

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

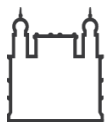
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E
SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA

AMANDA MARINHO DA SILVA

ACESSO DE HIPERTENSOS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE A PARTIR
DO ESTUDO DE CASO EM MUNICÍPIO RURAL REMOTO DO ESTADO DO
AMAZONAS

MANAUS – AM

2021



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E
SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA

AMANDA MARINHO DA SILVA

ACESSO DE HIPERTENSOS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE A PARTIR
DO ESTUDO DE CASO EM MUNICÍPIO RURAL REMOTO DO ESTADO DO
AMAZONAS

MANAUS – AM

2021

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E
SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA

AMANDA MARINHO DA SILVA

ACESSO DE HIPERTENSOS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE A PARTIR
DO ESTUDO DE CASO EM MUNICÍPIO RURAL REMOTO DO ESTADO DO
AMAZONAS

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Determinantes Socioculturais, Ambientais e Biológicos do Processo Saúde-Doença-Cuidado na Amazônia.

ORIENTADOR: Prof.^a Dr.^a Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

CO-ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Márcia Cristina Rodrigues Fausto

MANAUS – AM

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

S586

Silva, Amanda Marinho da

Acesso de hipertensos à Atenção Primária à Saúde a partir do estudo de caso em município rural remoto do estado do Amazonas. – Amazonas. / Amanda Marinho da Silva. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2021.

136 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2021.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves.

Co-orientador: Prof^a. Dr^a. Marcia Cristina Rodrigues Fausto.

1. Atenção primária à saúde 2. Hipertensão arterial 3. Saúde rural I. Título

CDU 614:616.12-008.331.1(811.3) (043.3)

CDD 614.098113

22. ed.

AMANDA MARINHO DA SILVA

**ACESSO DE HIPERTENSOS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE A PARTIR
DO ESTUDO DE CASO EM MUNICÍPIO RURAL REMOTO DO ESTADO DO
AMAZONAS**

Dissertação de Mestrado
submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Condições de Vida e Situações de
Saúde na Amazônia, como requisito parcial
e obrigatório para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública, área de
concentração Determinantes Socioculturais,
Ambientais e Biológicos do Processo
Saúde-Doença-Cuidado na Amazônia.

Aprovada em: 29/11/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. - Maria Jacirema Ferreira Gonçalves - Orientadora

ILMD/FIOCRUZ

Prof. Dr. – Rodrigo Tobias de Sousa Lima

ILMD/FIOCRUZ

Prof. Dr. – Nair Chase da Silva

EEM/UFAM

Dedico este estudo aos usuários do Sistema Único de Saúde na Amazônia, especialmente os de Maués, cujas contribuições nos ajudaram a refletir sobre estratégias de melhoria das políticas públicas de saúde em nossa região.

Também dedico a todos que inspiraram e colaboraram com esta pesquisa, direta ou indiretamente: família, orientadoras, professores e colegas de profissão.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus pela vida, sabedoria concedida e por cuidar de todos os detalhes para que os meus objetivos fossem alcançados durante estes anos de estudo.

Aos meus pais e irmãs, principais motivadores, por todo suporte, investimento em minha educação e por repartir os tempos juntos para que eu me dedicasse ao mestrado. Vocês fazem parte desta conquista.

Aos meus avós (*in memoriam* - 2021) pelo incentivo, amor e experiência de cuidá-los, através da qual compreendi as barreiras que os hipertensos enfrentam ao acessar os serviços de saúde. Saudades de vocês.

Às minhas orientadoras, Dr^a Jacirema Gonçalves e Dr^a Márcia Fausto, pelo ensino, compartilhamento de experiências, dedicação, excelência em tudo que fazem e por todo o suporte para que esta pesquisa fosse possível. Aprendi muito com vocês.

Aos amigos, familiares e professores, pelo companheirismo, incentivo e troca de ideias.

À Fiocruz Amazônia e PPGVIDA, juntamente com seus funcionários e corpo docente, essenciais no meu processo de formação profissional, que me proporcionaram experiências enriquecedoras no mestrado e pelo incentivo à pesquisa com a temática amazônica.

Ao Grupo de Pesquisa Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais Remotos, por este estudo tão incrível que dá visibilidade à saúde das populações das áreas mais distantes do Brasil.

À Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPEAM), por todo investimento a mim concedido.

À Secretaria Municipal de Saúde de Maués, pelo suporte na logística e portas abertas para a realização desta pesquisa.

Aos gestores, profissionais de saúde e usuários hipertensos do SUS, especialmente os de Maués-AM, que compartilharam de sua experiência e se disponibilizaram para a construção conjunta desta pesquisa, em prol da melhoria do SUS amazônico e da garantia do direito ao acesso à saúde.

Gratidão a todos!

“Não abandone a sabedoria, e ela o protegerá; ame-a, e ela cuidará de você. O conselho da sabedoria é: procure obter sabedoria; use tudo o que você possui para adquirir entendimento. Dedique alta estima à sabedoria, e ela o exaltará; abrace-a, e ela o honrará”.

Pv 4.6-8

RESUMO

Objetivo: Compreender o acesso aos cuidados do hipertenso na Atenção Primária à Saúde (APS) em município rural remoto do estado do Amazonas. **Métodos:** Trata-se de uma análise temática do acesso a partir de um estudo de caso de natureza qualitativa, realizada entre julho e agosto de 2019, com gestores municipais, profissionais de saúde e usuários hipertensos do município de Maués – Amazonas. A partir da coleta de dados com roteiros de entrevista semiestruturada para cada grupo de sujeitos investigados, dados secundários e estudos sobre território rural remoto e APS na Amazônia, realizou-se a triangulação de métodos. Na análise qualitativa, a abordagem utilizada é análise temática, baseada em um modelo teórico de acesso, cujas dimensões avaliadas são a acessibilidade geográfica, disponibilidade e aceitabilidade. O estudo respeita os preceitos éticos da Resolução 466/2012. **Resultados:** As barreiras de acesso relacionadas à acessibilidade geográfica foram a locomoção aos serviços que se concentram na sede municipal, disponibilidade de transporte e custo da viagem, e processo migratório relacionado à sazonalidade dos rios. Em disponibilidade, as barreiras envolvem a fixação de profissionais de saúde, oportunidade de consulta, integração com a Rede de Atenção à Saúde, informação sobre o serviço e educação em saúde. Em aceitabilidade, identificou-se a falta de competência cultural da equipe de saúde, tendência ao modelo curativo-emergencial e déficit de adesão ao tratamento dos hipertensos. Por outro lado, observou-se fatores que facilitam o acesso à APS, tais como a oferta de serviços através das viagens itinerantes da unidade móvel pelas comunidades ribeirinhas, disponibilidade de transporte para os agentes comunitários realizarem as visitas domiciliares, atendimento prioritário para a população rural, fortalecimento de vínculo profissional-usuário e satisfação com o serviço. **Considerações Finais:** As reflexões produzidas pelo estudo contribuem para o aprimoramento do conhecimento científico sobre a oferta de cuidado à saúde da população rural amazônica, ampliando a visibilidade para o contexto do cuidado assistencial e os fenômenos sociais que envolvem o acesso do hipertenso à APS, a fim de que se produzam políticas públicas condizentes com a realidade e planejamento do cuidado considerando os determinantes de saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde da População Rural; Acesso Universal aos Serviços de Saúde; Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

Objective: To understand access to care for hypertensive patients in Primary Health Care (PHC) in a remote rural municipality in the state of Amazonas. **Methods:** This is a thematic analysis of access based on a qualitative case study, carried out between July and August 2019, with municipal managers, health professionals and hypertensive users in the municipality of Maués – Amazonas. From the collection of data with semi-structured interview scripts for each group of investigated subjects, secondary data and studies on remote rural territory and PHC in the Amazon, a triangulation of methods was carried out. In qualitative analysis, the approach used is thematic analysis, based on a theoretical access model, whose dimensions evaluated are geographic accessibility, availability and acceptability. The study respects the ethical precepts of Resolution 466/2012. **Results:** Access barriers related to geographic accessibility were locomotion to services that are concentrated in the municipal headquarters, availability of transport and travel costs, and migration process related to the seasonality of rivers. In terms of availability, the barriers involve the establishment of health professionals, consultation opportunities, integration with the Health Care Network, information about the service and health education. In terms of acceptability, the health team's lack of cultural competence, a tendency to the curative-emergency model, and a lack of adherence to treatment for hypertensive patients were identified. On the other hand, factors that facilitate access to PHC were observed, such as the provision of services through the mobile unit's itinerant trips through riverside communities, availability of transport for community agents to carry out home visits, priority assistance for the rural population, strengthening of the professional-user bond and satisfaction with the service. **Final Considerations:** The reflections produced by the study contribute to the improvement of scientific knowledge about the provision of health care to the rural Amazon population, expanding the visibility of the context of care and the social phenomena that involve the access of hypertensive patients to PHC, the in order to produce public policies consistent with the reality and planning of care considering the determinants of health.

Keywords: Primary Health Care; Rural Health; Universal Access to Health Care Services; Hypertension.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Categorias de análise qualitativa do acesso de hipertensos à Atenção Primária em município rural remoto do Amazonas, Brasil, 2020.31
- Quadro 2** - Polos de Desenvolvimento e sua relação com o atendimento das UBS às populações rurais do município de Maués, Amazonas, Brasil, 2019.....41
- Quadro 3** - Classificação da PA de acordo com medição casual ou no consultório em pessoas a partir de 18 anos de idade.....78

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Municípios Rurais Remotos do estado do Amazonas segundo classificação e características dos espaços rurais e urbanos do Brasil (IBGE, 2017).	24
Figura 2 - Estrutura conceitual para avaliar o acesso.....	30
Figura 3 - Sede municipal de Maués, Amazonas, Brasil	32
Figura 4 - Características territoriais da Região do Baixo Amazonas (A) e do município de Maués, Amazonas, Brasil (B).....	34
Figura 5 - Palafita e maromba, estratégias de adaptação da residência e curral ribeirinhos à subida do nível das águas.	36
Figura 6 - Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município de Maués – AM.	39
Figura 7 – Rabeta, pequeno transporte fluvial de motor acoplado.....	43
Figura 8 - Unidade Básica Fluvial de Maués.....	53
Figura 9 - Organização da Rede de Atenção à Saúde voltada para o cuidado do hipertenso em Maués, Amazonas, 2021.	90
Figura 10 - Prática cultural de preparo e consumo do guaraná.....	106
Figura 11 – Guaraná, fruta típica amazônica.	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos MRR selecionados na área Norte Águas, 2019.	21
Tabela 2 - Cenário socioeconômico do município de Maués frente ao estado do Amazonas, Região Norte, Brasil, 2020.	37
Tabela 3 - Indicadores de Atenção Básica e Caracterização dos equipamentos de saúde, no município de Maués, Amazonas, Brasil, 2019.	39
Tabela 4 - Disponibilidade de equipamentos do Programa HIPERDIA nas UBS de Maués, Amazonas, Brasil.	86

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Melito
DRC	Doença Renal Crônica
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FR	Fator de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Melito
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IMC	Índice de Massa Corporal
LOA	Lesão Órgão-Alvo
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MAPA	Medição Ambulatorial da Pressão Arterial
mmHg	Milímetros de mercúrio
MRPA	Medição Residencial da Pressão Arterial
MRR	Municípios Rurais Remotos
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PBF	Programa Bolsa Família
PMM	Programa Mais Médicos
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPDC	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Contexto do Projeto Atenção Primária em Territórios rurais remotos no Brasil	19
1.2 Território Norte Águas	21
2. OBJETIVOS	23
2.1 Geral:	23
2.2 Específicos:.....	23
3. PERCURSO METODOLÓGICO	24
3.1 Cenário da Pesquisa.....	24
3.2 Desenho do Estudo	24
3.3 Sujeitos da Pesquisa.....	25
3.4 Métodos e Técnicas	25
3.5 Aspectos Éticos.....	28
3.6 Análise de Dados	28
4. CAPÍTULO I - CARACTERIZAÇÃO SOCIOESPACIAL E DO SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL DE MAUÉS – AM	32
4.1 Caraterísticas Territoriais	32
4.2 Características Socioeconômicas.....	34
4.3 Organização do Sistema de Saúde de Maués - AM.....	38
5. CAPÍTULO II – ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA	43
5.1 Localização do Serviço.....	47
2.2 Localização do Usuário	58
6. CAPÍTULO III – DISPONIBILIDADE	68
6.1 Ações e serviços da Atenção Primária à Saúde relacionados à Hipertensão.....	69
6.2 Demanda pelo serviço	99
7. CAPÍTULO IV – ACEITABILIDADE	106
7.1 Características dos serviços de saúde	107
7.2 Atitudes e expectativas do usuário	113
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade no Brasil e no mundo (MALTA et al., 2019; ROTH et al., 2018), nas quais estão inclusas as doenças cardiovasculares (DCV), diabetes, doenças respiratórias crônicas e câncer. Elas apresentam características comuns como longa duração, demanda intensa de cuidadores e de serviços de saúde, projetos terapêuticos, acesso aos serviços de saúde e ações integradas (MALTA; MERHY, 2010).

