, como também aqueles que atuam na produção para o próprio consumo e na construção para o próprio uso.<sup>1</sup>

Sua gênese está relacionada ao crescente contingente de desempregados provenientes do sistema de desenvolvimento capitalista, que suscitou a formação de um segmento significativo da população não incorporado à macroeconomia, e sua manutenção; está ligada à emergência de uma crise social e econômica que vem apresentando repercussões em termos de precarização social e do trabalho e suscitando movimentos de desemprego, de forma contínua e maciça.<sup>2-3</sup>

No Brasil, o mercado de trabalho informal é expressivo. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apontam que, em 2011, aproximadamente 45% da totalidade dos postos de trabalho informados eram provenientes do setor informal. Em 2012, a mesma pesquisa constatou que 71,7% dos idosos e 46,5% dos jovens com idade entre 16 e 24 anos que exercem alguma atividade trabalhista exercem-na no âmbito da informalidade.<sup>4-5</sup>

Do ponto de vista da saúde, a situação do trabalho informal é preocupante, visto que os trabalhadores informais procuram menos os serviços de saúde e recebem menos atendimento quando comparados aos trabalhadores formais. Essa é uma desigualdade que se torna ainda mais relevante e injusta se verificada sob o ângulo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como a hipertensão arterial, que necessitam de acompanhamento frequente da situação de saúde e uso regular de medicação.<sup>6-7</sup>

Nesse contexto, estudiosos apontam que a presença das DCNT, dentre as quais a hipertensão arterial, ainda é um assunto pouco discutido em populações vulneráveis, como a dos trabalhadores informais, e alertam para a necessidade de se conhecer o perfil dessas populações e as particularidades relacionadas à sua dinâmica de acessibilidade aos serviços de saúde.<sup>8</sup>

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo identificar a procura dos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial pelos serviços de saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, que teve como campo o município de Jequié, situado na região Sudoeste da Bahia, e como cenário o Centro de Abastecimento Vicente Grilo (CAVG), mercado público municipal, construído entre os anos de 1989 e 1990, e que comporta 1.404 unidades comerciais distribuídas em 11 setores comerciais (setores A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K), onde são comercializados gêneros alimentícios, temperos, frutas e verduras, farináceos, confecções, comidas e bebidas, eletrônicos, carnes, artesanatos.

Os participantes do estudo são trabalhadores informais do comércio, hipertensos, identificados e selecionados do banco de dados da pesquisa “Condições Laborais e de Saúde de Trabalhadores Informais do Comércio”, aprovada sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 04755112.3.0000.0055. O subprojeto que originou o presente estudo foi inserido na referida pesquisa sob o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) nº 513.579.<sup>9</sup>

Os participantes foram selecionados pelo critério de inclusão progressiva e interrupção por saturação, seguindo a ordem do sorteio por conglomerados, buscando a representatividade de cada setor de serviços do cenário estudado. Assim, procedeu-se primeiramente ao sorteio de um trabalhador do Setor A, posteriormente do Setor B, e assim sucessivamente, seguindo a ordem dos setores.<sup>10-11</sup>

Foram entrevistados 18 trabalhadores informais do comércio, sendo 02 por setor, exceto dos Setores E e F, nos quais foi entrevistado apenas 01 trabalhador de cada, devido ao critério de saturação; e do Setor H, no qual não foi encontrado nenhum trabalhador durante o período da coleta.

A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, cujas questões disparadoras foram: “O senhor(a) tem acesso aos serviços de saúde do município? O senhor(a) vai até os serviços de saúde do município? Quais? O senhor(a) procura os serviços de saúde do município? Por quais motivos?”. A realização das entrevistas aconteceu no período de fevereiro a abril do ano de 2014, após a realização do estudo piloto e aprovação do CEP-UESB. Todos os entrevistados tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado em duas vias.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e analisadas à luz da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, seguindo as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.<sup>12</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização da população estudada

**Tabela 01.** Características sociodemográficas e de saúde de trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial. Jequié – BA –, 2014.

<b>CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO</b>	<b>n</b>
<b>Sexo (n=18)</b>	
Masculino	10
Feminino	08
<b>Faixa etária em anos (n=18)</b>	
30  – 60	15
60 ou mais anos	03
<b>Raça/Cor (n=18)</b>	
Branca	03
Amarela	01
Parda	10
Indígena	01
Preta	03
<b>Situação conjugal (n=18)</b>	
Solteiro	05
Casado	11
União estável	01
Divorciado/separado/desquitado	01
<b>Escolaridade (n=18)</b>	
Sem escolaridade	05
Não concluiu o ensino fundamental	11
Concluiu o ensino fundamental	01
Concluiu o ensino médio	01
<b>Outras condições de saúde autorreferidas (n=16)</b>	
Doença Cardíaca	02
Hipercolesterolemia	08
Obesidade	01
Infarto Agudo do Miocárdio	02
Doença Renal	03
<b>Tipo de serviço de saúde procurado no ano anterior (n=15)</b>	
Unidade de Saúde da Família (USF)	07
Clínica particular	06
Hospital	02

Os participantes da pesquisa em sua maioria são homens (10), na faixa etária entre 30 a 60 anos (15), possuem a cor da pele parda (10). No tocante à situação conjugal são casados (11) e, referente à escolaridade, a maioria não concluiu o ensino fundamental (11).

Todos autorreferiram ser hipertensos (18) e, em relação a outras condições de saúde, a maioria referiu ser portador de comorbidades (16), dentre as quais hipercolesterolemia (08) e obesidade (01). Evidenciou-se ainda que 07 participantes já apresentavam complicações cardiovasculares, sendo elas a doença renal (03), a doença cardíaca (02), e a ocorrência de infarto agudo do miocárdio (02).

No tocante à procura por serviços de saúde no ano de 2013, 15 dos trabalhadores informaram ter procurado algum serviço de saúde, sendo que 07 buscaram a unidade de saúde da família, 02 o serviço hospitalar e 06 a clínica particular. Destes últimos, apenas 02 possuem plano de saúde e 04 pagaram por consultas particulares.

A análise das entrevistas possibilitou inferir que os trabalhadores informais apresentam um comportamento diversificado quanto à procura pelos serviços de saúde. Os achados do estudo deram origem a duas categorias temáticas. A primeira diz respeito à procura por serviços de saúde pelos trabalhadores informais do comércio e apresenta três subcategorias: procura periódica por serviços de saúde; procura pelos serviços de saúde devido a sinais e/ou sintomas de doenças ou agravos à saúde; e procura por outras alternativas assistenciais para o enfrentamento dos problemas de saúde. A segunda categoria é referente a não procura por serviços de saúde pelos trabalhadores informais do comércio.

### **Categoria I: Procura por serviços de saúde pelos trabalhadores informais do comércio**

Os participantes do estudo buscam os serviços públicos de saúde e as clínicas privadas de forma periódica para fins de acompanhamento regular da saúde; realizam também a procura por outras alternativas assistenciais para o enfrentamento dos seus problemas de saúde; e há ainda aqueles que buscam os serviços de saúde apenas diante de sinais e sintomas de doenças.

No que diz respeito à *procura periódica por serviços de saúde*, a atenção básica foi revelada como local de acompanhamento regular da saúde entre os trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial.

*[...] o PSF. Eu vou no dia certinho. (E4, setor D)*

*Eu vou no posto [...] faz o acompanhamento. (E11, setor A)*

*Vou lá no posto todo final de mês [...] (E17, setor J)*

*Vou no posto (E10, setor K)*

Tal situação mostra-se positiva e pode estar refletindo a atuação das equipes de atenção básica mediante o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), criado pelo Ministério da Saúde em março de 2002, que atua no conhecimento do perfil demográfico, clínico e epidemiológico, e no registro das ações prestadas à população hipertensa e diabética.<sup>13</sup>

No entanto, mesmo que o acompanhamento do usuário com hipertensão arterial na atenção básica possa configurar-se como uma realidade entre os participantes da pesquisa, em estudo realizado por Santos, Nery e Matumoto<sup>14</sup> (2013), as autoras apontam que a atuação dos profissionais de saúde na produção do cuidado ao usuário com hipertensão arterial muitas vezes é pautada numa visão biologicista, com ênfase em normas, procedimentos e orientações sobre o uso de medicamentos.

