



Acessibilidade a serviços de saúde por trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial

Accessibility to health services by informal sales workers with arterial hypertension

Paula Peixoto Messias Barreto¹, Adriana Alves Nery², Roseanne Montargil Rocha³,
Marcela Andrade Rios⁴

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. Quanto às facilidades nos serviços de saúde públicos, apontam-se a proximidade entre a unidade de saúde e o domicílio, o uso de tecnologias relacionais como o acolhimento e a resolutividade dos serviços. No sistema de saúde privado, as facilidades dialogam com a dimensão da qualidade e a rapidez no atendimento. No tocante às dificuldades, nos serviços de saúde públicos, aponta-se a distância entre o local do trabalho e o serviço de atenção básica, presença de filas, demora para a realização do atendimento,

¹ Mestre em Enfermagem e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/UESB). E-mail: paulapeixotomessias@gmail.com

² Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

³ Doutora em Enfermagem Fundamental, Pós-Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

⁴ Mestre em Enfermagem e Saúde, Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde / Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/UESB).

ausência de vagas, dificuldade para realização de exames complementares e carência de recursos humanos e materiais. No sistema de saúde privado, as dificuldades dizem respeito à existência de um longo espaço de tempo entre o agendamento e a realização de consultas médicas, além de carência de profissionais médicos. Conclui-se que dificuldades na acessibilidade colocam os trabalhadores informais do comércio com hipertensão arterial em condição de maior vulnerabilidade, sendo necessário o empreendimento de esforços por parte dos formuladores de políticas públicas, gestores e profissionais de saúde, para que os obstáculos à acessibilidade sejam minimizados, com vistas ao tratamento e controle da hipertensão arterial e ao cuidado continuado da saúde desse grupo.

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

ABSTRACT

Exploratory and descriptive study with a qualitative approach, aiming to identify the ease and difficulties encountered by informal trade workers with hypertension regarding their accessibility to health services. The sample included 18 informal sales workers with arterial hypertension who work at the Vicente Grilo Supply Center, a public market located in Jequié, Bahia, Brazil. The data was collected through semi-structured interviews after approval by the Research Ethics Committee of the State University of Southwest Bahia and completion of the pilot study. The analysis was performed according to the content analysis technique, with a thematic modality. As a result, informal sales workers point out ease and difficulties in the accessibility to public health services and in the private health system, besides the recurring accessibility problems related to gender issues and the lack of time to go to health services, due to work activities. As far as the ease factors in the public health services are concerned, the proximity between the health unit and their home, as well as the use of relational technologies such as the reception and resolutions of the services are pointed out. In the private health system, the eases dialogue with the dimension of quality and swiftness of care. Regarding the difficulties, in public health services, the workers mention the distance between workplace and primary health care service, the presence of queues, delays in providing care, the lack of vacancies, difficulties to perform complementary exams and the lack of human and material resources. In the private health system, the difficulties are related to the existence of a long period of time between scheduling and conducting medical appointments, as well as the lack of medical professionals. It is concluded that the accessibility difficulties place these informal trade workers with hypertension in a condition of greater vulnerability, requiring the undertaking of efforts by public policy makers, managers and health professionals, so that the obstacles to accessibility can be minimized, with a view to the treatment and control of arterial hypertension and the continued healthcare of this group.

KEYWORDS: 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.^{1,2,3}

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.^{4,5}

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.⁶

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.^{7,8}

O estudo de Rios e Nery⁹, realizado com trabalhadores informais do comércio, com o objetivo de descrever o perfil sociodemográfico e ocupacional, bem como, as condições de trabalho e de saúde desse grupo, identificou que a maioria dos participantes inferiu possuir alguma morbidade, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente (22,3%). Situação que ganha destaque quando observado o caráter crônico da hipertensão arterial, que demanda por acompanhamento longitudinal da saúde.