Quanto à mortalidade por DCV, durante os anos de 2000 a 2017, um estudo que comparou as taxas bruta e padronizada de mortalidade no Sistema de Informação de Mortalidade com a estimativa realizada pela Global Burden of Disease, observou uma tendência de diminuição das taxas de mortalidade em todos os métodos de estimativa (MALTA et al., 2020). Mas, quando analisadas as capitais brasileiras mais populosas por região, a capital do estado do Amazonas, Manaus, apresentava-se como exceção à diminuição da taxa de mortalidade, por apresentar queda menos expressiva, além do aumento da mortalidade tardia em homens (MARTINS et al., 2019). Este achado pode inferir que a realidade da HAS é bem específica na região e incentiva a descoberta de quais fatores influenciam esta particularidade.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos superior ou igual a 140 e/ou 90 mmHg (MALACHIAS et al., 2016), que contribui direta e indiretamente com o desenvolvimento de DCV.

Estudo epidemiológico da HAS no Brasil, realizado por Macinko, Leventhal e Lima-Costa (2018), durante a Pesquisa Nacional de Saúde, apontou que sua prevalência autorreferida foi 36% (51,4 milhões) da população brasileira, indicado por diagnóstico e/ou presença de elevados níveis pressóricos durante a medida da pressão arterial (PA) no momento da pesquisa. Os indivíduos não diagnosticados tinham 15% menos chance de ter contato com o sistema de saúde, indicando que a HAS pode servir como condição para avaliar o acesso aos serviços de saúde.

Sobre os dados de internação hospitalar, durante o período de 2010 a 2015, o estudo de Dantas et al (2018) mostrou que houve uma redução média de 7,76% das internações por HAS no Brasil, o tempo médio de internação foi de 4,2 dias, e no

âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) foram realizadas 3,7 consultas médicas ao ano por hipertenso registrado no Sistema de Cadastrado e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). A internação por HAS faz parte das internações por condições sensíveis à APS, permitindo refletir sobre a efetividade da APS no controle da pressão arterial, bem como da articulação entre as linhas de cuidado e os cenários de atenção (DANTAS et al., 2018).

Os custos brasileiros atribuíveis ao SUS no ano de 2018, somente no tratamento da HAS foram 2 bilhões de reais, para ações como hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos em adultos. Tais evidências econômicas quando associadas às epidemiológicas facilitam a decisão de gestores pela implantação de políticas mais custo-efetivas para o controle dos fatores de risco da HAS (NILSON et al., 2020).

A HAS possui alta prevalência, diagnóstico definido, padrões conhecidos de manuseio do paciente e as intervenções propostas têm influência no seu curso, o que a caracterizam como evento marcador para avaliação dos serviços de saúde (TANAKA et al., 2019).

Os melhores resultados obtidos em seu controle estão relacionados com o acompanhamento do usuário em um contexto em que haja Redes de Atenção à Saúde (RAS), com adequado acesso aos serviços de saúde, ambos coordenados pela APS (ASSIS; SIMÕES; CAVALCANTI, 2012; CHAVES et al., 2015).

No âmbito da APS, a acessibilidade, um de seus fundamentos, possibilita a chegada da população ao serviço de saúde, enquanto o acesso é, na prática, a forma como ela experimenta a acessibilidade (STARFIELD, 2002). A fim de diminuir as desigualdades do acesso, na gestão e produção de serviços de saúde, a base legal do Sistema Único de Saúde (SUS) prevê o acesso através dos princípios e diretrizes que incluem a universalidade, integralidade e equidade (MATTA, 2007).

O acesso é um termo complexo que envolve múltiplos significados, os quais variam a depender dos seus autores, do tempo e do contexto em que são empregados, em alguns modelos teóricos é utilizado o termo acesso e em outros, acessibilidade. A maioria dos estudos reconhece o acesso como o uso oportuno dos serviços de acordo com a necessidade do usuário, outros fazem distinção entre oferta e oportunidade efetiva de uso de serviços de saúde, e outros veem acesso como uma necessidade realizada (SANCHEZ; CICONELLI, 2012; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Em estudos de revisão sobre as estruturas conceituais de acesso em pesquisas realizadas na América Latina que consideravam a satisfação do usuário e as características do serviço, entre as dimensões comumente reconhecidas nestes estudos estão: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade (HOUGHTON; BASCOLO; DEL RIEGO, 2020; LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013).

Tais dimensões também estão presentes na proposta de Peters *et al.* (2008), elaborada para países de média e baixa renda, cuja definição de acesso refere-se a utilização oportuna do serviço de acordo com as necessidades dos usuários. Tais características partem do ponto de vista da oferta e da demanda, dando uma visão ampla de acesso.

A pesquisa que se propõe aqui tem como objeto o tema do acesso à saúde em áreas remotas e de difícil acesso. O estado do Amazonas possui 29 municípios classificados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como rurais remotos, cujas características são unidades populacionais com população em áreas de ocupação densa inferior a 50000 habitantes, com distância relativa das maiores hierarquias acima das médias nacionais e baixo grau de urbanização (IBGE, 2017).

No contexto rural, marcado por rarefação populacional e difícil acesso geográfico, é imprescindível olhar para o acesso aos serviços de saúde, uma vez que no Brasil, estes concentram-se em áreas urbanas.

Considerando que as desigualdades presentes nas áreas rurais, quando comparadas com as áreas urbanas refletem condições mais precárias de saúde e deficiência de políticas públicas, é necessária a viabilização de estudos que ultrapassem a lógica do rural estabelecido pela legislação administrativa e considerem as particularidades do contexto rural (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018; SOARES *et al.*, 2015).

Em áreas rurais amazônicas, estudos têm demonstrado que a política de saúde específica para populações rurais ainda não é uma prioridade de gestão e centra-se na lógica da produtividade, sua consequência é a existência de poucas informações de natureza qualitativa, o que reforça a importância da avaliação da subjetividade e os fenômenos sociais que envolvem o acesso à APS (GARNELO *et al.*, 2018; GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017; SOUSA *et al.*, 2017).

Diversas pesquisas já publicadas analisam o contexto das políticas de saúde e as dificuldades que os usuários enfrentam para acessar a APS (ASSIS; JESUS, 2012; GARNELO *et al.*, 2014; LIMA *et al.*, 2015; SOUSA; MONTEIRO; BOUSQUAT,

2019). Os eventos marcadores são uma das formas de avaliar esse acesso, dentre os quais está a hipertensão, uma vez que vem aumentando no perfil epidemiológico da população rural e os usuários portadores muitas vezes precisam utilizar a APS como porta de entrada para a atenção especializada (TANAKA et al., 2019; CHAVES et al., 2015). Entretanto, os estudos identificados não enfocam especificamente o contexto de município rural remoto, que certamente imprime diferentes desafios a serem explorados.

Neste contexto, a pergunta norteadora do estudo é: Como é o acesso aos serviços de saúde pelos hipertensos acompanhados na Atenção Primária à Saúde em cenários rurais remotos amazônicos?

1.1 Contexto do Projeto Atenção Primária em Territórios rurais remotos no Brasil

Este estudo faz parte da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos no Brasil”, desenvolvida na Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), financiada pelo Ministério da Saúde no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ-AB)¹ (Informações gerais sobre a pesquisa “**APS em municípios rurais remotos no Brasil**” podem ser acessadas no site: <https://apsmrr.com.br/>).

O objetivo central da pesquisa foi compreender singularidades e especificidades da organização e do uso dos serviços de atenção primária à saúde e de sua relação com a RAS para garantia de atenção integral e integrada, nos territórios considerados rurais remotos no Brasil (FAUSTO; FONSECA; PENZIN, 2020).

Para tanto, a pesquisa partiu do pressuposto que a conformação socioespacial brasileira é elemento central para a análise das políticas de saúde em geral, e da APS em particular e que, a conformação de sistemas de saúde em locais com rarefação de equipamentos e recursos humanos é distinta daquelas que ocorrem em áreas mais aglomeradas onde ocorre maior oferta de serviços, inclusive de saúde.

Partindo da categoria de análise – o uso do território (SANTOS; SILVEIRA, 2001), a pesquisa elaborou uma proposta de tipologia dos MRR para subsidiar a realização do campo da pesquisa. Tomou como base a caracterização dos espaços rurais

¹ O relatório da pesquisa está disponível no repositório institucional da Fiocruz: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47633>

remotos brasileiros proposta pelo IBGE (2017) para a definição dos casos e a abordagem metodológica da pesquisa.

Segundo o IBGE (2017) há no Brasil cinco tipos de municípios: urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto. A população brasileira está concentrada em municípios urbanos (76%), mas a maior parte dos municípios brasileiros (60,4%) são predominantemente rurais, com 3.856.692 cidadãos brasileiros vivendo em municípios rurais remotos (MRR).

Para a definição da amostra intencional da pesquisa foram selecionados os 323 municípios classificados como rurais remotos e na sequência tipificados segundo características socioeconômicas, demográficas e de saúde. Posteriormente foram definidos seis clusters com lógicas espaciais distintas, que aglutinam 97,2% (307) dos do total dos municípios rurais remotos (MRR). São eles: Matopiba (92 municípios, incluindo Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia), Norte de Minas (22 municípios do norte de Minas Gerais), Vetor Centro-Oeste (84 municípios da região Centro-Oeste), Semiárido (43 municípios do semiárido brasileiro que estão fora de Matopiba), Norte Águas (45 municípios da região Norte, com acesso fluvial) e Norte Estradas (28 municípios da região Norte com acesso por estradas).

A amostra para o campo da pesquisa foi estruturada a partir dos clusters previamente definidos, nos quais foram escolhidos dois ou mais municípios que corresponderiam ao “município tipo”, ou seja, municípios com características socioeconômicas, demográficas e de saúde mais frequentes no conjunto dos MRR do respectivo cluster. Um ou mais municípios *outliers* foram agregados ao município tipo, segundo os mesmos critérios: características mais incomuns na área. Buscou-se assim garantir a inclusão de diferentes realidades dos MRR, o que proporcionaria uma análise aprofundada tanto dos constrangimentos para o sistema de saúde, bem como das inúmeras estratégias utilizadas pela população e pelos serviços de saúde para enfrentar esta realidade. Com este procedimento, se chegou a uma amostra composta por vinte e sete MRR distribuídos nas seis áreas previamente definidas (FAUSTO; FONSECA; PENZIN, 2020).

Em cada um dos municípios, foram realizadas entrevistas com gestores (secretário municipal de saúde e coordenador da atenção básica), profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família (EqSF) (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde) e usuários. Para conhecer experiências de usuários foram definidos três traçadores: cuidado para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), acompanhamento de

pré-natal, parto e puerpério (PPP) e controle do de câncer de colo de útero (CCU). Foram também realizadas entrevistas com um representante da gestão estadual e gestão regional, em cada estado/região da pesquisa.

1.2 Território Norte Águas

O território Norte Águas é composto pelos MRR fortemente pautados pela lógica dos rios, representando as formas mais antigas de ocupação deste território, com uma interação profunda entre homem e o meio geográfico.

Este território agrega 45 MRR, distribuídos nos estados do Amazonas, Pará, Amapá e Acre, respectivamente com 25, 14, 3, e 3 municípios. No geral, são municípios com população média de 21.002 (± 11523). Maués é o município mais populoso, com quase 65.040 habitantes. A densidade populacional média é de 3,32 ($\pm 3,28$) hab./km². As áreas são muito extensas com média de 14.997 (± 17155) km². O PIB médio per capita foi de R\$ 8.5390,0 ($\pm 3157,98$) espelhando um quadro razoavelmente heterogêneo. Quase metade dos municípios é classificada nas faixas de PIB per capita baixa. Os serviços de administração, saúde e educação públicas e seguridade social respondem pela maior parcela do PIB. A faixa de IDHM predominante é a baixa. O percentual médio da população beneficiária do Bolsa Família é de 46,8 ($\pm 17,8$).