Assim, para alcançar a superação dessa situação, espera-se que profissionais de saúde lancem mão de tecnologias relacionais, assumindo atitudes humanizadoras e acolhedoras e atuando de modo a estimular a corresponsabilização clínica e a produção da autonomia entre os usuários no processo saúde-doença-cuidado e na construção de seus projetos terapêuticos.  
14-15

Todavia, cabe lembrar que o Hiperdia necessita de maiores investimentos em estratégias de diagnóstico e cadastramento dos hipertensos, e que dificuldades referentes ao acesso dos usuários hipertensos à atenção básica ainda é uma problemática presente no sistema de saúde brasileiro.<sup>15-16</sup>

Assim, visando obter a assistência à saúde e o tratamento da hipertensão arterial, os trabalhadores informais do comércio, além de procurar os serviços públicos de saúde, se direcionam para os serviços privados.

*Sempre to no posto, às vezes particular. Vou todos trinta dias [...] (E 2, setor B)*

*Eu vou lá no posto de saúde [...] vou lá na clínica. (E12, setor B)*

*[...] eu vou na clínica. (E9, setor J)*

Nesse aspecto, acredita-se que, por vezes, as desigualdades na oferta dos serviços de saúde decorrentes da impossibilidade do sistema de saúde público brasileiro atender a todas as



demandas de saúde-doença da população influenciam os usuários a procurarem o setor de saúde particular para complementar o atendimento de suas necessidades de saúde.

Os participantes referiram ainda procurar por atendimento no serviço hospitalar que, com base nas falas, vem sendo responsável pela prestação de cuidados ambulatoriais, conforme pode ser verificado nas colocações a seguir:

*Há uns seis meses eu fiz consulta no hospital (E9, setor J)*

*A não ser o posto eu vou (fazer acompanhamento da hipertensão) no hospital [...] (E17, setor J)*

Diante dessas colocações, percebe-se a assimilação do hospital como espaço de prestação de cuidados ambulatoriais. A esse ponto, reflete-se que possa estar havendo equívocos referentes à interpretação dos participantes quanto ao nível de complexidade tecnológica no qual está situado o serviço hospitalar na rede assistencial de saúde.

Ao que parece, os trabalhadores vêm atribuindo ao sistema hospitalar a função de atuar na prestação do acompanhamento regular e longitudinal da saúde e da hipertensão arterial. Cogita-se ainda que, de alguma forma, o hospital venha acolhendo e vinculando os usuários para fins de acompanhamento ambulatorial contínuo, como pode ser percebido a seguir:

*Vou no hospital, pego a receita, pego o remédio, com três meses volto (E15, setor G)*

A atenção básica tem como desafio, reestruturar o modelo assistencial, ordenar as redes de atenção à saúde e reordenar as práticas profissionais, além de acolher e vincular os usuários, desenvolvendo um plano de cuidado longitudinal e efetivo na resolução dos problemas de saúde, dentre os quais a hipertensão arterial.<sup>17-18</sup>

No entanto, observa-se que apesar de haver uma crescente valorização por parte dos usuários quanto ao acompanhamento da sua situação de saúde pelos serviços de atenção básica, por vezes, dificuldades de acesso podem gerar distorções no serviço de saúde, fazendo com que a porta de entrada para o atendimento se dê por meio de serviços hospitalares e não pela atenção básica.<sup>15,19</sup>

Somado a isso, verifica-se que os usuários do SUS, em sua busca por assistência médica, vêm demonstrando historicamente certa preferência por prontos-socorros e hospitais locais. Isso porque esses espaços, por diversas razões, se apresentam para os usuários como

espaços de maior resolubilidade, quando comparados aos serviços de atenção básica, que são vistos pelos usuários como sinônimo de barreiras ao acesso e demonstram uma imagem de grande limitação de recursos humanos e materiais.<sup>20</sup>

Diante das colocações dos entrevistados, cabe mencionar que neste estudo a porta de entrada do sistema de saúde mostrou-se diversa. Desse modo, além da atenção básica, os trabalhadores informais do comércio demonstraram ainda certa inclinação ao serviço particular de saúde e à rede hospitalar.

Diferentemente daqueles que mantêm um comportamento de busca regular pela assistência à saúde, em um processo de demanda organizada, Lima, Moreira e Jorge<sup>15</sup> (2013) apontam que as pessoas com hipertensão arterial buscam o serviço de saúde também por demanda espontânea. Nesse contexto, percebe-se um grupo de trabalhadores informais com hipertensão que *procura pelos serviços de saúde devido a sinais e sintomas de doenças ou agravos à saúde*.

*[...] se eu to me sentindo mal, pressão alta, eu procuro um médico [...]* (E01, setor A)

*Quando vê que ta ruim, só vai pra o hospital [...]* (E 05, setor E)

*[...] não frequento posto. Só quando to sentindo sintomas de procurar o médico [...]*  
(E07, setor G)

*Quando tem algum sintoma, uma precisão, aí vai pro médico* (E8, setor I)

*Quando eu to sentindo assim, eu vou no médico [...]* (E 13, setor C)

Embora a situação contribua para a manutenção do modelo de saúde hegemônico e da assistência médico-centrada e pontual do problema de saúde, Leão e Silva *et al.*<sup>21</sup> (2013) identificam a demanda espontânea como uma oportunidade para o acolhimento dos usuários com hipertensão arterial. Para os autores, trata-se de um momento em que podem ser identificados níveis pressóricos elevados, realizadas abordagens educativas acerca da hipertensão arterial, e também encaminhamentos com responsabilização clínica.

Assim, a demanda espontânea deve ser vista também como uma oportunidade para a abordagem destes usuários para fins de sua inserção em linhas de cuidado da hipertensão arterial, preferencialmente na atenção básica, e desenvolvimento de projetos terapêuticos, em detrimento de atendimentos pontuais.

Nesse aspecto, espera-se que os serviços de saúde, em todos os níveis assistenciais, e os profissionais que neles atuam, estejam sensíveis ao encontro com os usuários, gerando atos cuidadores e trazendo respostas positivas às suas necessidades de saúde, o que por vezes pode

ser negligenciado. Esta situação atrelada a outros fatores acaba por influenciar a ***procura por outras alternativas assistenciais para o enfrentamento dos seus problemas de saúde.***

Assim, na busca pela resolução de seus problemas de saúde, os trabalhadores informais com hipertensão recorrem também a outras alternativas assistenciais, tais como a farmácia e o uso de chás:

*Farmácia. Sempre as pessoas medem a pressão.* (E6, setor F)

*[...] vou na farmácia e olho em casa também* (E9, setor J)

*[...] eu chego na farmácia e pago pra ver como tá a pressão.* (E10, setor K)

*[...] tomo chá. Eu li no livro das plantas. Chá de sete sangria* (E16, setor I)

Infere-se que, diante das dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde, os trabalhadores informais do comércio lançam mão de outras alternativas assistenciais para o enfrentamento dos seus problemas de saúde. Esta situação demonstra que não está ocorrendo a garantia dos princípios da universalidade da assistência e do acesso instituídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme pode ser observado na fala a seguir:

*Difícil! A gente vai lá, não tem ninguém pra atender, aí volta e fica doente, e vai procurar alguma folha pra tomar chá* (E16, setor I)

Sabe-se que para possibilitar o provimento do cuidado ao usuário com hipertensão arterial, preferencialmente na atenção básica, é preciso garantir ao mesmo o acesso a serviços de saúde desta natureza, em que possa ocorrer o estabelecimento de um processo de cuidado longitudinal, permeado pelo acolhimento, vínculo e pela corresponsabilização.<sup>15</sup>

No entanto, problemáticas relacionadas à acessibilidade aos serviços de saúde têm constituído barreiras encontradas pelas pessoas hipertensas para a adesão ao tratamento e controle dos níveis pressóricos. Por isso, acredita-se que a estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica ainda precisa avançar, tendo um caminho a percorrer, a fim de garantir uma maior acessibilidade da população e maior qualificação da assistência prestada ao usuário.<sup>22-23</sup>

## **Categoria II: Não procura pelos serviços de saúde**

A postura de não procura pelos serviços de saúde mostrou-se uma realidade entre os participantes da pesquisa, que embora tivessem frequentado algum serviço de saúde no passado, demonstraram a descontinuidade desta prática.