Ademais, os trabalhadores informais se encontram em situação de vulnerabilidade social, carecendo de estratégias no sentido de garantir a assistência à saúde, evitando que sejam excluídos do direito à saúde devido à sua forma de inserção no mercado de trabalho.¹⁰

Nesse contexto, observando as ideias de Auler et al.¹¹ 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, torna este estudo pertinente.⁸

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, 4 Unidades Básicas de Saúde, 4 Centros de Saúde, 5 Hospitais Gerais e 1 Hospital Maternidade, além de demais estabelecimentos públicos e da rede conveniada.^{12,13}

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.^{14,15}

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.^{16,17}

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.

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.¹⁸

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.^{19,20}

Esses achados levam a reflexões acerca da acessibilidade mediada pela qualidade e resolutividade dos serviços prestados e que perpassam 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.²¹ 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.^{19,22,23,24}

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.^{21,23,24}

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. Esses questionamentos poderão contribuir para a ampliação de um entendimento da acessibilidade que leve em consideração também a ótica da qualidade.²⁵

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 2002²⁶ 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.²⁷

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.²⁸

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 Benito²⁵, 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, o longo tempo até a entrega dos resultados de exames realizados, o absenteísmo e a baixa capacidade resolutiva como fatores dificultadores da acessibilidade entre usuários da atenção básica.^{19,20,29}

Nesse contexto, Soares et al.³⁰ apontam que a falta de resolutividade no atendimento ao hipertenso pode redundar em falta de credibilidade por parte destes nos serviços de saúde e na conseqüente peregrinação dos indivíduos por outros serviços para conseguirem cumprir o regime terapêutico, o que pode dificultar a adesão ao tratamento estabelecido.

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.^{31,32}

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.³³

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 descuidado 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.³⁴

Dissertando acerca da temática, Santos³⁵ 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, Pereira³⁶ 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:

Às 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 ao encontro das ideias de Giatti e Barreto⁷ 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.^{7,8}

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.³³

CONCLUSÃO

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, decorrente 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. Essa 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. Brasil. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 3. ed. 2011. 28 p.
3. 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).
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):3817-27.
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. Rios MA, Nery AA. Condições Laborais e de Saúde Referidas por Trabalhadores Informais do Comércio. Texto contexto - enferm. [online]. 2015 abr-jun [acessado 2019 maio 13]; 24(2):390-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200390&lng=en&nrm=iso.
10. Bernardino DCAM, Andrade M. O Trabalho Informal e as Repercussões para a Saúde do Trabalhador: Uma Revisão Integrativa. Rev. Enf. Ref., [online]. Coimbra. 2015 dez. [acessado 2019 maio 14]; serIV (7):149-58. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000700016&lng=pt&nrm=iso.
11. Auler F, Nakashima ATA, Cuman, RKN. Health Conditions of Recyclable Waste Pickers. Journal of Community Health 2014; 39(1):17-22.
12. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Regiões de Saúde do Estado da Bahia. Região de Saúde de Jequié [Internet]. [acessado 2014 set 20]. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_REGIAO_SAUDEch.asp?REGIAO_SAUDE=Jequi%E9.
13. CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Estabelecimento de saúde do município: Jequié [Internet]. [acessado 2014 set 20]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291800&NomeEstado=BAHIA.
14. 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.
15. 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.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
17. Richardson RJ, Peres JAS. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas; 2009.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

19. 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.
20. 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.
21. 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):107-14.
22. 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):451-7.
23. 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):2347-57.
24. 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.
25. Silva BFS, Benito GAV. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. *Ciênc. saúde colet.* 2013; 18(8):2189-200.
26. 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.
27. 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):133-41.
28. 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)1383-8.
29. 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):3047-56.
30. Soares DA, Rodrigues CSC, Pereira DF, Silveira MOR, Oliveira JE, Lima VS. Adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes: Compreensão de elementos intervenientes segundo usuários de um serviço de Atenção a Saúde. *Rev. APS.* 2014; 17(3): 311-7.

31. 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):2903-12.
32. 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.
33. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciênc. saúde colet. 2012; 17(11):2865-75.
34. 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): 257-70.
35. Santos FA. Dinâmica da acessibilidade masculina ao Programa de Saúde da Família [dissertação]. Jequié (BA): Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2010. 126 f.
36. 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. 100 f.

Submissão: março de 2016.

Aprovação: abril de 2019.