Para a amostra da área Norte Águas foram selecionados 7 municípios, dentre os quais 4 encontram-se no estado do Pará, 2 no Amazonas e 1 no Amapá. (Quadro 1).

Tabela 1 - Características dos MRR selecionados na área Norte Águas, 2019.

Norte Águas								
UF	Município	CIR	População	Área	Densidade Demográfica	IDHM	PIB per capita	% pop PBF
PA	Aveiro	Tapajós	15.888	17.073	0,93	0,541	5.497,000	45,62
PA	Chaves	Marajó 1	22.476	13.084	1,72	0,453	6.281,000	48,82
PA	Melgaço	Marajó 2	26.297	6.774	3,88	0,418	4.846,000	51,83
PA	Prainha	Baixo Amazonas	29.088	14.786	1,97	0,523	7.772,000	82,67
AM	Boa Vista	Baixo	17.663	2.586	6,83	0,565	5.950,000	43,62

do Ramos		Amazonas						
AM	Maués	Baixo Amazonas	59.983	39.989	1,50	0,588	6.272,000	54,67
AP	Vitória do Jari	Área Sudoeste	14.364	2.482	5,79	0,619	10.994,000	53,16

Fonte: Dados da Pesquisa Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos no Brasil.

Dos MRR do estado do Amazonas foi escolhido o município de Maués, pois é o mais populoso do Norte Águas, com população estimada de 65040 habitantes (IBGE, 2020), possui áreas extensas e rarefação populacional. Maués é o município *outlier*, principalmente considerando a maior população desta área da pesquisa (ver capítulo I).

2. OBJETIVOS

2.1 Geral:

Compreender o acesso aos cuidados à saúde do hipertenso na Atenção Primária à Saúde em município rural remoto do estado do Amazonas, na perspectiva de gestores, profissionais de saúde e usuários hipertensos.

2.2 Específicos:

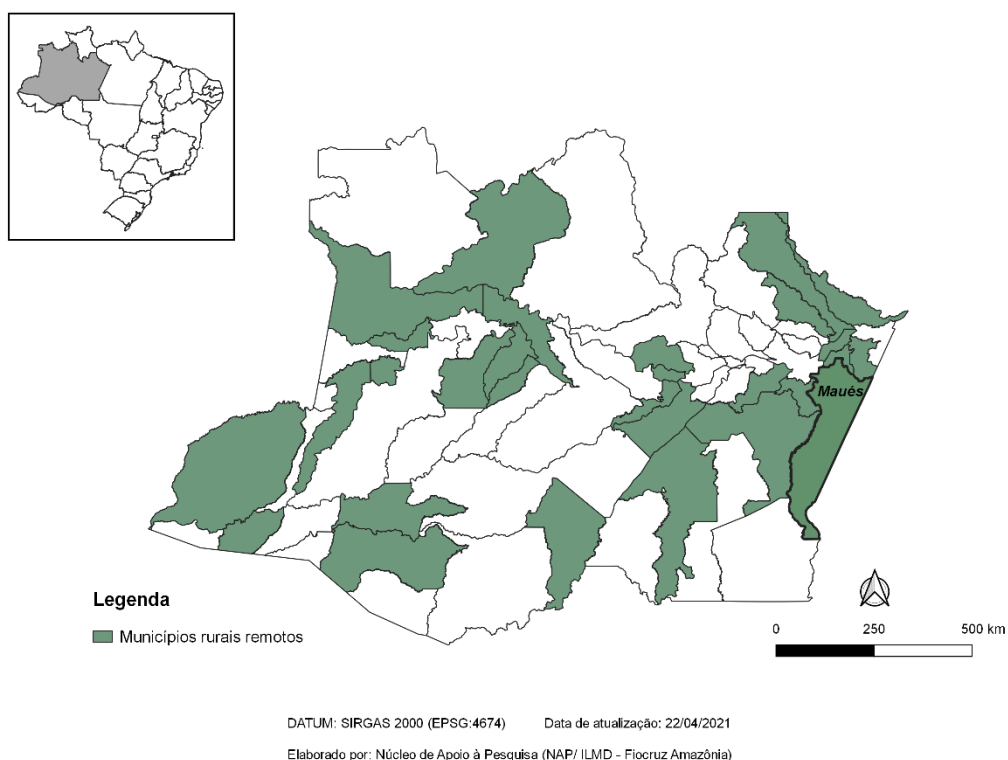
1. Caracterizar o município rural remoto escolhido quanto aos aspectos socioeconômicos, espaciais e à organização da Atenção Primária à Saúde e Rede de Atenção à Saúde;
2. Descrever a forma como os usuários hipertensos acessam a Atenção Primária à Saúde e outros serviços da Rede de Atenção à Saúde;
3. Identificar as dificuldades e potencialidades para o acesso à Atenção Primária à Saúde relativo à Hipertensão Arterial Sistêmica, considerando as dimensões de acessibilidade geográfica, disponibilidade e aceitabilidade.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Cenário da Pesquisa

O contexto específico deste estudo é o município de Maués no Amazonas, estado que possui 62 municípios dos quais 29 foram classificados como municípios rurais remotos (MRR). Estes MRR caracterizam-se por, unidades populacionais em áreas de ocupação densa inferior a 50000 habitantes, com distância relativa das maiores hierarquias acima das médias nacionais e baixo grau de urbanização (IBGE, 2017) (Figura 1).

Figura 1 - Municípios Rurais Remotos do estado do Amazonas segundo classificação e características dos espaços rurais e urbanos do Brasil (IBGE, 2017).



Fonte: Núcleo de Apoio à Pesquisa (NAP/ILMD – Fiocruz Amazônia).

3.2 Desenho do Estudo

Trata-se de estudo de caso único do tipo exploratório com abordagem qualitativa com vistas a produzir conhecimento sobre o acesso aos cuidados em HAS na APS no município rural remoto de Maués do estado do Amazonas.

O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que consiste em uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, se aplica a conhecer em profundidade as particularidades do tema estudado (YIN; GRASSI, 2005).

Este estudo de caso único seguiu as etapas de Freitas e Jabbour (2011): coleta de dados e transcrição das evidências coletadas; descrição detalhada dos dados; análise das evidências coletadas com base nos principais conceitos; e o cruzamento das evidências.

3.3 Sujeitos da Pesquisa

A pesquisa ocorreu em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na sede do município, já que não há UBS localizada em área fora da sede municipal. Em uma UBS, foram entrevistados os profissionais de saúde de equipe de referência para usuários residentes na sede municipal e, na outra, profissionais de equipe de referência para usuários residentes na área rural. Os gestores municipais apoiaram no processo de escolha das UBS e comunicação com os informantes-chave.

Os profissionais foram escolhidos conforme disponibilidade durante o dia selecionado para as entrevistas. Em cada UBS foram selecionados um profissional por categoria, totalizando: três médicos (um da Unidade Básica de Saúde Fluvial - UBSF), dois enfermeiros e dois agentes comunitários de saúde (ACS). Os gestores municipais participantes do estudo foram dois, secretário de saúde e coordenador da APS.

Os dois usuários participantes, um de cada UBS, foram selecionados por amostra de conveniência, de acordo com os critérios: que tivessem diagnóstico de HAS, tivessem pelo menos uma consulta nos últimos 12 meses da data da entrevista e que estavam presentes na UBS no momento da pesquisa.

3.4 Métodos e Técnicas

Para a caracterização socioespacial do município de Maués, comparando-o ao estado do Amazonas e ao Brasil, foram utilizadas as seguintes variáveis: população estimada, percentual de residentes em áreas rurais, população cadastrada na APS, área territorial, densidade demográfica, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, renda per capita, percentual de beneficiados pelo Programa Bolsa Família, percentual de beneficiários de planos de saúde, renda domiciliar e percentuais de condições básicas de saúde relacionadas ao domicílio.

Tais dados estão disponíveis nas fontes secundárias do IBGE, Mapas Estratégicos para Políticas de Cidadania (MOPS), Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Painel do Bolsa Família e Cadastro Único no seu município do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Secretaria do Tesouro Nacional (SICONFI).

Para a descrição de como se organiza a APS no município foram utilizados dados do 3º Ciclo do PMAQ-AB de 2017, disponíveis no E-gestor, referentes à caracterização das equipes de saúde, organização das UBS, materiais e insumos, e cuidados com a pessoa com HAS e/ou Diabetes Melito (DM). Além disso, foram utilizados estudos pertencentes à perspectiva de território rural remoto ou sobre acesso na Amazônia, com a finalidade de ser realizada uma triangulação de fontes de pesquisa com os resultados qualitativos produzidos neste estudo.

Quanto aos dados qualitativos, a coleta dos dados foi realizada no período de 31 de julho a 03 de agosto de 2019, por equipe previamente treinada, responsável pelo contato inicial com o gestor municipal via e-mail e por telefone. Com o aceite do gestor municipal foi acordado o período de realização das entrevistas presencialmente com todos os sujeitos da pesquisa no município.

A inserção da equipe de pesquisa no campo iniciou-se com seu deslocamento até o município de Maués, partindo de Manaus, por via fluvial em um barco de linha de grande porte no fim da tarde do dia 30/07/19, e chegando pela manhã do dia 31/07/19, em um trajeto de dezesseis horas de viagem.

À tarde, a equipe compareceu à Secretaria Municipal de Saúde, para realizar as devidas apresentações e expor a pesquisa, salientando os objetivos e sanando possíveis dúvidas que ficaram na leitura do material da pesquisa que havia sido enviado previamente por e-mail. Após esse contato, a equipe realizou as entrevistas com os gestores municipais e acordou os últimos encaminhamentos logísticos de transporte, horários de entrevistas e UBS a serem visitadas.

Nos dias seguintes, 01 e 02/08/19, a equipe se deslocou até as UBS escolhidas para a realização das entrevistas com os profissionais de saúde de equipes urbanas e rurais, e usuários hipertensos disponíveis para as entrevistas. Além de ter visitado o hospital municipal, para conhecer sua estrutura e funcionamento, onde é realizado o atendimento de urgências e emergências e da Atenção Especializada em Cardiologia.

As entrevistas foram realizadas com base em roteiros semiestruturados para cada categoria de sujeito da pesquisa, todos compostos por dados gerais da entrevista (entrevistador, data, horário), perfil do entrevistado, roteiro de perguntas abertas, uma síntese e observações sobre a entrevista.

Como se trata apenas de roteiro norteador, as entrevistas foram registradas em linhas gerais pelo entrevistador e gravadas em áudio, permitindo ao informante a livre explanação de suas ideias. Não foram estabelecidos limites de tempo ou de assunto, procurando-se sempre manter a abordagem na temática do acesso à atenção à saúde do hipertenso.

A todos os entrevistados foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) explicando os objetivos, como ocorreria a pesquisa e seus riscos e benefícios aos participantes.

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas e observações dos pesquisadores, gravadas com gestores, profissionais e usuários, com transcrição fidedigna, codificando os falantes com a sigla E de entrevistado seguido de número natural (por exemplo, E.1) com a finalidade de preservar o anonimato dos participantes e de suas respectivas categorias profissionais. Posteriormente, realizou-se a retranscrição manual para corrigir textos pouco audíveis ou inconsistências. As entrevistas com os profissionais de saúde duraram em média 92 minutos, com os gestores, 157 minutos, e com os usuários, 49 minutos.

As entrevistas com gestores e profissionais foram realizadas no local de trabalho em ambiente tranquilo e horário reservado, sem intervenção de suas atividades rotineiras, e as entrevistas com usuários ocorreram nas UBS ou em local de sua preferência.

No dia 03/08/19, pela parte da manhã, a equipe de pesquisa foi levada a conhecer as instalações da UBSF, que no período referido encontrava-se estacionada na sede municipal, no aguardo da realização da próxima viagem até as comunidades ribeirinhas.

O retorno à Manaus ocorreu no mesmo dia, por via fluvial de barco, com duração de aproximadamente dezoito horas com chegada pela manhã do dia 04/08/2019.

O roteiro dos gestores municipais apresentava questões sobre as estratégias da gestão da APS direcionadas para responder às necessidades em saúde das populações

residentes em áreas rurais e remotas e como se configuram os fluxos regionais para garantia da continuidade dos cuidados.