*[...] ultimamente não to indo. Fui controlando a pressão, mas afastei [...] É desleixo, relaxo, e tem hora que falta tempo [...]* (T03, setor C)

*Eu não vou [...] sempre ia no posto de saúde e depois eu deixei, não fui mais [...]* (T08, setor I)

*Já fui, mas hoje não vou mais.* (T18, setor k)

A despeito de possíveis barreiras à acessibilidade aos serviços de saúde que possam estar imbricadas na situação, percebe-se a existência de problemáticas referentes à corresponsabilidade dos usuários para o cuidado da saúde. Nesse aspecto, a literatura aponta que os hipertensos muitas vezes deixam de adotar os cuidados adequados, por não reconhecerem a hipertensão arterial como uma doença crônica e assintomática que necessita de cuidados contínuos.<sup>24-25</sup>

Diante disso, torna-se necessário empreender esforços na busca de estratégias para a ampliação, ou mesmo o despertar da consciência de corresponsabilidade por parte dos usuários referente ao cuidado da saúde, em especial o acompanhamento clínico da hipertensão arterial investindo, sobretudo, em estratégias de educação em saúde envolvendo a temática.

Todavia, a garantia do acompanhamento sistemático dos hipertensos ainda é um desafio para o sistema de saúde, que por vezes não consegue ser efetivo no diagnóstico da doença e, em muitos casos nos quais o diagnóstico é realizado, o insucesso no controle da doença em longo prazo ocorre devido a problemáticas referentes à falta da acessibilidade ao tratamento.<sup>21,26-27</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo revelou que os trabalhadores informais do comércio apresentam um comportamento diversificado quanto à busca pelos serviços de saúde, fazendo-a de forma periódica nos serviços de atenção básica, clínicas particulares e no serviço hospitalar, mesmo que apenas mediante sinais e sintomas de doenças, demonstrando, ainda, que diante de

dificuldades na acessibilidade, os trabalhadores informais procuram por outras alternativas assistenciais.

Os resultados reforçam a necessidade de empreender esforços para aumentar a conscientização sobre as necessidades e os benefícios do acompanhamento regular da saúde, do tratamento e controle da hipertensão arterial entre os trabalhadores informais do comércio.

Acredita-se que o presente estudo reforça a importância da realização de pesquisas posteriores envolvendo a temática e a população estudada, como também oferece subsídios para a implementação de processos de educação em saúde e para o planejamento e gestão da atenção à saúde aos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial, com vistas a garantia do acesso à saúde e ao cuidado longitudinal na atenção básica.

## **REFERÊNCIAS**

1. Ansiliero G. Inclusão Previdenciária e Mercado de Trabalho no Brasil: Evidências para o Período 1992-2011. In: Informe Previdência Social. 2013 Fev; 25(2):3-30.
2. Veras RP, Bezerra SS, Veras RP. O mercado de trabalho informal como alternativa na cidade de Campina Grande-PB. Revista Litteris. 2013 Mar;11(1):194-209.
3. Hirata H. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. Cad. CRH, Salvador. 2011;24(1):15-22.
4. Ministério do Planejamento (BR). Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro (RJ): MP; 2011.
5. Ministério do Planejamento (BR). Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro (RJ): MP; 2012.
6. Miquilin IOC, Marín-León L, Monteiro MI, Corrêa Filho HR. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2013 Jul; 29(7):1392-1406.
7. Giatti L, Barreto SM. Situação no Mercado de Trabalho e utilização de Serviços de Saúde no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2011; 16(9):3817-3827.

8. Auler F, Nakashima ATA, Cuman, RKN. Health Conditions of Recyclable Waste Pickers. *Journal of Community Health*. 2014 Fev; 39(1):17-22.
9. Rios MA. Acidentes de trabalho, condições laborais e de saúde de trabalhadores informais do comércio [dissertação]. Jequié (BA): Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde; 2013.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2010.
11. Richardson RJ, Peres JAS. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo (SP): Atlas; 2009.
12. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo (SP): Edições 70; 2011.
13. Giorotto E, Andrade SM, Cabrera MAS. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2010 Abr-Jun; 19(2):133-141.
14. Santos FPA, Nery AA, Matumoto S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Fev; 47(1):107-114.
15. Lima LL, Moreira TMM, Jorge MSB. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. *Rev Bras Enferm*. 2013 Ago; 66(4):514-522.
16. Virgolino JLB, Santos SR, Oliveira CKN, Cunha RJP. Sistema hiperdia: estudo longitudinal em um distrito sanitário. *Rev enferm UFPE on line*. 2013 Out; 7(10):6006-12.
17. Brasil. Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 21 out 2011. Seção 1.
18. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 31 dez 2010. Seção 1.
19. Arruda-Barbosa L, Dantas TM, Oliveira CC. Estratégia saúde da família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. *Rev. bras. promoç. Saúde*. 2011 Out-Dez; 24(4):347-354.

- 20.** Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc. saúde colet.* 2009; 14(5):1929-1938.
- 21.** Leão e Silva LO, Dias CA, Rodrigues SM, Soares MM, Oliveira MA, Machado CJ. Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. *Cad. Saúde Colet.* 2013; 21(2): 121-128.
- 22.** Guedes MVC, Araujo TL, Lopes MVO, Silva LF, Freitas MC, Almeida PC. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm.* 2011;64( 6 ): 1038-1042.
- 23.** Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc. saúde colet.* 2012 Nov; 17(11):903-2912.
- 24.** Lima AS, Gaia ESM, Ferreira MA. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. *Saúde Coletiva em Debate.* 2012 Dez; 2(1)30-29.
- 25.** Leão e Silva LO, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis.* 2013; 23(1):227-242.
- 26.** World Health Organization (WHO). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. *Día Mundial de la Salud.* Geneva (CH): WHO; 2013.
- 27.** \_\_\_\_\_. A hipertensão é um problema comum? Geneva (CH): WHO; 2012.

**4.3 MANUSCRITO 3:** Acessibilidade a serviços de saúde por trabalhadores informais do comércio

O manuscrito será submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva, elaborado conforme as instruções para autores desse periódico, disponíveis em: [http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/imagens/instrucoes\\_para\\_colaboradores\\_2011.pdf](http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/imagens/instrucoes_para_colaboradores_2011.pdf).



## ACESSIBILIDADE A SERVIÇOS DE SAÚDE POR TRABALHADORES INFORMAIS DO COMÉRCIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Paula Peixoto Messias Barreto  
Adriana Alves Nery

### RESUMO

Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, com objetivo de identificar as facilidades e dificuldades encontradas pelos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial na acessibilidade aos serviços de saúde. Participaram do estudo 18 trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial que desenvolvem suas atividades laborais no Centro de Abastecimento Vicente Grilo, mercado público situado em Jequié – BA. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e realização do estudo piloto. A análise foi realizada de acordo a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Como resultado, os trabalhadores informais do comércio apontam facilidades e dificuldades na dinâmica de acessibilidade aos serviços de saúde públicos e no sistema de saúde privado, ocorrendo ainda dificuldades de acessibilidade relacionadas a questões de gênero e a falta de tempo para ir aos serviços de saúde, devido a atividades laborais.

**Descritores:** Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Trabalhadores Informais; Hipertensão.

### ABSTRACT

Exploratory and descriptive qualitative study, aiming to identify the facilitating aspects and difficulties encountered by informal trade workers with hypertension in accessing health services. The sample included 18 informal trade workers with hypertension who develop their work activities at the Supply Center Vicente Grilo, public market located in Jequié – Bahia. The data was collected through semi-structured interviews after approval by the Research in Ethics Committee and completion of the pilot study. The analysis was conducted according to the technique of thematic content analysis. As a result, informal trade workers point facilities and difficulties in the dynamics of accessing public health services and the private health system, still occurring accessibility difficulties related to gender issues and the lack of time to go to health services due to labor activities.

**Descriptors:** Health Services Accessibility; Workers; Hypertension.

## INTRODUÇÃO

O acesso universal e igualitário da população às ações e serviços de saúde para sua prevenção, promoção, proteção e recuperação é um direito garantido pela Constituição Federal, sendo um dos princípios da Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde, além de ser um princípio orientador e uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica<sup>1,2,3</sup>.

Nesse contexto, pode-se entender a acessibilidade como a capacidade do sistema de saúde em relação à produção e oferta de serviços capazes de atrair e responder às necessidades de saúde da população, e também como uma característica do sistema de saúde que possibilita aos usuários conseguirem chegar aos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade assistencial<sup>4,5</sup>.

A acessibilidade pode ser entendida, ainda, como grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde, devendo o seu conceito estar vinculado ao processo de conceber e enfrentar a doença e o seu estudo, considerados os limites de espaço e tempo. Ela resulta da combinação de fatores das dimensões geográfica, organizacional, sociocultural e econômica, que podem constituir obstáculos enfrentados pela população na busca pelos serviços de saúde<sup>6</sup>.