O roteiro utilizado para os profissionais de saúde possuía questões voltadas para o processo de trabalho das equipes da APS, o modo que se conformam as intervenções em saúde, como estão organizados os serviços da APS e o fluxo regional de continuidade do cuidado à saúde da população vivendo em territórios rurais e remotos.

O roteiro dos ACS discorria as estratégias desenvolvidas pelos agentes comunitários para responder às necessidades em saúde destas populações, as peculiaridades do trabalho do ACS nestas áreas e as dificuldades de acesso que a população enfrenta nos MRR.

Na perspectiva de conhecer o cuidado para o usuário com HAS, o roteiro trouxe questões relacionadas sobre ao fluxo de acesso de cidadãos residentes em MRR para atenção integral à saúde, desde o território, nos serviços de APS, até os serviços especializados de maior densidade tecnológica, conforme a necessidade, além de como ocorre acessibilidade, a organização da RAS voltada para as ações de cuidado a usuários com HAS, o processo de trabalho das equipes da APS e a conformação das intervenções em saúde e os fluxos regionais.

3.5 Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) com parecer número 2.832.559 e coordenada pela Prof.^a Dr.^a Márcia Cristina Rodrigues Fausto, com a participação de pesquisadores do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia) nas pesquisas referentes ao Norte Águas.

3.6 Análise de Dados

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise temática, que consiste em identificar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência apresentam relação com o objeto analítico visado (MINAYO, 2008).

Funcionalmente, a análise desdobra-se em três etapas (MINAYO, 2008):

- a) Pré-análise, em que há a escolha dos dados por meio de leitura flutuante, validação do estudo segundo normas da

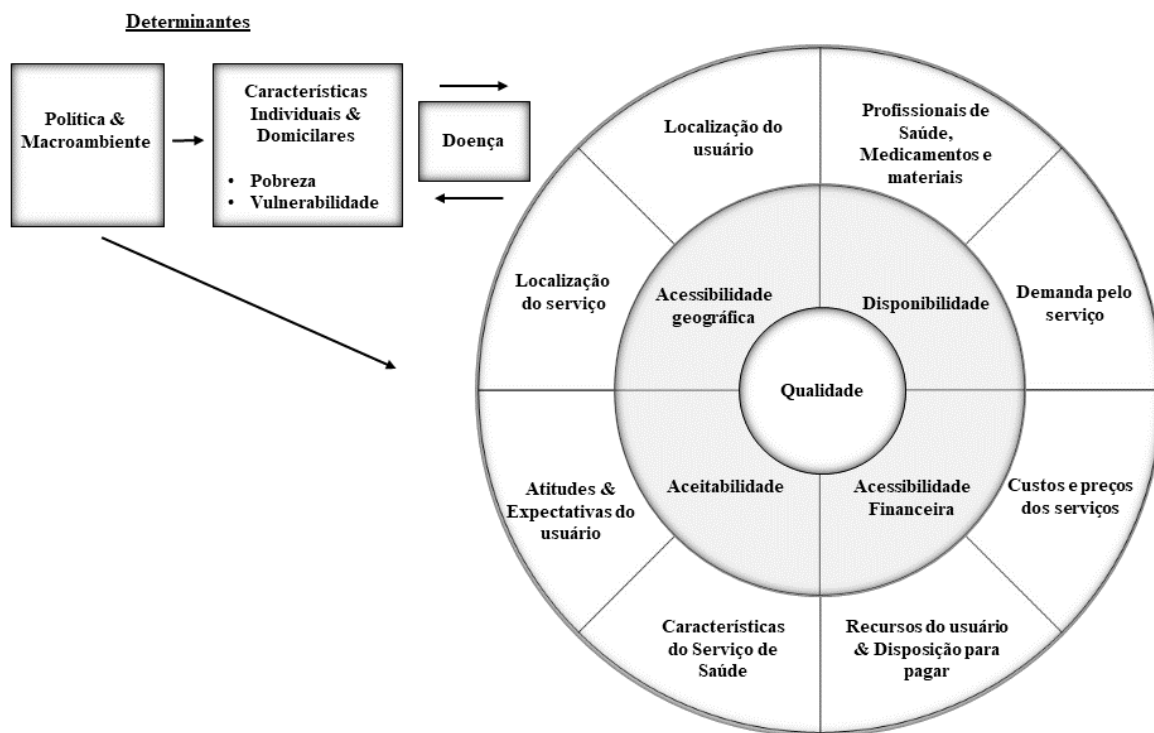
pesquisa qualitativa, e retomada dos objetivos iniciais da pesquisa;

- b) Exploração do material, que ocorre com uma operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto e escolher categorias responsáveis pela classificação dos temas;
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos significados, relacionando-os ao quadro teórico desenhado inicialmente.

A análise temática de acesso, terceira fase do estudo de caso, foi realizada com base no modelo conceitual de Peters *et al.* (2008), para o qual acesso é a utilização oportuna do serviço de acordo com as necessidades dos usuários, que consiste em quatro dimensões (Figura 2):

- *Acessibilidade geográfica* – é a distância física ou tempo de viagem do serviço até o usuário, considerando a localização do serviço e a moradia do usuário;
- *Disponibilidade* – é o atendimento disponível para quem precisa, como horário de funcionamento e tempo de espera, que atendam às demandas de quem utiliza o atendimento, bem como a organização da oferta de serviços e materiais adequados em quantidade e qualidade;
- *Acessibilidade financeira* – é a relação entre o preço dos serviços e a disposição e capacidade dos usuários de pagar por esses serviços, ou do próprio serviço se organizar diante do custo financeiro para ofertar o serviço, bem como de serem protegidos das consequências econômicas dos custos de saúde;
- *Aceitabilidade* - é a forma como os prestadores de serviços de saúde são receptivos às expectativas sociais e culturais de usuários e comunidades, assim como as atitudes e satisfação dos usuários diante ao serviço ofertado.

Figura 2 - Estrutura conceitual para avaliar o acesso.



Fonte: Peters et al.(2008), tradução livre pela própria autora.

O presente estudo adota a proposta de Peters et al. (2008) adaptada para proceder a análise dos resultados relativos às dimensões de acessibilidade, disponibilidade e aceitabilidade. Esta proposta foi elaborada para países de média e baixa renda que possuem sistemas de saúde dependentes da capacidade do usuário de pagar pelo serviço ou capacidade de seguro social. Portanto, a dimensão acessibilidade financeira não se aplica à realidade deste estudo de caso, e também, a coleta de dados não teve como foco mensurar os custos diretos e indiretos envolvidos no acesso aos serviços de saúde.

A partir deste modelo foi elaborada uma matriz de análise sobre as dimensões elencadas de acesso aplicadas à APS no município rural remoto estudado. As categorias de análise foram geradas a partir da exploração prévia das entrevistas e encontram-se dispostas tanto pela perspectiva da oferta do serviço de saúde quanto pela demanda (Quadro 1).

Os determinantes do lado da oferta são aspectos inerentes ao sistema de saúde que interferem na aceitação dos serviços pelos indivíduos, famílias ou comunidades, enquanto que, do lado da demanda são fatores que interferem na capacidade da

população de utilizar os serviços de saúde no domicílio ou na unidade de saúde (JACOBS et al., 2012).

QUADRO 1 - CATEGORIAS DE ANÁLISE QUALITATIVA DO ACESSO DE HIPERTENSOS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIO RURAL REMOTO DO AMAZONAS, BRASIL, 2020.

DIMENSÕES	VARIÁVEIS	
	OFERTA	DEMANDA
ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA	<ul style="list-style-type: none"> • Distância entre os serviços de saúde e usuários • Disponibilidade de transporte • Unidade Básica de Saúde Fluvial • Articulação da Atenção Primária na RAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de deslocamento até o serviço de saúde • Custos do deslocamento • Processo migratório relacionado à sazonalidade climática
DISPONIBILIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • Atração e fixação de profissionais de saúde • Educação Permanente • Oferta e funcionamento dos serviços APS • Diagnóstico, prevenção e acompanhamento para HAS • Medicamentos, insumos e equipamentos • Integração com a Rede de Atenção à Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamento do serviço de APS • Agendamento de consultas • Tempo de espera para consulta • Oportunidade do cuidado • Educação em saúde
ACEITABILIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • APS como serviço de primeiro contato • Acompanhamento dos hipertensos • Interação entre os profissionais da equipe e os ACS • Tratamentos alternativos de controle da HAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre os cuidados em saúde e adesão ao tratamento • Satisfação do usuário • Aspectos relacionais profissional-usuário • Aspectos culturais • Motivação interna e fatores psicológicos

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados qualitativos da pesquisa.

Atendendo aos objetivos propostos e ao delineamento metodológico, os resultados deste estudo foram organizados em quatro capítulos analíticos que emergiram dos depoimentos dos sujeitos participantes da pesquisa, dispostos assim: Caracterização Socioespacial e do Sistema de Saúde Municipal de Maués – AM, Acessibilidade geográfica, Disponibilidade e Aceitabilidade.

4. CAPÍTULO I - CARACTERIZAÇÃO SOCIOESPACIAL E DO SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL DE MAUÉS – AM

FIGURA 3 - SEDE MUNICIPAL DE MAUÉS, AMAZONAS, BRASIL



Fonte: Prefeitura municipal de Maués.

Este capítulo corresponde ao primeiro objetivo específico proposto de caracterizar o município rural remoto escolhido quanto aos aspectos espaciais, socioeconômicos e à sua organização da APS, de acordo com dados de fontes secundárias e estudos sobre o rural amazônico.

4.1 Características Territoriais

A Amazônia é composta por várias amazônias que se diferenciam por características geográficas, históricas, culturais e sociais. Dentre esta diversidade amazônica, existem territórios predominantemente dominados pela lógica dos rios, como é o caso do município estudado, Maués.

Para Schweickardt et al. (2016a), trata-se de um *território líquido*, no sentido de que se modifica sazonalmente e ciclicamente, assim, a partir das malhas e comunicações por meio dos rios, que por sua vez secam ou enchem, seguindo os ritmos da natureza para além dos homens, que devem também se adaptar.

As chuvas não são as únicas determinantes dos níveis dos rios, o clima equatorial úmido favorece a sazonalidade das águas devido à frequência de chuvas na região, presentes o ano todo, entretanto, durante os meses de dezembro a julho, com altos índices pluviométricos, os rios se enchem, permitindo novos caminhos pelas

águas. E a partir do mês de agosto até novembro, com pouca chuva, os rios secam, nessa região do Amazonas (INPE, 2016). E assim o ciclo se repete.

Outro fator que influencia o ciclo, é a localização, quanto mais próximo da nascente, mais cedo se inicia a cheia. Esta é a referência do curso do rio em alto, médio e baixo e que também é utilizada na regionalização da saúde do estado (SCHWEICKARDT et al., 2016a).

Nesse contexto que se situa Maués, um município do estado do Amazonas de larga extensão territorial com área de 39.989 km² (Figura 4B), o que se aproxima da extensão geográfica do estado do Rio de Janeiro. Seu território apresenta áreas de várzea, locais da floresta que alagam com a sazonalidade dos rios, e áreas de terra firme com floresta ombrófila densa composta por árvores de alto porte.

Além disso, possui unidades de conservação ambiental localizadas ao sul do município: Floresta Estadual de Maués² (área de 438.440,32 hectares), Floresta Nacional do Pau-Rosa³ (área de 827.877 hectares) e Floresta Nacional do Urupadi⁴ (área de 537.228 hectares), criadas com a finalidade de promover a preservação da fauna e flora, dos recursos hídricos e promover o desenvolvimento sustentável das comunidades locais. A população concentra-se ao norte do município, aonde está a sede municipal e os maiores rios e igarapés.

A sede municipal (Figura 3) está localizada em uma área de terra-firme banhada pelo rio Maués-Açu com altitude de 18m acima do nível do mar, e a área rural que se encontra nas terras de várzea às margens dos rios e seus “ramais”, aonde há comunidades e vilas com diversos grupos de famílias.