Estudos recentes em torno da temática têm evidenciado a existência de problemáticas relacionadas à acessibilidade no contexto do sistema de saúde brasileiro. Eles apontam que os trabalhadores informais estão entre os grupos que apresentam os menores índices de acesso aos serviços de saúde. Tal situação pode vir a colocar o trabalhador em condição de vulnerabilidade, quando observado que o trabalho informal tem sido ainda associado a uma pior condição de saúde entre adultos brasileiros<sup>7,8</sup>.

Nesse contexto, observando as ideias de Auler *et al.*<sup>9</sup> que apontam ser necessário conhecer melhor as particularidades relacionadas à dinâmica de acessibilidade aos serviços de saúde entre populações vulneráveis, dentre as quais podem estar inseridos os trabalhadores informais, traçou-se o seguinte questionamento: “Quais as facilidades e/ou dificuldades encontradas pelos trabalhadores informais do comércio na acessibilidade aos serviços de saúde para o cuidado longitudinal da hipertensão arterial?”.

Diante disso, o presente estudo tem o objetivo de identificar as facilidades e dificuldades encontradas pelos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial na acessibilidade aos serviços de saúde.

Salienta-se que o escasso número de estudos acerca dos trabalhadores informais do comércio, somado à necessidade da realização de pesquisas envolvendo particularidades referentes ao acesso e utilização dos serviços de saúde entre trabalhadores informais, tornam este estudo pertinente <sup>8</sup>.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa que teve como campo do estudo o município de Jequié – BA e como cenário o Centro de Abastecimento Vicente Grilo (CAVG). Os participantes do estudo foram trabalhadores informais do comércio que exercem suas atividades laborais no referido mercado.

Jequié é um município de médio porte que, do ponto de vista da saúde, é localizado no Território de Identidade do Médio Rio de Contas, sendo sede da Região de Saúde que leva seu nome. Apresenta em sua rede assistencial 18 Unidades de Saúde da Família, 04 Unidades Básicas de Saúde, 04 Centros de Saúde, 05 Hospitais Gerais e 01 Hospital Maternidade, além de demais estabelecimentos públicos e da rede conveniada <sup>10,11</sup>.

O CAVG é um mercado público municipal que foi inaugurado na década de 90. Atualmente, apresenta 1.404 unidades comerciais distribuídas em 11 setores que comportam pavilhões, quadras, shopping popular, barracas e tabuleiros, vendedores ambulantes, restaurantes, bares e açougues. É um espaço que agrega grande parte de trabalhadores informais do comércio em atuação no município <sup>12,13</sup>.

Os participantes do estudo foram 18 trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial selecionados do banco de dados do estudo “Condições Laborais e de Saúde de Trabalhadores Informais do Comércio”, da qual esta pesquisa faz parte, seguindo o critério de inclusão progressiva e interrupção por saturação, buscando a representatividade dos trabalhadores dos 11 setores do CAVG <sup>14,15</sup>.

Os trabalhadores informais do comércio são homens e mulheres, com idade entre 39 a 69 anos, em sua maioria de raça/cor parda, casados, que não concluíram o ensino fundamental e que atuam no CAVG como ambulantes, camelôs e feirantes, com uma média de 16 anos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 04755112.3.0000.0055. O subprojeto que originou o presente estudo foi inserido na referida pesquisa sob o parecer do CEP/UESB nº 513.579. <sup>9</sup>

Foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Os dados foram coletados após a aprovação do CEP/UESB e realização do estudo piloto. Todos os participantes da pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado em duas vias, sendo que uma via foi entregue ao participante e a outra ficou à guarda e responsabilidade da pesquisadora. Os conteúdos das entrevistas foram gravados, transcritos e analisados à luz da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática<sup>16</sup>.

Na apresentação dos resultados, as falas dos entrevistados e o setor de trabalho no qual atuam foram identificados por uma letra seguida de número, a saber, Trabalhador 1 (T1), Setor 1 (S1), e assim sucessivamente.

## RESULTADOS

A partir da análise dos achados da pesquisa emergiram duas categorias temáticas que retratam as facilidades e dificuldades na acessibilidade a serviços de saúde por trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial.

### **Categoria I: Facilidades na dinâmica de acessibilidade aos serviços de saúde**

A primeira categoria aborda as facilidades na acessibilidade aos serviços de saúde e apresenta duas subcategorias, sendo elas: 1. facilidades na acessibilidade ao serviço público de saúde; 2. facilidades na acessibilidade ao serviço de saúde particular.

No tocante às *facilidades na acessibilidade ao serviço público de saúde*, foram identificadas nas falas dos trabalhadores aquelas facilidades que perpassam pela dimensão geográfica e organizacional. Na dimensão geográfica, o fator facilitador diz respeito à proximidade entre os serviços de atenção básica e o domicílio dos trabalhadores informais.

*É próximo da minha casa. Pertinho. É próximo, é fácil de ir. (T3, S3)*

*É pertinho, eu vou andando. (T4, S4)*

*É aqui pertinho. (T6, S6)*

Em estudo anterior, acerca da dinâmica de acessibilidade à atenção básica, foi evidenciado que a proximidade entre a unidade de saúde e o domicílio, como também seu horário de funcionamento, são fatores facilitadores da acessibilidade. No entanto, vale ressaltar que, mesmo com a existência desta facilidade devido à proximidade entre a unidade

de saúde e o domicílio, os usuários preferem deslocar-se até as unidades nas quais são mais bem atendidos e não necessariamente as mais próximas de casa<sup>17,18</sup>.

Estes achados levam a reflexões acerca da acessibilidade mediada pela qualidade e resolutividade dos serviços prestados e que perpassa pelas dimensões do acolhimento. Nesse sentido, a fala de um participante evidenciou que o uso de tecnologias relacionais pelos profissionais da atenção básica constitui-se em um fator facilitador da acessibilidade, demonstrando a importância das mesmas no processo de produção do cuidado e oferta de serviços de saúde, situação que fora evidenciada por Santos *et al.*<sup>19</sup> em estudo anterior, e, que pode ser verificada na fala a seguir:

*Quando chega lá é fácil. Todo mundo educado, trata a gente bem. Lá eu gosto muito.*  
(T15, S7)

Nesse aspecto, verifica-se que a acessibilidade aos serviços de saúde guarda relação com tecnologias relacionais, dentre as quais o acolhimento e o vínculo. Esses por sua vez, ensejam posturas ativas dos trabalhadores de saúde diante das necessidades dos usuários, resgatam a humanização e o respeito com o outro, e envolvem a garantia do atendimento das necessidades de saúde e a responsabilização pelos problemas dos usuários, sendo, portanto, fatores facilitadores da acessibilidade<sup>17, 20, 21, 22</sup>.

Assim, faz-se necessário que os profissionais de saúde se apropriem do que seja o acolhimento e atuem mediante práticas mais humanizadas para que haja uma adequada interpretação das demandas apresentadas pelos usuários, ultrapassando o modelo de saúde curativista hegemônico, ampliando a acessibilidade e atuando na maior resolutividade dos casos acompanhados pelas equipes de saúde<sup>19, 21, 22</sup>.

Do ponto de vista organizacional, a garantia da vaga para o agendamento de consultas e a concretização do atendimento foram evidenciadas como fatores facilitadores da acessibilidade no serviço público.

*Já estando marcado é só a gente ir [...] (T3, S3)*

*Quando eu chego lá tá tudo marcado [...] (T10, S11)*

*Todo mês o remédio termina e eu vou. Já tá marcado, ou até antes [...] (T17, S10)*

Nesse ponto, consideram-se positivas as existências de tais garantias. No entanto, reflete-se que outros quesitos devem ser questionados na situação, tais como a qualidade da

assistência prestada nos atendimentos, a resolutividade das ações desenvolvidas e a aproximação das práticas assistenciais com as reais necessidades do usuário e com a organização das redes de atenção à saúde. Estes questionamentos poderão contribuir para a ampliação de um entendimento da acessibilidade que leve em consideração também a ótica da qualidade <sup>23</sup>.

Portanto, ressalta-se que a acessibilidade deve ser entendida num contexto ampliado, devendo haver esforços para que o seu significado não fique restrito ao simples ato de adentrar nos serviços de saúde, mas sim esteja atrelado ao conceito de inserção permanente numa rede de cuidados e tecnologias assistenciais simples e complexas, que levem em conta a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação. É necessário que a acessibilidade atue observando não apenas a clínica propriamente dita, mas sim a clínica ampliada, que leva em consideração as singularidades dos usuários e seus modos de vida.

Nesse contexto, ao abordar o acompanhamento longitudinal da situação de saúde, os trabalhadores informais com hipertensão arterial evidenciaram a enfermagem como categoria profissional responsável diretamente por essa ação, o que pode ser atribuído à atuação desses profissionais na atenção básica junto ao Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia).

*[...] já tem a enfermeira que faz o acompanhamento. (T10, S11)*

*[...] a enfermeira me acompanha. (T11, S1)*

O Hiperdia foi implantado na atenção básica por meio da Portaria nº 371 de 04 de março de 2002<sup>24</sup> com o propósito de vincular os hipertensos e diabéticos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços. Ele visa conhecer o perfil demográfico, clínico e epidemiológico da população hipertensa e diabética, registrando as ações prestadas a esses usuários e proporcionando o conhecimento das demandas da unidade de saúde <sup>25</sup>.

Salienta-se que, além da realização da busca ativa dos usuários com hipertensão arterial no território, após o diagnóstico e cadastramento desses usuários no sistema, é necessário que aconteça sua vinculação com as unidades de saúde, onde deve ocorrer um acompanhamento diferenciado, com ações de equipes multiprofissionais, seja na unidade de saúde e/ou nos domicílios <sup>26</sup>.

No que diz respeito às *facilidades na acessibilidade ao serviço de saúde particular*, observa-se que elas dizem respeito à atribuição, por parte dos trabalhadores, de maior qualidade e rapidez no atendimento dispensado aos usuários.

*Eu gosto de fazer minhas coisas pago [...] gosto de ir numa clínica particular porque o negócio pago é mais caprichado, mais bem feito [...] Pagando eu acho melhor. Na mesma hora vai atendido. É pago, faz logo e vai embora. (T2 S2)*

*Particular, a gente tendo condições de pagar é mais rápido. A gente é mais bem tratado. Faz aquela consulta e fica despreocupado logo. (T7 S7)*

Verifica-se ainda que as falas de dois dos trabalhadores informais apontam para certa preferência pelo atendimento dos problemas de saúde na rede privada.

*É mais particular, serviço público não. (T8 S9)*

*É mais fácil pra mim pagar do que usar o serviço público. Se torna mais vantajoso ir no serviço particular [...] O atendimento é melhor e você faz as coisas mais rápido. (T9 S10)*

Nesse contexto, infere-se que a visão dos participantes acerca do setor de saúde particular como mais rápido e mais resolutivo, somada a problemáticas presentes no serviço público, pode ter influenciado os trabalhadores informais a buscarem atendimento no sistema de saúde particular, conforme podemos observar na fala a seguir:

*Marco lá no posto, o médico não vem. Não tenho tempo pra perder. Aí tomei uma opção de dividir o que eu ganho com o plano de saúde. (T13 S3)*

Além das facilidades apontadas pelos participantes, também foram elencadas dificuldades da dinâmica de acessibilidade aos serviços, conforme descritas na categoria II.

## **Categoria II: Dificuldades na dinâmica de acessibilidade aos serviços de saúde**

A segunda categoria retrata as dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde e apresenta quatro subcategorias: 1. dificuldades na acessibilidade ao serviço público de saúde; 2. dificuldades na acessibilidade ao serviço de saúde particular; 3. dificuldades na

acessibilidade por questão de dimensão sociocultural; 4. dificuldades na acessibilidade relacionadas a atividades laborais.

As *dificuldades na acessibilidade ao serviço público de saúde* elencadas pelos trabalhadores informais dizem respeito à questão de dimensão organizacional e geográfica, sendo a distância entre o local do trabalho e o serviço de atenção básica a dificuldade desta última.

*Tem dificuldade que eu vou andando, ou de bicicleta ou de taxi. (T7 S7)*

*[...] eu vou de bicicleta [...] Não é fácil a gente deslocar daqui. (T10 S11)*

*Existe dificuldade. Tem que vir pegar ônibus aqui na rua. (T15 S7)*

A situação vem ao encontro das ideias de Silva e Benito <sup>23</sup>, quando apontam que para uma população que passa o dia inteiro trabalhando distante de sua residência, a organização dos serviços embasada nos locais de moradia não significaria necessariamente uma garantia de acesso, podendo ainda tornar-se um empecilho para que esse usuário seja atendido. Configura-se uma situação que merece esforços do ponto de vista da gestão participativa para que sejam desenvolvidas estratégias com vistas ao seu enfrentamento.

No que se refere às problemáticas de dimensão organizacional, as mesmas dizem respeito à presença de filas, demora para a realização do atendimento, ausência de vagas para o atendimento, dificuldade para realização de exames complementares e carência de recursos humanos e materiais:

*Quando você vai atrás do serviço de saúde público é difícil. Não consegue. Hoje mesmo pra marcar um exame leva a manhã toda. (T1 S1)*

*Você chega, às vezes não tem médico, ou quando tem, tem pouca ficha, as pessoas vão e não conseguem ser atendidos. O tempo que tem de ir cedo e ficar lá até tarde, aí é difícil. Se torna mais difícil. Tu tem um exame, tá doente, vai marcar pra daqui a um ano, daqui a seis meses? Você pode já ter morrido ou estar num estado bem avançado. (T9 S10)*

*Se for marcar, ficar esperando, perde muito tempo. (T7 S7)*

Os resultados acima se assemelham aos apresentados em estudos anteriores, os quais identificaram a demora em conseguir uma consulta e receber o atendimento e o longo tempo até a entrega dos resultados de exames realizados, Além disso, existem barreiras geográficas



como fatores que dificultam a acessibilidade entre usuários da atenção básica, que foi caracterizada pelos usuários como local de demora no atendimento, absenteísmo e baixa capacidade resolutive <sup>17, 20, 27</sup>.

Diante disso, reflete-se que a existência de problemas organizacionais podem constituir barreiras que limitam a acessibilidade dos usuários aos serviços básicos de saúde, sendo fundamental que esses problemas sejam minimizados a fim de prover uma maior acessibilidade. Ademais, verifica-se que é esperado que a atenção básica alcance um objetivo de saúde integral e seja capaz de garantir, além da acessibilidade, a continuidade da atenção à saúde da população <sup>28, 29</sup>.

A esse ponto, no contexto das dificuldades da acessibilidade de dimensão organizacional, acrescenta-se também que foram apontadas pelos participantes as ***dificuldades na acessibilidade ao serviço de saúde particular***.

Uma delas diz respeito ao fato de os trabalhadores informais segurados de planos de saúde apontarem a existência de um longo espaço de tempo entre o agendamento e a realização de consultas médicas, além de carência de profissionais médicos.

*Marquei um exame pro dia trinta de junho. Eu tenho plano de saúde. Com mais de um mês! Chega e não tem médico. (T12 S2)*

*Hoje mesmo com plano de saúde você não acha um médico (T13 S3)*

Outra dificuldade diz respeito à dimensão econômica, que coloca a saúde como um produto de mercado e um bem de consumo, e diz respeito às dificuldades/limitações financeiras para o custeio da realização de exames complementares.

*Se tiver dinheiro, tem exame. Se não tiver, fica sofrendo. (T11 S9)*

*A dificuldade de dinheiro. Mas fiz meus exames. Paguei todos os exames. (T14 S4)*

Em relação a isso, espera-se que as políticas de saúde sejam capazes de eliminar a barreira financeira entre os serviços e a comunidade, enfrentar a mercantilização do setor saúde e a desproporção oferta/demanda que nele existe, assim como construir uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal, equitativo e integral <sup>30</sup>.

Foram também identificadas neste estudo a existência de ***dificuldades na acessibilidade por questão de dimensão sociocultural***, relacionadas a questões de gênero,

como o ser homem, e a licença para o descuido com a saúde, como pode ser verificado a seguir:

*É muito difícil. É raro eu ir no médico. Como diz o povo: O homem é mais desleixado. Sou desleixado mesmo!* (T8 S9)

Diante desse contexto, acredita-se que atributos relacionados ao masculino, como a invulnerabilidade, baixo autocuidado, baixa adesão às práticas de saúde, impaciência, e outros, estejam imbricados na situação, potencializando desigualdades sociais e invisibilizando as necessidades e as demandas dos homens entre eles próprios e nos serviços de saúde <sup>31</sup>.