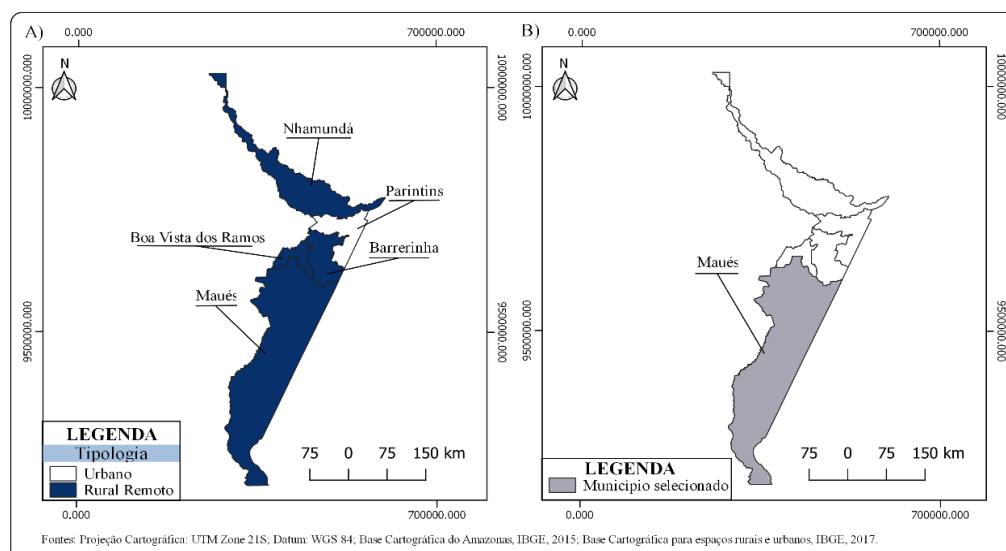
O município localiza-se no Baixo Amazonas, entre os rios Madeira e Tapajós, na divisa com o estado do Pará. Sua área faz limites com as seguintes cidades: Boa Vista do Ramos, Barreirinha, Itacoatiara, Apuí, Borba, Nova Olinda do Norte no estado do Amazonas; e Jacareacanga, Aveiro e Itaituba, no estado do Pará (Figura 4A).

² Disponível em: <https://uc.socioambiental.org/pt-br/arp/4234>

³ Disponível em: <https://uc.socioambiental.org/arp/1400>

⁴ Disponível em: <https://uc.socioambiental.org/arp/5433>

FIGURA 4 - CARACTERÍSTICAS TERRITORIAIS DA REGIÃO DO BAIXO AMAZONAS (A) E DO MUNICÍPIO DE MAUÉS, AMAZONAS, BRASIL (B).



A) Classificação dos espaços rurais e urbanos da região de saúde Baixo Amazonas - AM. B) Município da região de saúde Baixo Amazonas - AM selecionados para o estudo

Fonte: Elaborada pelas autoras a partir dos dados da pesquisa Acesso à Atenção Primária em Saúde em territórios rurais (2019).

4.2 Características Socioeconômicas

Historicamente, sua fundação ocorreu em 25 de junho de 1833, reconhecida até então como vila Luzéa. E em 1865, passou a ser denominada Vila Conceição e somente em 1896 foi elevada à categoria de cidade com a denominação de Maués, nome de origem Tupi em homenagem à nação indígena Sateré-Mawé que predomina a região do município (LORENZ, 2015).

Quanto à caracterização demográfica, a população da sede corresponde a aproximadamente 50% da população que reside no município. Observa-se a migração da população rural para a sede, contudo, há limitações de crescimento da área urbana por estar circundada pelo rio e pela floresta.

A população considerada rural, que vive fora da sede do município é constituída por povos ribeirinhos, que são grupos sociais com valores simbólicos próprios que possuem territorialidade de ocupação e pertencimento ao longo dos rios; e populações indígenas, principalmente da etnia Saterê-Mawé, que vivem em aldeias ao longo dos rios Andirá e Marau, que dão nome à terra indígena aonde residem dentro do município. Estas populações residem em pequenos povoados distribuídos por todo o território rural de Maués (COUTO; RAVENA; DOS SANTOS, 2019; TEIXEIRA; BRASIL; SILVA, 2011).

Segundo os gestores de saúde, há aproximadamente 187 comunidades ribeirinhas, cujo principal meio de subsistência e fonte proteica é a pesca artesanal, dentre outras atividades como a agricultura familiar de frutas, ervas medicinais e legumes, sendo a mandioca, o principal cultivo para fabricação de farinha, em que o excedente é vendido com a finalidade de comprar os demais produtos que necessitam. Vale destacar também o plantio do guaraná, tanto para consumo próprio quanto para vender em associações de agricultores locais e para a empresa produtora do refrigerante de guaraná, em busca de renda extra.

A categoria social “ribeirinhos” vai além de nomear uma população pela característica geográfica de onde vivem, no caso, às margens dos rios, envolve seus valores simbólicos de territorialidade, cultura e modo de vida pautado em vivências geracionais (COUTO; RAVENA; DOS SANTOS, 2019). Suas casas, conhecidas como palafitas (Figura 5), são construídas em cima de estruturas de madeira sem tocar o piso da casa ao chão, e seus animais domésticos e poucas cabeças de gado que possuem vivem em marombas⁵, assim previnem alagações durante a cheia do rio, e, durante a seca, constroem o acesso aos rios ou ao solo, feito por escadas ou terminais flutuantes privados.

Já as populações tradicionais não indígenas da Amazônia são caracterizadas pelas atividades extrativistas aquáticas ou florestais terrestres que exercem. O chamado “caboclo amazônico” é extrativista, mas vive da pesca nas várzeas e nas beiras de igarapés, igapós, lagos e rios, que é a principal fonte proteica em sua alimentação. Sua vida é regulada pelos níveis da água modificando as atividades de extrativismo vegetal, agricultura de subsistência e pesca (COUTO; RAVENA; DOS SANTOS, 2019).

⁵ Curral erguido sob esteios acima das águas.

FIGURA 5 - PALAFITA E MAROMBA, ESTRATÉGIAS DE ADAPTAÇÃO DA RESIDÊNCIA E CURRAL RIBEIRINHOS À SUBIDA DO NÍVEL DAS ÁGUAS.



Fonte: A autora (2021).

Maués possui aproximadamente 48 comunidades indígenas, segundo os gestores, o equivalente a 10% de sua população total. Algumas destas comunidades encontram-se na Terra Indígena Andirá-Marau⁶, cuja área é de 789.000 hectares, desta 16,8% está localizada a leste do município, o restante nos municípios vizinhos tanto do estado do Amazonas quanto aos pertencentes ao estado do Pará.

Os indígenas em sua maioria são da etnia Sateré Mawé, que vivem na bacia do rio Marau, integram o tronco linguístico Tupi e falam português. São conhecidos pela introdução do cultivo do guaraná na cultura local do município e por fazerem deste fruto um produto comercial com benefícios energéticos, regulador intestinal, tônico cardiovascular, entre outras funções. No decorrer dos anos, observou-se um aumento do fluxo migratório dos Sateré Mawé para o destino urbano de Maués em busca de trabalho e oportunidade de estudo (LORENZ, 2015; TEIXEIRA; BRASIL; SILVA, 2011).

No cenário socioeconômico, observa-se que Maués é um dos municípios mais populosos do leste do estado, com população estimada de 65.040 habitantes (IBGE, 2020); possui densidade demográfica de 1,31 hab./km²; cerca de 50% sua população reside na sede do município; possui baixo Índice de Desenvolvimento Humano

⁶ Disponível em: <https://terrasindigenas.org.br/pt-br/terras-indigenas/3580>

Municipal (IDHM) de 0,59, Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 6.272,00 e sua população beneficiária do Programa Bolsa Família é de 57% (Tabela 2).

TABELA 2 - CENÁRIO SOCIOECONÔMICO DO MUNICÍPIO DE MAUÉS FRENTE AO ESTADO DO AMAZONAS, REGIÃO NORTE, BRASIL, 2020.

Caracterização do território	Maués	Amazonas	Região Norte	Brasil
População estimada (hab.) ¹	65.040	4.207.714	18.672.591	211.755.692
% população rural ²	49,0	20,9	26,5	16,0
Área (km ²) ¹	39.991,0	1.559.167,8	3.850.516,2	8.510.345,5
Densidade demográfica (hab./ km ²) ²	1,31	2,23	4,84	24,8
IDH ⁴	0,59 (Baixo)	0,67 (Médio)	0,67 (Médio)	0,72 (Alto)
Renda per capita (R\$) ⁴	244,30	539,80	567,25	793,87
% da população beneficiárias PBF ⁵	57	35	32	19
População com renda domiciliar menor que ½ salário mínimo ²	76,6	54,4	52,8	34,7
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ⁴	40,5	62,2	66,8	87,2
% da população em domicílios com energia elétrica ⁴	76,8	92,2	93,7	98,6
% da população em domicílios com coleta de lixo ⁴	97,4	92,9	94,4	97,0
% de extremamente pobres ⁴	34,1	16,4	12,9	6,6
Taxa de Analfabetismo - % da população com 15 anos ou mais ⁴	10,3	9,9	11,1	9,6
População cadastrada e vinculada à APS ³	30.756	2.207.626	9.914.988	127.634.021
% população beneficiária de plano de saúde ⁶	0,7	14,2	10,4	24,1
% Receita de transferências Intergovernamentais ⁷	82,5	30,3	-	-

Fonte: ¹ IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – competência dez/2019 | ² MOPS - Mapas Estratégicos para Políticas de Cidadania – competência dez/2019 | ³ SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, Painel de Cadastro. Competência – Dez de 2019 | ⁴ PNUD - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – Censo, 2010 | ⁵ MDS - Ministério do Desenvolvimento Social, painel do Bolsa Família e Cadastro Único no seu município – competência dez/2019 | ⁶ ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar – competência dez/2019 | ⁷ SICONFI - Secretaria do Tesouro Nacional – competência dez/2019.

Legenda: Programa Bolsa Família (PBF); Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

Quando comparada ao estado do Amazonas, Região Norte e ao Brasil, observa-se que apesar de ser um dos municípios mais populosos do Amazonas, sua densidade demográfica é quase duas vezes inferior à do estado. O mesmo ocorre com a renda per capita. Há uma relação inversa quanto ao percentual da população beneficiária do PBF e ao percentual de população extremamente pobre, tal inversão sugere que a população de Maués está mais exposta a situações de vulnerabilidade social. Há nítido distanciamento entre os indicadores de condições de vida do MRR e os indicadores do estado, da Região Norte e do país, o que expressa importantes desigualdades sociais.

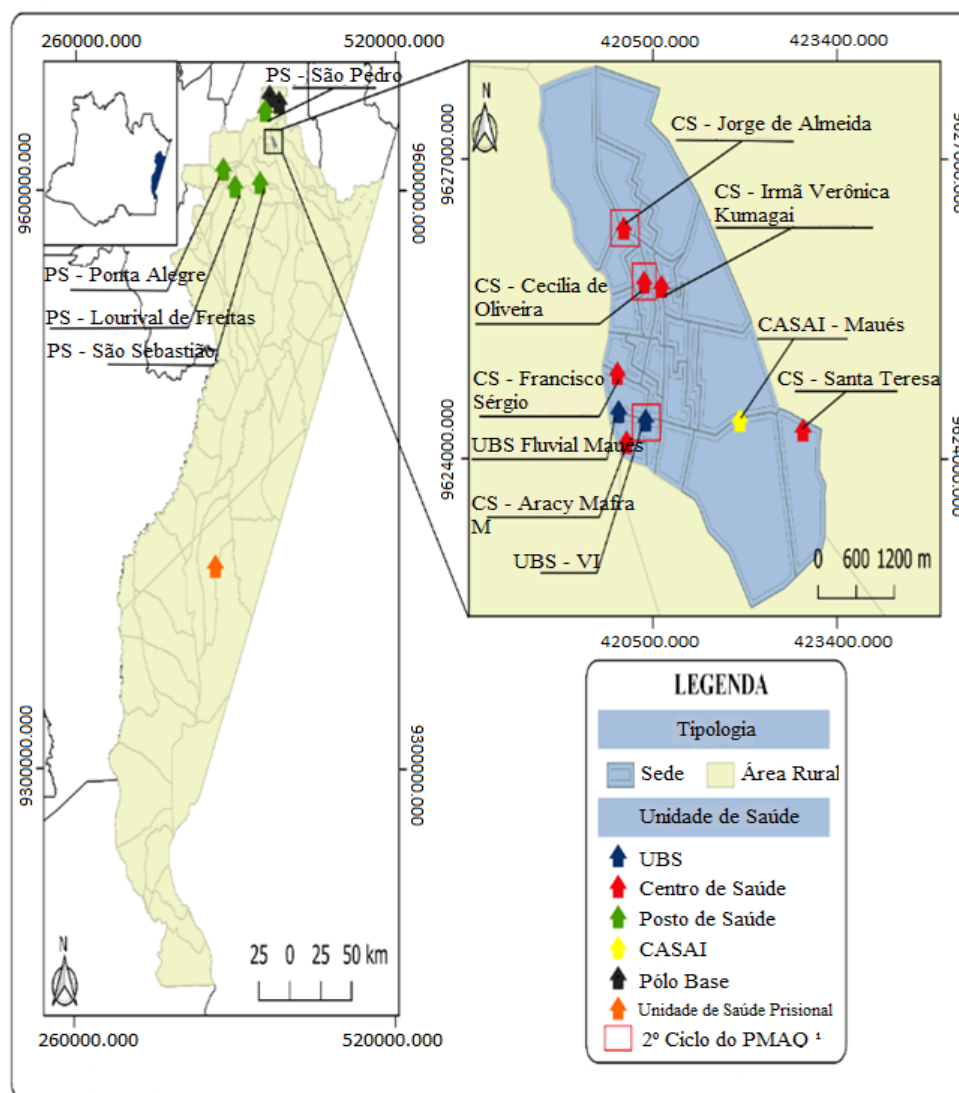
O percentual da população que possui plano de saúde é extremamente baixo no município (0,7%) e quase metade de sua população é cadastrada ou vinculada à APS, indicando a importância do SUS para o acesso aos serviços de saúde e de acompanhamento das condições de saúde.

4.3 Organização do Sistema de Saúde de Maués - AM

A APS de Maués dispõe de 6 UBS, 15 EqSF e 148 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Tabela 3). Em cada UBS há duas ou três EqSF, geralmente, uma direcionada para atender usuários residentes nas áreas da sede municipal (urbana) e uma para usuários residentes em áreas localizadas fora da sede (rural). Todas as UBS estão localizadas na sede do município. Os ACS atuam na sede e nas áreas dos interiores do município onde não há disponibilidade de UBS e EqSF.

O município dispõe de 1 Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) que está em atuação, segundo o gestor municipal, com ações de saúde realizadas no interior do município a cada 40 dias. Exceto o médico, que é exclusivo para atuar na UBSF, os demais profissionais atuam nas UBS e são convocados a participar das ações itinerantes.

FIGURA 6 - DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MAUÉS – AM.



Fonte: Projeção Cartográfica: UTM Zone 218; Datum: WGS 84; Base Cartográfica do Amazonas, IBGE (2015); Malha de Setores Censitários do Amazonas, IBGE (2010).

¹ Unidades Básicas de Saúde que participaram do Segundo Ciclo do PMAQ.

Notas: PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **CS:** Centro de Saúde. **PS:** Posto de Saúde. **UBS:** Unidade Básica de Saúde. **CASAI:** Casa de Saúde Indígena.

TABELA 3 - INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA E CARACTERIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE MAUÉS, AMAZONAS, BRASIL, 2019.

Indicadores de Atenção Básica	Maués (AM)
Nº total de UBS/ Posto de saúde ¹	12
Nº total EqSF ³	15
Nº Eq. ESF Fluvial ²	1
Nº Eq. ESF Ribeirinha ²	-

N Eq. Saúde Bucal modalidade I ²	12
Nº Eq. EACS ²	-
Nº Eq. NASF modalidade I ³	1
Nº Agentes Comunitários de Saúde ³	148
Cobertura ESF ³	93,46 %
Hospital de Pequeno Porte ²	01
Nº de Leitos ²	90
Unidade Mista ²	-
Unidade Fluvial ²	01
Unidade Móvel Terrestre ²	-
Unidade móvel de suporte básico (SAMU) ²	-
Unidade de Atenção à Saúde Indígena ²	05
Unidade de Vigilância em saúde ²	01
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ²	01
Farmácia Popular ²	01
Clínica / Centro de Especialidades ²	03
Academia da saúde ²	01

Fonte: ¹ Banco de dados da pesquisa | ² SCNES – Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – competência, 2019 | ³ E-Gestor Atenção Básica – Informação e Gestão da Atenção Básica – competência, 2019.

A prefeitura municipal subdividiu a área rural em 12 polos, a fim de melhorar a administração do território. Estes são conhecidos como polos de desenvolvimento, em que cada um corresponde a uma área com aproximadamente 3500 moradores residentes nas comunidades ao longo dos rios. Seguindo a mesma logística, a Secretaria Municipal de Saúde (Semsu) fez a divisão para atendimento entre as UBS, de modo que a população destas áreas não ficasse desassistida, conforme o Quadro 2.

Há seis postos de saúde de apoio localizados em áreas rurais, entretanto, apenas um deles encontra-se em funcionamento, no qual atua apenas um técnico de enfermagem, na comunidade Bom Jesus.

QUADRO 2 - POLOS DE DESENVOLVIMENTO E SUA RELAÇÃO COM O ATENDIMENTO DAS UBS ÀS POPULAÇÕES RURAIS DO MUNICÍPIO DE MAUÉS, AMAZONAS, BRASIL, 2019.

UBS	Polos de Desenvolvimento	Comunidades dos rios correspondentes
Centro de Saúde Jorge de Almeida Brito	Polos VI, VII e XII	Rio Apoquitauá (Alto, Médio e Apoquitauá Miri)
Centro de Saúde Cecília de Oliveira Souza	Polo I	Rio Maués-Açú, Vila Pupunhal e Igarapé Limão Grande
Centro de Saúde Santa Tereza	Polo I	Estradas e o Vila Pupunhal
Centro de Saúde II	Polo II e XI	Rio Parauarí e Igarapé Curupadi
Centro de Saúde Mário Fonseca	Polo IV e V	Rio Maués Mirim e Lago Castanhal de Baixo
Centro de Saúde Santa Luzia	Polos VIII, IX, X	Rios Paraná do Uriará de Cima, Paracuni e Lago Grande da Barreira
Distrito Sanitário Indígena	Polo III	Não informado

Fonte: Semsa de Maués.

Além dos serviços da APS, a população de Maués conta com um hospital municipal de pequeno porte com capacidade para realizar serviços de média complexidade. O hospital dispõe de leitos de cirurgia geral, obstetrícia clínica e cirúrgica e de pediatria clínica e cirúrgica, inclui também laboratório de análises clínicas, serviço de imagem (Ultrassonografia, Mamógrafo e Raio X), eletrocardiograma e serviço de hemoterapia. Especialistas na área de cardiologia e ginecologia atendem pacientes referenciados a cada 15 dias.

De acordo com as informações dos gestores em saúde, o município de Maués possui atuantes ou em funcionamento: 2 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF – AB); 12 equipes de Saúde Bucal (ESB –I); há ainda 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO –I); 1 academia de saúde e o Programa de Saúde na Escola (PSE) (Tabela 3).

Em relação ao Sub-sistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), ele atende aproximadamente 7300 indígenas residentes em Terra Indígena, dispõe de cinco unidades em Maués, sendo uma Casa de Saúde Indígena (CASAI) localizada na sede

municipal e quatro Polos Bases localizados nas áreas rurais do município. Estes equipamentos são mantidos pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Parintins (DSEI Parintins). Apesar da população indígena ter assistência à saúde dentro da comunidade, por responsabilidade do Distrito Sanitário Indígena (DSEI), também fazem uso da UBS localizada próxima à CASAI que está localizada na sede e do hospital municipal de Maués. Os que residem na sede municipal são atendidos pelas UBS próximas ao seu local de residência.

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC) de Maués está parcialmente localizada na sede do município, como é o caso da APS, com exceção de alguns pontos da rede que estão localizados em Manaus, como a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar (AE) e a Rede de Urgência e Emergência (RUE).

A Região de Saúde onde Maués está inserido é a Macrorregião Centro Amazonense e a Região de Saúde do Baixo Amazonas da qual fazem parte os municípios: Parintins, Maués, Nhamundá, Boa Vista dos Ramos e Barreirinha (Figura 3A). Parintins é o único município classificado como predominantemente urbano, e também, é o município referência para atenção especializada de média complexidade desta região de saúde, que dispõe de duas unidades hospitalares de média complexidade.

Embora Maués faça parte da região de saúde do Baixo Amazonas, com sede em Parintins, o acesso geográfico e a disponibilidade de transporte não permitem a rápida resolução de problemas que precisam atenção de outros pontos da RPDC. O tempo médio de deslocamento de barco de Maués para Parintins é de aproximadamente 15 horas, a depender do tipo de embarcação e do nível do rio.

Por isso, a referência utilizada, na prática é a capital do estado, distante a 356 km (por via fluvial), para onde há deslocamento por meio de barco comercial com saídas diárias, com viagens de aproximadamente 18 horas, ou avião fretado, cuja duração média é 1 hora.

Deste modo, o município possui uma característica insular, visto que não possui relação terrestre com outros municípios, em outras palavras, para ir a qualquer outro município é preciso percorrer longas distâncias pelos rios locais. Soma-se a esta questão, a inexistência de transporte regular entre os municípios limítrofes, aumentando a preferência do usuário a buscar os serviços de AE na capital.

5. CAPÍTULO II – ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA

FIGURA 7 – RABETA, PEQUENO TRANSPORTE FLUVIAL DE MOTOR ACOPLADO.



Fonte: A autora (2021).

Este capítulo aborda a dimensão de Acessibilidade Geográfica do modelo teórico de Peters et al. (2008), correspondendo aos objetivos específicos de descrever como os usuários hipertensos acessam à APS e à RAS e identificar as dificuldades e potencialidades de acesso no município rural remoto avaliado.

As variáveis de análise qualitativa avaliadas neste capítulo são as características territoriais, dificuldades e potencialidades do acesso aos cuidados do hipertenso da APS no município amazônico, segundo a oferta (distância entre o serviço de saúde e usuários, disponibilidade de transporte e Unidade Básica Fluvial) e demanda (tempo de deslocamento até o serviço, custos do deslocamento e meios de transporte, e processo migratório relacionado à sazonalidade climática).

A acessibilidade geográfica traduz-se em distância física ou tempo de viagem entre o serviço e o usuário, por isso é um dos componentes importantes do acesso aos serviços de saúde. Ela pode tornar-se uma barreira de acesso, pois trata-se de uma medida inversamente proporcional: quanto maior a distância, menor a oportunidade de uso do serviço pelo usuário (JACOBS et al., 2012).

Outros autores ressaltam que a acessibilidade geográfica precisa ter um alcance razoável a quem precisa, de forma a impactar positivamente a experiência de acesso do usuário, pois está relacionada à distribuição geográfica da população no território e à

sua capacidade de deslocamento até a unidade (HOUGHTON; BASCOLO; DEL RIEGO, 2020; LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013).

Por estar intimamente ligada ao estudo do território, ela pode tanto obstruir quanto aumentar a capacidade de o usuário chegar ao serviço, e esta interação com espaço pode ser medida pela distância percorrida, tempo de locomoção e até mesmo pelo custo que o deslocamento promove (DONABEDIAN, 1973).

Estudo realizado em uma região de saúde no Amazonas têm demonstrado que os usuários com Acidente Vascular Cerebral (AVC) apresentam barreiras de acesso acentuadas na dimensão de acessibilidade geográfica, quando comparadas à situação de outros locais no Brasil, prejudicando o cuidado oportuno da doença (OLIVEIRA et al., 2019). Do mesmo modo, a HAS, como condição precursora de AVC, deve ser investigada nos MRR a fim de diminuir as desigualdades de acesso.

Ao iniciar as reflexões deste capítulo, sobre as variáveis de acessibilidade geográfica, é necessário descrever as características territoriais deste local de estudo, que o tornam tão peculiar, na perspectiva de definir o que é *território* e *ruralidade*, como também, suas implicações para a construção de políticas públicas de saúde em MRR.

Para Milton Santos, o território é o espaço usado, híbrido de materialidade e ação, dinamizado pelo trabalho morto e trabalho vivo, entre a forma e o conteúdo, entre o meio construído e o movimento da sociedade (SANTOS, 1999). Sua revisão epistemológica contribuiu para a base dos estudos da Saúde Coletiva, pois nesse campo, o território é o espaço de atuação e de compreensão do modo de vida e suas formas de uso do território nos desfechos de saúde e, para além disso, estabelecer conexões com políticas públicas e processos sociais (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

No âmbito da APS, ele se constitui um espaço delimitado, produzido pela sociedade e apropriado por uma população específica, no qual existem múltiplos objetos geográficos (naturais e construídos), atores sociais que podem ser pessoas (indivíduos e grupos) ou instituições, relações (fluxos) e poderes diversos. Essa concepção permite situar o potencial explicativo do termo para o uso nos serviços e incorporar elementos do espaço no cotidiano das práticas de APS para consecução de seus atributos (GONDIM; MONKEN, 2018).