Dissertando acerca da temática, Santos<sup>32</sup> identificou a existência de problemáticas de dimensão organizacional e sociocultural como principais determinantes da pouca presença do usuário do sexo masculino nas unidades de saúde. E, nesse contexto, Pereira <sup>33</sup> concluiu que as atividades desenvolvidas para atender os homens nas unidades de saúde ainda são incipientes ou inexistentes, o que remete à necessidade do desenvolvimento de uma reorganização gerencial e estrutural do sistema de saúde em torno da temática, para que a adesão dos usuários às estratégias de atenção à saúde masculina a serem desenvolvidas se torne viável.

Outras dificuldades elencadas pelos trabalhadores informais foram as ***dificuldades na acessibilidade relacionadas a atividades laborais***, tais como a falta de tempo para o exercício do cuidado com a saúde devido ao trabalho:

*À vezes a gente tá aqui trabalhando com outras ocupações que faz não poder ir até o posto.* (T3 S3)

*Quem tem trabalho não vai que não tem tempo.* (T6 S6)

*As dificuldades assim, primeiro que eu tenho que armar a barraca aqui [...].* (T10 S11)

*É difícil, porque sai do trabalho.* (T15 S7)

*Comecei a trabalhar de segunda a sábado, toma muito tempo.* (T18 S11)

Esse resultado vem de encontro às ideias de Giatti e Barreto <sup>7</sup> quando apontam que a inserção do trabalhador em trabalhos precários, como o caso do trabalho informal, acarreta limitação de tempo para o exercício do cuidado com a própria saúde, contribuindo para que os

trabalhadores informais estejam entre os grupos que apresentam um menor índice de acesso a serviços de saúde.

Nesse contexto, acredita-se que para responder à situação exposta, espera-se que o SUS coloque entre as suas metas a efetivação da acessibilidade dos trabalhadores informais ao atendimento das suas necessidades de saúde e garanta a resolutividade dos serviços destinados a isso. Sendo assim, conhecer as barreiras e aumentar a oferta de serviços com perfil de funcionamento adequado para quem trabalha é fundamental para tentar reduzir as iniquidades que afetam esse grupo <sup>7,8</sup>.

Acredita-se ainda que a efetivação de um acesso equitativo constitui um grande desafio para o sistema de saúde, visto que cada segmento social apresenta diferentes demandas produzidas por processos sociais de exclusão, que nem sempre são percebidas pelo poder público e que, quando percebidas, muitas vezes, a gestão não tem acúmulo reflexivo para formular políticas públicas que respondam à problemática <sup>30</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo evidenciou a existência de facilidades e dificuldades na acessibilidade dos trabalhadores informais do comércio aos serviços de saúde, no que tange aos sistemas de saúde, público e privado. Verificou a ocorrência de dificuldades de acessibilidade relacionadas a questões de gênero masculino e a limitações de tempo para ir a serviços de saúde, por conta do desenvolvimento de atividades laborais.

Estes resultados refletem a presença de problemáticas que impedem a garantia do acesso universal aos serviços de saúde tal qual prevista pela Constituição Federal de 1988. Esta situação coloca os trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial em condição de maior vulnerabilidade.

Nesse aspecto, aponta-se que é necessário o empreendimento de esforços em prol da garantia da acessibilidade desse grupo às ações e serviços de saúde, com vistas ao tratamento e controle da hipertensão arterial e ao cuidado continuado da saúde.

Para tanto, aponta-se que os esforços devem ser empreendidos por parte dos formuladores de políticas públicas, gestores e profissionais de saúde, para que os obstáculos à acessibilidade sejam minimizados, sejam eles de dimensão geográfica, organizacional, sociocultural, econômica, ou de qualquer outra natureza.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
2. \_\_\_\_\_. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, 3. ed. 2011. 28 p.
3. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
4. Donabedian A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.
5. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
6. Fekete MC. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 1997.
7. Giatti L, Barreto SM. Situação no Mercado de Trabalho e utilização de Serviços de Saúde no Brasil. **Ciênc. saúde colet**. 2011; 16(9):3817-3827.
8. Miquilin IOC, Marín-León L, Monteiro MI, Corrêa Filho HR. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2013; 29(7):1392-1406.
9. Auler F, Nakashima ATA, Cuman, RKN. Health Conditions of Recyclable Waste Pickers. **Journal of Community Health** 2014; 39(1):17-22.
10. Bahia. **Secretaria de Saúde do Estado da Bahia**. Regiões de Saúde do Estado da Bahia. Região de Saúde de Jequié. . [página na Internet]. [acessado 2014 set 20]. Disponível em: [http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/municipio.asp?cidade=291800&nome=JEQUI%C9](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/municipio.asp?cidade=291800&nome=JEQUI%C9)
11. CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Estabelecimento de saúde do município: Jequié. [página na Internet]. [acessado 2014 set 20]. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291800&NomeEstado=](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291800&NomeEstado=)

12. Jequié. **Lei n.º 1.132 de 02 de maio de 1990**. Dá nome ao Centro de Abastecimento de Jequié. Câmara Municipal de Jequié, 1990.
13. Rios MA. **Acidentes de trabalho, condições laborais e de saúde de trabalhadores informais do comércio** [dissertação]. Jequié (BA): Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2013.
14. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
15. Richardson RJ, Peres JAS. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas; 2009.
16. Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.
17. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)** 2010; 14 (35):797-810.
18. Oliveira WNN, Teichmann LP, Silva DDF, Sirena SA, Schneider MI. O Olhar da População Idosa sobre o Acesso a uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre. **Rev. Fac. Odontol.** 2010; 51(3):17-22.
19. Santos FPA, Nery AA, Matumoto S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev Esc Enferm USP**. 2013 Fev; 47(1):107-114.
20. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm** 2011; 32 (3):451-457.
21. Barbosa SP, Elizeu TS, Penna CMM. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde colet.** 2013; 18(8):2347-2357.
22. Lima LL, Moreira TMM, Jorge MSB. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev Bras Enferm** 2013; 66(4): 514-22.
23. Silva BFS, Benito GAV. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. **Ciênc. saúde colet.** 2013; 18(8): 2189-2200.

24. Brasil. **Portaria nº 371, de 04 de março de 2002.** Instituir o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 06 de mar 2002, Seção 1.
25. Giorotto E, Andrade SM, Cabrera MAS. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. **Epidemiol Serv Saude** 2010; 19(2):133-141.
- 26 Malfatti CRM, Assunção AN. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde colet.** 2011; 16 (Supl. 1)1383-1388.
27. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG, Pereira RAG. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciênc. saúde colet.** 2012; 17(11):3047-3056.
28. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciênc. saúde colet.** 2012; 17(11):2903-2912.
29. Gomes FM, Silva MGC. Programa Saúde da Família Como Estratégia de Atenção Primária: Uma Realidade em Juazeiro do Norte. **Ciênc. saúde colet.** 2011; 16 (Supl. 1) 893-902.
30. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde colet.** 2012; 17(11):2865-2875.
31. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)** 2010; 14 (33): 257-270.
32. Santos FA. **Dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família** [dissertação]. Jequié (BA): Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2010.
33. Pereira LP. **Planejamento, gestão e ações de saúde do homem na estratégia de saúde da família** [dissertação]. Jequié (BA): Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2013.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou a dinâmica de acessibilidade dos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial a serviços de saúde para o cuidado longitudinal da hipertensão arterial e resolução dos problemas de saúde.

Nesse contexto, foi possível identificar que os trabalhadores entrevistados veem a hipertensão arterial como doença causada pelo consumo de uma alimentação hipersódica e hipercalórica, que pode sofrer alterações a partir de problemas emocionais, que causa problemas de ordem física, e que é passível de controle por meio do uso de medicamentos e alimentação saudável.

Percebeu-se também que, em relação à procura por serviços de saúde, os entrevistados apresentam um comportamento diversificado, procurando-os de forma periódica para o exercício de um cuidado longitudinal da hipertensão arterial, ou apenas devido a sinais e sintomas de doenças, com vistas à resolução de problemas de saúde pontuais, procurando ainda por outras alternativas assistenciais para a resolução de seus problemas de saúde.

Foram evidenciadas, ainda, dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde, tanto no que diz respeito ao sistema de saúde público, quanto ao privado, havendo também dificuldades de acessibilidade relacionadas a questões de gênero masculino e à falta de tempo para ir aos serviços de saúde, devido a atividades laborais.

Outro destaque deste estudo refere-se à constatação de que alguns dos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial desconhecem a doença, ou que mesmo conhecendo-a e sabendo dos riscos que a falta de tratamento e cuidados representa, não procuram por serviços de saúde.