Em outras palavras, território é o local onde a vida acontece, e, a partir das suas necessidades são organizados os serviços de saúde. Mas, como se configura o território

quando se trata de Amazônia? Suas particularidades estão visíveis nas políticas nacionais de saúde?

Os serviços de saúde são sempre pensados, pela política e pelos gestores, em termos de territórios fixos; mas, para responder às necessidades e os problemas de saúde na Amazônia, é necessária uma densidade e materialidade que é móvel, que segue o fluxo, o nível e a vida dos rios.

Entre os discursos analisados, observou-se que a dicotomia da concepção rural-urbana presente na fala dos sujeitos participantes da pesquisa, é uma concepção muito próxima ao conceito político-administrativo brasileiro de que o rural é o não urbano (BRASIL, 1938), como expresso por um dos entrevistados.

Como explicado no primeiro capítulo, a sede de Maués localiza-se ao norte do município onde há o aglomerado populacional, de modo que tanto para a organização administrativa municipal quanto para a população, o reconhecimento do espaço rural é externo à sede, considerada espaço urbano.

“Além da zona urbana, nós temos o entorno, umas comunidades mais próximas e temos as mais distantes, que é a zona rural, que nós chamamos. É aonde tem os ribeirinhos e também temos os indígenas”. (E.2)

Esta aplicação do conceito faz parte da cultura local, portanto, ao mencionarmos termos relativos ao “rural”, estaremos nos aproximando da fala da população. Uma vez que a saúde não deve ser vista dissociada dos espaços de vivência, especialmente na Amazônia (SANTOS, 2004), onde o território é fator de influência para as práticas de saúde e organização dos serviços de saúde.

O cenário de indefinição do que seja “rural” no Brasil em suas particularidades e conceitos não dão conta de cada realidade deste país continental, e é ainda mais acentuado no que se refere ao rural amazônico, devido às suas singularidades (SOUSA; MONTEIRO; BOUSQUAT, 2019).

Entre elas, está a distância amazônica, marcada em tempo de viagem, ao invés de quilômetros ou outro sistema métrico, como é mensurada tradicionalmente, pois esta cronologia está relacionada às vias de acesso da região, os rios e igarapés⁷. A

⁷ Igarapé: curso de água estreito e de pouca profundidade, pelo qual só é possível a navegação de pequenas embarcações.

acessibilidade geográfica ao serviço de saúde ou até a residência do usuário é referida pelos entrevistados em unidades de tempo, ou seja, quanto menor o tempo de viagem, mais próximo. Dentro do município a distância entre a sede e as comunidades mais próximas chega a 5 horas e as mais distantes até 18 horas de viagem. Em relação a outros municípios de referência, a distância varia de 5 a 20 horas.

“Olha, eu nem consigo calcular. Mas, tem gente muito distante mesmo. Quando eu vou visitar é de rabeta⁸, eu pego de lá da minha casa e demoro uma hora até chegar na última casa”.
(E.9)

“Esse povo dessas localidades estão umas 3 horas, 4 horas, 5 horas de barco até chegar aqui”. (E.3)

“Nós temos uma localidade que chama Santa Maria do Caio, a viagem daqui até lá é a mesma distância ou até mais como se fosse daqui a Manaus, ou seja, é mais de 18 horas de viagem”.
(E.5)

“Daqui para Parintins de barco, a gente está a 12 horas. De Manaus, a gente está a 20 horas de barco, né? De Itacoatiara a gente está a 5 horas...”. (E.1)

O tempo e o espaço amazônicos são relativizados por um conjunto de variáveis, sendo incorporado pela cultura regional, não medidos pela lógica capitalista, mas pelas condições ambientais, que não é somente uma variável determinante, porém está incorporada ao modo de vida da população (SCHWEICKARDT et al., 2016a).

A população amazônica dobra o tempo cronológico, medindo-o em tempo de viagem, por curvas e praias, pela descrição dos rios (furos, igarapés ou paranás), pelas cheias e secas, pelo tipo de acesso (aéreo, fluvial ou terrestre), pela potência do motor do tipo rabeta ou motor de popa (potência 5, 7, 15, 40, 80, 150 hp), entre outros

⁸ Rabeta: motor de propulsão acoplado à parte posterior de pequenas embarcações, cuja direção é conduzida manualmente por um bastão.

exemplos. Toda esta simbologia acontece no cotidiano e organiza a vida estas populações (FERLA et al., 2016).

Os rios tornam-se vias vivas, com estações próprias e caminhos pelos quais a população se desloca até os serviços de saúde e o inverso, também acontece. Seu transporte são embarcações com motor acoplado, por exemplo as rabetas (Figura 6) e lanchas, ou tradicionais, movidas a remo, as canoas.

5.1 Localização do Serviço

As características organizacionais da APS no município, descritas no capítulo 1, refletem o modo de fazer saúde baseado na diretriz de territorialização, prevista na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Tal diretriz consiste no planejamento, programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde de indivíduos e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele (BRASIL, 2017).

Distância entre os serviços de saúde e usuários

Todas as UBS e EqSF se concentram na sede municipal atendendo tanto a área urbana, composta pelos bairros do município, quanto a rural, composta pelos 12 polos de desenvolvimento. O acesso, nesse caso, é via de mão dupla, o usuário se desloca até o serviço e o serviço se desloca até o usuário, através da visita domiciliar na sede e da UBSF nas comunidades dos polos.

“A gente não tem equipe no interior. Temos equipe só rural, que fica na sede do município. A gente desloca essa equipe para atendimento nas comunidades. E a UBS fluvial que faz esse atendimento também na região da zona rural. E a população vem na sede do município”. (E.1)

“A gente dividiu pelos polos, as equipes ficam na sede do município dividido nas 6 UBS que nós temos. Esses 12 polos são rurais [para] a população que vive na zona rural. A sede do

município são os bairros do entorno da unidade de saúde, são [atendidos] por essa unidade de saúde”. (E.1)

Ao perguntarmos sobre as barreiras de acesso do serviço de saúde no município, os entrevistados destacaram a locomoção e ausência de transporte para os usuários e ACS, com a finalidade de chegar mais rápido até à unidade de saúde ou até as residências dos usuários.

“A barreira de chegar é a locomoção, devido as distâncias [...], e até mesmo a falta de transporte. Eles [usuários] dependem tanto que os agentes de saúde os tragam, só que, o agente de saúde também não tem todo dia esse acesso”. (E.6)

“É mais distante eu ir para uma comunidade dentro de Maués do que ir para Manaus, do que ir para Itacoatiara, por exemplo, né? Então, é uma distância enorme dentro do município”. (E.1)

Para alguns entrevistados, as barreiras se relacionam às distâncias que separam o local de residência do usuário em relação à sede municipal, a falta de recurso financeiro dos usuários e a ausência de serviços na área rural.

“A barreira que existe é porque assim, digamos, esse povo, dessas localidades, está a umas 3, 4, 5 horas de barco até chegar aqui”. (E.3)

“Muitas pessoas que ainda não vinham para cá, ou por preguiça mesmo ou qualquer outro... não tinha condições de vir... então, a equipe [da UBSF] foi lá e prestou esse atendimento lá mesmo”. (E.4)

“Para nós, o ruim é que não tem uma lancha, porque tudo que acontece na comunidade tem que correr e ligar para a cidade. Liga para cidade e liga para as pessoas, isto é uma grande

“dificuldade que a gente tem. Mas, a dificuldade a gente vence”.
(E.9)

As características geográficas do município influenciam fortemente na organização da APS e as estratégias gerenciais adotadas são específicas para a realidade local, principalmente relacionando aos custos necessários para o deslocamento e a infraestrutura dos postos de saúde dos polos.

“Nós temos as Unidades Básicas da Saúde na sede do município. Então, a equipe fica aqui na cidade, no município mesmo... médico, enfermeiro eles atendem aqui. Não tem como eles se deslocarem, porque lá não tem um local adequado para atendimento, até porque é difícil o acesso, você tem um gasto, é bem complicado”. (E.2)

Disponibilidade de transporte

Dentro de Maués, os trajetos entre a sede e a área rural são realizados somente por via fluvial. Os tempos de deslocamento variam a depender, do nível do rio, da localização e do tipo de embarcação utilizada, por exemplo, a sede municipal está distante das comunidades há 3 horas e outros casos até 18 horas.

Como destacado, a dificuldade é principalmente pelo transporte, os entrevistados sugerem a implantação de um posto de saúde em cada polo, com toda a infraestrutura, materiais e profissionais que possam atender as necessidades de saúde dos comunitários. No período de coleta de dados existia a estrutura de postos de saúde em cada polo, porém encontravam-se desativados. Outra sugestão é a disponibilização de transporte para cada posto de saúde rural, de forma que as EqSF poderiam se deslocar até à sede municipal, e também a criação de 3 a 5 UBSF para dar conta da demanda ribeirinha.

*“A melhor estratégia seria a implantação de **um posto em cada polo**, isso melhoraria bastante os nossos dados em relação à cobertura, a assistência, a resolução de problemas, a diminuição de fluxo até mesmo no hospital e aqui nas UBS*

mesmo. Eu acho que isso seria uma grande estratégia. Além de ter um transporte em cada posto de saúde desse para que em caso de urgência trazer a pessoas com mais rapidez para a sede. Isso ajudaria muito, a população pede isso”. (E.2)

“Eu acho que um grande avanço é essa UBS Fluvial, é um grande avanço. Mas eu acho que teria que ser, hoje, aqui nesta região do Amazonas, no município só, se tivesse mais, digamos, pelo menos 3, 4, 5 balsas dessa para irem com mais frequência ou mais tempo para esse povo”. (E.3)

Mesmo que a classificação de município rural-remoto (IBGE, 2017) expresse um pouco de ruralidade amazônica, ainda é insuficiente para espelhar as particularidades dos MRR. Maués, por exemplo, é um MRR amazônico devido às distâncias que o separam do centro de referência. Entretanto, dentro do próprio município há áreas rurais ainda mais remotas não dimensionadas pelo IBGE. As distâncias geográficas internas ao município têm impactado o acesso e a organização da APS nestas áreas.

Segundo as reflexões de Schweickardt et al. (2016a), estamos equidistantes, ou perto-longe, do real e do imaginário quando se trata de políticas públicas, do modo de vida da população e das distintas Amazônia, por isso a importância de incluir a perspectiva de quem vive nestes espaços na construção de políticas mais equânimes.

O cenário de vulnerabilidade social é observado nas falas dos entrevistados, por vezes a condição de vida do usuário é considerada a própria barreira para enfrentar as características do acesso geográfico. Não se trata da localização das UBS implantadas, mas da situação financeira do usuário que não pode ser resolvida ou atenuada somente por meio dos cuidados curativos que a APS oferece.

“É uma questão [financeira] mais difícil, devido muitas pessoas não terem transporte próprio e terem que pegar carona com alguém. Como também não tem um transporte específico ou um transporte/barco de linha para trazer o pessoal toda semana, então, é uma barreira. Mesmo que ele tenha o barco dele, vai exigir recurso. Então, a barreira em relação a isso para chegar

aqui é do próprio usuário. Porque para ele chegar aqui, ele vai ter que gastar”. (E.8)

A contratação de ACS residentes nestas comunidades e disponibilização de uma rabeta com combustível para a realização de suas atividades são algumas das estratégias adotadas pela secretaria de saúde do município para facilitar a visita domiciliar na área rural.