A partir dos resultados encontrados, aponta-se a importância do desenvolvimento de ações de educação em saúde e educação popular em saúde direcionadas para essa parcela da população, com vistas a atuar na sensibilização acerca do conhecimento sobre a hipertensão arterial e sobre as necessidades e os benefícios do tratamento e controle da doença, como também do acompanhamento longitudinal da situação de saúde dessas pessoas.

Acredita-se que seja necessário sensibilizar formuladores de políticas públicas, gestores, pesquisadores, profissionais de saúde, professores e estudantes da área, e outros atores sociais, para atuarem no desenvolvimento de práticas de planejamento e gestão da atenção à saúde dos trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial, a fim de

garantir a acessibilidade desses trabalhadores aos serviços de saúde e ao cuidado longitudinal na atenção básica, porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

Enfim, espera-se que o presente estudo possa suscitar a importância da realização de pesquisas posteriores envolvendo a população estudada, tendo em vista que ainda são escassos os estudos acerca dos trabalhadores informais do comércio.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, GBS; PAZ, EPA; SILVA, GA. Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 459-465. 2011.

AMORIM TC et al. Opinião de pacientes hipertensos sobre efetividade do tratamento e fatores de risco associados à doença. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v.10, n.6, p.490-494, nov./dez. 2012.

ANSILIERO G. Inclusão Previdenciária e Mercado de Trabalho no Brasil: Evidências para o Período 1992-2011. In: **Informe Previdência Social.** Brasília, v.25 n.2, p.3-30, fev. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.

BARRETO MS, REINERS AAO, MARCON SS. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 491-498, mai./jun. 2014.

BARBOSA SP, ELIZEU TS, PENNA CMM. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.18, n. 8, p. 2347-2357, ago. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006.164 p.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990a.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei 8142/90.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e das outras providências. Brasília DF, 28 de dezembro de 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 3. ed., 2011d. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde**: relatório de situação: Bahia. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Pesq. Nac. amost. domic.**, Rio de Janeiro, v. 31, p.1-135, 2011e.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Pesq. Nac. amost. domic.**, Rio de Janeiro, v. 32, p.1-134, 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Declaração Brasileira para a Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Brasília. 2011a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ratificacao\\_declaracao\\_2011.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ratificacao_declaracao_2011.pdf)>. Acesso: out. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 30 nov. 2011c. Seção 1.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 31 dez 2010. Seção 1.

BRASIL. **Portaria nº 371, de 04 de março de 2002.** Instituir o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 06 de mar 2002, Seção 1.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

CARVALHO MV *et al.* A Influência da hipertensão arterial na Qualidade de Vida. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 100, n. 2, p.164-174, fev. 2013.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Estabelecimento de saúde do município: Jequié.** Disponível em: < [http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291800&NomeEstado=>](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291800&NomeEstado=>) Acesso em out. 2014.

CONTIERO AP *et al.* Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 62-70, mar. 2009.

CORRÊA ACP *et al.* Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n.3, p.451-7. set. 2011.

COUTO MT *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, abr./jun. 2010.

DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration.** Boston: Harvard University Press, 1973.

DUNCAN BB *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Públ.** São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, dez. 2012.

FAQUINELLO P, MARCON SS, WAIDMANN MAP. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.5, p. 849- 56, set-out. 2011.

FEKETE MC. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde.** Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 1997.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752. jun. 2009.

FREITAS MTS, PÜSCHEL VAA. Insuficiência Cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, ago. 2013.

GIATTI L, BARRETO SM. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 99-106, jul. 2006.

\_\_\_\_\_. Situação no Mercado de Trabalho e utilização de Serviços de Saúde no Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v 16, n. 9, p. 3817-3827, set. 2011.

GIL AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 207 p.

GIOROTTO E, ANDRADE SM, CABRERA MAS. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 133-141, abr./jun., 2010.

GOMES FM, SILVA MGC. Programa Saúde da Família Como Estratégia de Atenção Primária: Uma Realidade em Juazeiro do Norte. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p.893-902, jan. 2011.

GUEDES MVC *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 6, p.1038-42, nov./dez. 2011.

GUEDES JC, SANTOS MRB, DI LORENZO RA. Viegas. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 875-883, dez. 2011.

HE FENG J, LI JIAFU, MACGREGOR GA. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. **BMJ**, Reino Unido, n. 346, p 325-325, abr. 2013.

HIRATA H. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. **Cad. CRH**, Salvador, v. 24, n. esp 01, p. 15-22. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Brasília. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291800&search=bahia|jequie>> Acesso em ago. 2013

IRIART JAB *et al* . Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 165-174, fev. 2008.

JEQUIÉ (Câmara Municipal). **Lei n.º 1.132 de 02 de maio de 1990**. Dá nome ao Centro de Abastecimento de Jequié.

JIANG B *et al*. Hypertension Detection, Management, Control and Associated Factors Among Residents Accessing Community Health. **Sci Resp**, v. 2, n. 4845, mai. 2014.

LEAO E SILVA LO *et al* . Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, Jun. 2013.

\_\_\_\_\_ *et al*. "Tô sentindo nada.": Percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 227-242.2013.

LIMA AS, GAIA ESM, FERREIRA MA. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**. v.2, n.1, p.30-29, dez. 2012

LIMA LL, MOREIRA TMM, JORGE MSB. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 4,p. 514-522, ago. 2013.

MACHADO MC, PIRES CVS, LOBÃO WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1357-1363, mai. 2012

MACIEL KF *et al*. A hipertensão arterial na Percepção dos seus portadores. **Cienc Cuid Saude**. v. 10, n. 3, p. 437-443, jul./set. 2011.

MALFATTI CRM, ASSUNCAO NA. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1383-1388. 2011.

MALTA DC *et al* . Resultados do monitoramento dos Fatores de risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas capitais brasileiras por inquérito telefônico, 2008. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 639-650, set. 2012 .

MARX K. **O capital: crítica da economia política – o processo de produção do capital.** 12. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1988.

MENDES ACG *et al* . Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, nov. 2012.

MICHEL MH. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais.** 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIQUILIN IOC *et al*. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1392-1406, jul. 2013.

MOURA EC *et al*. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p.486-496, mar. 2011.

MURARO AP *et al*. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1387-1398, mai. 2013.

NERY AA. **Necessidades de saúde na estratégia de saúde da família no município de Jequié-BA: em busca de uma tradução.** 2006. 153f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

RICHARDSON RJ, PERES JAS. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 334 p.

RIOS MA. **Acidentes de trabalho, condições laborais e de saúde de trabalhadores informais do comércio.** Jequié, 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013.

SANTOS FA. **Dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família.** Jequié, 2010. Dissertação (Mestrado). Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010.

SANTOS FPA, NERY AA, MATUMOTO S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 107-114, fev. 2013.

SASAKI MA, VASQUES-MENEZES I. Trabalhador informal e Previdência Social: o caso dos trabalhadores por conta própria de Brasília-DF. **Política & Sociedade**. Florianópolis, v. 11, n. 21, p. 173-197, jul. 2012.

SCHMIDT MI *et al.* Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 43, (supl. 2), p. 74-82, nov. 2009.

SILVA AMB, KELLER B, COELHO RW. Associação entre pressão arterial e estresse percebido em motoristas de ônibus. **J. Health Sci. Inst.** v. 31, n. 1, p. 75-78. 2013.

SILVA BFS, BENITO GAV. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2189-2200, ago. 2013.

SILVA JVM, MANTOVANI MF, ULBRICH EM. A crise hipertensiva e o conhecimento da doença por indivíduos portadores de hipertensão. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 17-25, jan/abril. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. . III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v 43, n. 4, p. 257-286, ago. 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1 (supl. 1), p. 1-51, 2010.

SOUSA MF, HAMANN EM. Programa Saúde da Família no Brasil: UMA agenda incompleta?. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.14 ( supl.1), p. 1325-1335, out. 2009.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726p.

FISHER-HOCH SP *et al.* Missed Opportunities for Diagnosis and Treatment of Diabetes, Hypertension, and Hypercholesterolemia in a Mexican American Population, Cameron County Hispanic Cohort, 2003–2008. **Prev Chronic Dis**, v. 9, n. 110298, p. 1-15, 2012.

OLIVEIRA WNN *et al.* O Olhar da População Idosa sobre o Acesso a uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre. **Rev. Fac. Odontol.**, Porto Alegre, v. 51, n. 3, p. 17-22, set./dez. 2010.

OLIVEIRA LH, MATTOS RA, SOUZA AIS. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, nov./dez. 2009.

OLIVEIRA LS *et al.* Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

OMS. Organização Mundial de saúde. **Información general sobre la hipertensión en el mundo.** Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Día Mundial de la Salud 2013. 2013a. 39p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **10 fatos sobre doenças não transmissíveis.** Geneva, mar. 2013b. Disponível em: <[http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/en/index.html)> Acesso em: out. 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **A hipertensão é um problema comum?** Geneva, mai. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/82/es/>> Acesso em: out. 2014.

PAIM JS. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador EDUFBA, 2006. 154p.

\_\_\_\_\_. **Modelos de atenção à saúde no Brasil.** In: Giovanella L (orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

PEREIRA LP. **Planejamento, gestão e ações de saúde do homem na estratégia de saúde da família.** Jequié, 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013.

TRIVIÑOS ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2009.

WAIMAN MAP *et al.* . Assistência à pessoa com hipertensão arterial na ótica do profissional de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 445-4453 Jun. 2012.

VERAS RP, BEZERRA SS, VERAS RP. O mercado de trabalho informal como alternativa na cidade de Campina Grande-PB. **Revista Litteris.** Rio de Janeiro, n.11, p. 194-209, mar. 2013.



VIRGOLINO JLB *et al.* Sistema hiperdia: estudo longitudinal em um distrito sanitário. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 10, p. 6006-12, out. 2013.

ZATTAR LC *et al.* Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 29, n. 3, p. 507-521, mar. 2013.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**APÊNDICE A****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Conforme a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde

Prezado senhor(a),

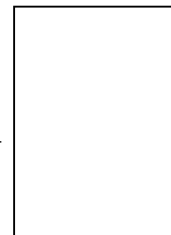
Sou Paula Peixoto Messias e estou realizando, juntamente com a professora Adriana Alves Nery do Mestrado em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), o estudo “Acessibilidade a Atenção Básica por Trabalhadores Informais do Comércio com Hipertensão Arterial”. Convidamos o(a) senhor(a) a participar da nossa pesquisa, que tem como objetivo: analisar a dinâmica de acessibilidade de trabalhadores informais do comércio do município de Jequié-Ba a serviços de saúde da atenção básica para o cuidado contínuo da hipertensão arterial. Este estudo poderá contribuir para que os gestores e profissionais da saúde voltem sua atenção para a dinâmica de acesso dos trabalhadores informais com pressão alta a serviços de saúde para cuidar da saúde e controlar a pressão. Ao concordar em participar da pesquisa, o(a) senhor(a) estará à disposição para responder as perguntas por meio de uma entrevista. Este estudo não prevê riscos para a sua integridade física, mental ou moral. Entretanto, se alguma questão lhe causar desconforto, constrangimento ou incômodo, fique à vontade para não responder a mesma. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidade. Os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo. Nós guardaremos os registros e somente os pesquisadores responsáveis e colaboradores terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a sua identificação não será revelada. Lembramos que caso haja algum desconforto decorrente deste estudo, o(a) senhor(a) poderá deixar de participar do mesmo a qualquer momento. Se o(a) senhor(a) sentir necessidade de mais informações sobre esta pesquisa, poderá entrar em contato com Paula Peixoto Messias ou Adriana Alves Nery no endereço da UESB, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia, pelo telefone (73) 3528-9738, no Pavilhão Josélia Navarro, na sala do Mestrado em Enfermagem e Saúde ou pelos e-mails: “paulapeixotomessias@gmail.com” e “aanery@gmail.com”. Ou pode ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, que se localiza no Módulo Administrativo, sala do CEP/UESB ou pelo telefone (73) 3528-9727.

Se o(a) senhor(a) aceita participar livremente deste estudo, por favor, assine este termo de consentimento em duas vias. Agradeço sua atenção!

Assinatura da Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Jequié - BA, Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014.



**APÊNDICE B:** Instrumento de coleta de dados

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**APÊNDICE B**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

**1. Caracterização do (a) entrevistado (a):**

Entrevista n°: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_

Término: \_\_\_\_\_

Setor: ( )A ( )B ( )C ( )D ( )E ( )F ( )G ( )H ( )I ( )J ( )K

**2. Questões disparadoras:**

2.1 O (a) senhor (a) sabe o que é pressão alta?

2.2 O (a) senhor (a) tem acesso aos serviços de saúde do município? O senhor (a) vai até os serviços de saúde do município? Quais? O senhor (a) procura os serviços de saúde do município? Por quais motivos?

2.3 Quais as facilidades e dificuldades encontradas pelo (a) senhor (a) no acesso a esses serviços?

**ANEXOS**

## ANEXO A: Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Condições laborais e de saúde de trabalhadores do comércio informal

**Pesquisador:** Adriana Alves Nery

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 04755112.3.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DA NOTIFICAÇÃO**

**Tipo de Notificação:** Outros

**Detalhe:** Submissão de subprojeto

**Justificativa:** Encaminhamento de subprojeto para apreciação do CEP-UESB quanto a autorização

**Data do Envio:** 10/01/2014

**Situação da Notificação:** Parecer Consubstanciado Emitido

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 513.576

**Data da Relatoria:** 22/01/2014

**Apresentação da Notificação:**

A presente notificação está identificada como SUBMISSÃO DE SUB-PROJETO. Considera-se como projeto principal aquele intitulado "Condições laborais e de saúde de trabalhadores do comércio informal" da autoria da pesquisadora Adriana Alves Nery. O projeto a ser incorporado ao anteriormente referido é o "Acessibilidade à atenção básica por trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial", que tem como autora Paula Peixoto Messias.

**Objetivo da Notificação:**

Submissão do sub-projeto "Acessibilidade à atenção básica por trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial", da pesquisadora Paula Peixoto Messias, como vinculado ao

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

**Bairro:** Jequiezinho

**CEP:** 45.206-510

**UF:** BA

**Município:** JEQUIE

**Telefone:** (73)3525-6683

**Fax:** (73)3528-9727

**E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

*Amélia Barbosa*

Página 01 de 03  
*Paula Peixoto Messias*  
20/14

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 513.576

estudo "Condições laborais e de saúde de trabalhadores do comércio informal" da autoria da pesquisadora Adriana Alves Nery.

Adicionar o nome da pesquisadora Paula Peixoto Messias, como membro da equipe do projeto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa não representa risco direto para os seus participantes. Contudo, os autores declaram a possibilidade de algum constrangimento ou desconforto, para os participantes, ao responder perguntas sobre sua condição de saúde, doença e/ou trabalho. O estudo não determina nenhum benefício direto para seus participantes, mas pode trazer grande contribuição para a área das ciências sociais e da saúde ao investigar diferentes aspectos envolvidos na saúde do trabalhador.

**Comentários e Considerações sobre a Notificação:**

A pesquisadora responsável pela investigação anexou documento comprobatório, no qual atesta ser orientadora do novo membro da equipe, a Sra. Paula Peixoto Messias.

O novo projeto também foi apresentado e está plenamente contemplado na versão do "projeto-mãe", denominação dada pela pesquisadora do Projeto já em curso e ao qual este novo estará vinculado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A notificação, referente ao Projeto, apresenta todos os elementos solicitados por este CEP.

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O nome da pesquisadora Paula Peixoto Messias foi incluído na pesquisa.

Não há pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este CEP aprova o projeto e a inclusão do nome da pesquisadora Paula Peixoto Messias.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510  
UF: BA Município: JEQUIE  
Telefone: (73)3525-6683 Fax: (73)3528-9727 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

*Antônio Benício*

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 513.576

JEQUIE, 22 de Janeiro de 2014

*Ana Barbosa*

---

**Assinador por:**  
**Ana Angélica Leal Barbosa**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
**Bairro:** Jequezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3525-6683 **Fax:** (73)3528-9727 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com



## ANEXO B: Ofício ao Centro de Abastecimento Vicente Grilo (CAVG)



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB  
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



Of. PPGES nº.11/2014

Jequié, 14 de fevereiro de 2014.

Ilmo. João Santos Oliveira  
Centro de Abastecimento Vicente Grilo

Senhor Diretor,

Apresentamos a V.Sª, a mestranda Paula Peixoto Messias, orientando da professora Drª. Adriana Alves Nery do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES, (Nível de Mestrado), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, para realização da coleta de dados do Projeto de Pesquisa “Acessibilidade à atenção básica por trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial”.

Atenciosamente,

**Prof. Drª. Alba Benemérita Alves Vilela**

*Coordenadora do PPGES.*

João Santos Oliveira