“Todo ACS tem sua rabeta para fazer suas visitas, só que não tem esse fácil acesso de todo dia vir para cá”. (E.6)

“Moro na comunidade que eu fui lotado a primeira vez e com o tempo a microárea foi se expandindo, então, eu passei a atender mais de uma comunidade. Hoje minha área de abrangência está em torno de 27 quilômetros, então, ela está crescendo. Na comunidade que fui lotado, eu permaneço lá. Agora faço também a cobertura de outras áreas, outras comunidades, outro núcleo que também vai surgindo e assim vai ampliando, vai se expandindo cada vez mais. Mas, eu resido na comunidade que eu trabalho”. (E.8)

“Eu tenho uma rabeta e tem o combustível. Tem o abastecimento. Quem abastece é a prefeitura, a secretaria. Eles me dão uma pequena cota de gasolina para que eu possa fazer o percurso da microárea toda”. (E.8)

“É a secretaria que deu um motor rabeta de 5,5. A gasolina também são eles que dão. Eles dão 20 litros”. (E.9)

Assim como para os usuários, a dificuldade financeira também impacta negativamente o trabalho da Semsu de Maués, limitando a oferta de serviços de saúde mais próximo aos moradores mais distantes da sede municipal, o que certamente compromete o acesso e a oferta de serviços. A gestão municipal enfrenta o desafio construir ou reformar os postos de saúde em áreas rurais e fixar equipes de saúde,

devido a demanda orçamentária para manter estas equipes assim como prover infraestrutura de alojamentos e garantia de mantimentos.

“É caro, né? Nessa comunidade de Santa Maria, por exemplo, são 1500 reais de gasolina para eu ir lá numa lancha”. (E.1)

“Eles [da Sems] me dão uma pequena cota de gasolina para que eu possa fazer o percurso da microárea toda. Eu vou até essas famílias. Às vezes dá para chegar na beira, às vezes não dá, então, deixo a canoa por aí”. (E.8)

Unidade Básica de Saúde Fluvial

A UBSF (Figura 7) é outra estratégia utilizada pela gestão municipal para garantir o acesso à APS nas áreas onde não há serviço de saúde disponível. Os entrevistados destacam que as ações da UBSF deveriam ser realizadas mensalmente, totalizando 12 viagens por ano, considerando que a APS está organizada em 12 polos de saúde, e sua frequência deveria ser de 3 a 4 viagens por ano em cada polo, com duração de 40 dias cada. Entretanto, devido aos custos financeiros para o município em manter a UBSF, há descontinuidade de suas ações, com duração de 15 a 20 dias nas comunidades.

“São 12 polos, ou seja, se passar pelo menos uma vez ao mês, são 12 polos, são 12 viagens, uma por mês, que daria para cobrir todos os polos, é muito importante essa questão da UBS Fluvial”. (E.5)

Com esta baixa frequência de viagens às comunidades, a UBSF executa ações itinerantes, nem sempre com a garantia do vínculo usuário-equipe e o cuidado contínuo desta população. Por exemplo, um hipertenso da área rural, que não tem como se deslocar até a sede municipal, espera por um ano por uma consulta, período em que a UBSF retorna até sua comunidade.

Antes de cada viagem, os ACS avisam aos comunitários a data e o local em que a UBSF estará atendendo. Geralmente, a unidade móvel fica parada de 2 a 7 dias,

atendendo nas maiores comunidades, que possuem 300 a 400 pessoas, a população das menores comunidades se desloca até este local determinado para receber atendimento.

Além da própria equipe da UBSF, vai uma equipe rural da UBS responsável pelo polo que será atendido, desta forma o atendimento ganha agilidade, já que passa tão pouco tempo na comunidade.

FIGURA 8 - UNIDADE BÁSICA FLUVIAL DE MAUÉS



Fonte: Prefeitura Municipal de Maués.

“Tem regularidade, todos os meses a gente está fazendo. Na verdade, ela tem que ficar, a cada 40 dias lá e tem que retornar no ponto de origem. Tem que ir a cada comunidade umas 3, 4 vezes durante o ano. Na mesma região para atender a população. Eu pego uma equipe que é da zona rural que é dessa região, coloco dentro da UBS Fluvial para atender aquela população, junto com a equipe da UBS Fluvial. Então, a gente faz um mix para aproveitar a estrutura da UBS, levando a equipe também que é daquela região”. (E.1)

“A equipe fluvial está há pouco tempo. Nós iniciamos as atividades no mês de janeiro, a gente tem se organizado para fazer pelo menos uma viagem ao mês, porque os gastos são enormes. Essa viagem dura em torno de 15 a 20 dias ao

máximo. Geralmente a gente vai em comunidades maiores que tem cerca de 300, 400 pessoas, e a gente escolhe esses lugares. E tem as mais próximas, que são esses lugares em torno daquela região, ou as ribeirinhas mesmo que ficam nas cabeceiras, eles vêm até a UBS fluvial e a gente faz esse atendimento. É uma equipe que a gente monta com 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 técnicos, vacinadores, vai um outro técnico para a realização de testes rápidos. Quando nós conseguimos levar um médico, ele realiza ultrassom. Vai a pessoa com a farmácia completa com todos os remédios e os procedimentos com os técnicos na área de triagem e tem 2 dentistas”. (E.2)

Os gestores afirmam dificuldades financeiras também para as viagens da UBSF, pois a contraparte de R\$90.000,00 mensais do Ministério da Saúde não supre a necessidade. Cada viagem custa a Secretária um gasto em torno de R\$200.000,00 causando um grande *déficit* orçamentário (valores informados em 2019).

“Eu fiz a viagem da UBS Fluvial agora de 16 dias, foram 30 mil reais de combustível para rodar 16 dias. Eu recebo 90 [mil] do Ministério. Nesses 16 dias, eu gastei 120 mil em medicamentos e insumos, mais os profissionais, mais quase 10 mil de alimentação e material de limpeza. Essa viagem saiu em torno de 200 mil reais”. (E.1)

Quando analisado o custo geral de construção de uma UBSF (US\$ 530.000) comparando-o ao com o custo de UBS em terra, este equivalia a quatro unidades da mesma, entretanto, como a população encontra-se espalhada por um vasto território, a cobertura de saúde seria insuficiente, aumentando o custo por despesas de manutenção em aproximadamente US\$ 12.000 por UBS (KADRI et al., 2017).

São necessários mais estudos sobre custo-efetividade da estratégia de implantação de UBSF na Amazônia, a fim de demonstrar para o setor político, a importância e os benefícios deste modo de fazer saúde, e assim, alcance a equidade com um financiamento diferenciado no território líquido (AZEVEDO et al., 2019). Não obstante qualquer análise de custo-efetividade, há que se pensar que todos devem ter

acesso à saúde, independentemente da localização das moradias. Por sua vez é amplamente difundido o argumento de que os custos da prevenção serão sempre menores que qualquer outro custo no campo da saúde.

Em estudo qualitativo sobre o acesso à ESF, os entrevistados citaram a falta de incentivo financeiro como empecilho à continuidade das ações dos programas de saúde, como resultado do repasse insuficiente do Governo Federal para o ampliação e melhoria da resolutividade da ESF. A verba destinada à APS é escassa para as despesas destinadas à manutenção da cobertura da ESF (LIMA et al., 2015).

Ainda que com dificuldades de financiamento, a implantação da UBSF na Amazônia melhorou a oferta do serviço de saúde a esta população, favorecendo o acesso, uma vez que antes estas populações ficavam desassistidas e agora o serviço de saúde chega até o local onde residem, com a mesma oferta que teriam se fossem até a sede municipal. Os gestores e profissionais de saúde exemplificam algumas das vantagens que a UBSF trouxe aos usuários hipertensos residentes nas comunidades rurais como o acompanhamento da PA e da glicose, disponibilização dos medicamentos e oportunidade de educação em saúde.

“Ponto positivo agora é a UBS fluvial, ela atende todas as pessoas e as pessoas ficam satisfeitas. Os hipertensos já levam seus remédios para casa. Quem é diabético já tira aquelas dúvidas do que estão precisando: ‘Eu posso medir a pressão, mas eu não tenho o aparelho de medir a glicose e fazer o testezinho para saber como está’. Então, eles vão lá na lancha e fazem. Para mim isto é muito importante principalmente na minha área: ‘Porque eu não sei fazer e não tenho o aparelho. É difícil para gente’. Então, isso foi uma grande benção”. (E.9)

“A UBS Fluvial é uma coisa especial que veio para o Amazonas, que muda, de fato, a questão da saúde da população ribeirinha, do interior do Amazonas. É uma coisa que realmente muda a vida das pessoas”. (E.1)

As UBSF surgiram como inovação estratégica de capilaridade dos serviços, no âmbito das políticas públicas de saúde voltadas para a região, pois sua densidade e

materialidade móveis seguem o fluxo das águas, ajudando a mitigar as iniquidades regionais imposta pelo isolamento geográfico e pelo território líquido (AGUIAR; WERNECK; MATOS, 2019). A operacionalização da UBSF é a política posta em prática no território, constituindo-se tanto em símbolo do poder como a concretização de uma prática de poder, que, no nosso caso, é a política de saúde (SCHWEICKARDT et al., 2016a).

Antes das UBSF, existiam os barcos da saúde com equipes multidisciplinares que percorriam as comunidades para desenvolver ações de saúde. Eles não possuíam infraestrutura e segurança para equipe e para os usuários, seu modo de trabalho campanhista atuava em escolas ou debaixo de árvores, sem agenda de oferta de serviços, resultando em pouca resolutividade e ausência de credibilidade da população (HEUFEMANN et al., 2016).

Por outro lado, as UBSF possuem registro junto ao CNES, garantia do repasse financeiro mensal para custeio da equipe de saúde e de apoio, uma embarcação com infraestrutura apropriada, favorável para o desenvolvimento de ações de saúde, desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção, de recuperação e manutenção da saúde de famílias ribeirinhas (HEUFEMANN et al., 2016).

A primeira UBSF implantada na Amazônia, devidamente cadastrada em nível nacional como estabelecimento de saúde, foi a do *Igaraçu*, que viaja pela calha do Rio Madeira, nas proximidades do município de Borba, Amazonas. Sua primeira viagem ocorreu em 2013, e com seu sucesso, os gestores passaram a vê-la como uma estratégia de acesso à APS e à RAS que precisa ser ampliada na Amazônia (KADRI et al., 2019; LIMA et al., 2016)

Ainda é de se questionar quais motivos levam a uma tímida implantação destas estratégias, parecendo oportuno identificar a existência de outros elementos determinantes para a mudança deste cenário. Ou seja, a criação de políticas específicas por parte do Governo Federal parece ter sido insuficiente para ampliar, de forma expressiva, a cobertura da APS na Amazônia (ALMEIDA et al., 2019).

Articulação da Atenção Primária na RAS

Sobre a articulação da atenção primária na RAS, para a garantia do cuidado integral, as redes são temáticas, entre elas, está a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC), cujos objetivos são realizar a atenção integral à saúde

da população com condições crônicas em todos os diversos pontos da rede e fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde. A RPDC é composta pela APS, Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar, Urgência e Emergência, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos e Regulação (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, a APS desempenha as funções de diagnosticar, rastrear e tratar a população adscrita em seu território de acordo com protocolos clínicos, prevenir e tratar precocemente as complicações das DCNT e coordenar o cuidado, acompanhando o usuário por estes serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Já vimos que em Maués, toda a APS localiza-se na sede do município, com exceção da UBSF que leva o atendimento até as comunidades rurais ao longo do rio. Além disso, Parintins, município sede da Região de Saúde da qual Maués pertence, fica no sentido oposto ao trajeto para a capital Manaus. Dessa forma, ao ser enviado um paciente para o município de Parintins está deixando o mesmo ainda mais longe da atenção em saúde de Manaus. Portanto, os entrevistados acreditam que seria melhor utilizar a sede regional do Médio Amazonas, especificamente o município de Itacoatiara, que está apenas a 5 horas de Maués.

Por estes motivos, até o momento da coleta de dados, todos os pacientes que necessitam de atenção especializada foram encaminhados diretamente para Manaus, com exceção dos Indígenas que a própria CASAI Maués envia os pacientes para a CASAI Parintins.

“Manaus está para um lado que é nossa referência de alta complexidade. E Parintins está para o outro lado, né? Na verdade, como regional a gente não utiliza Parintins para quase nada, porque para a gente mandar o paciente para lá e chega lá e não tem estrutura para resolver, a gente está mandando o paciente para mais longe de Manaus do que se a gente o mandar daqui direto para Manaus. Para nós, é preferível mandar logo direto pra Manaus, ou então, tem até uma coisa que a gente já discutiu lá, de a gente sair daqui da regional do baixo Amazonas e ir para o regional do médio Amazonas e ter Itacoatiara como nossa referência, porque pelo menos se Itacoatiara não resolver, está próximo de chegar em Manaus e resolver. Mas, isso tudo depende de estrutura”. (E.1)

Nota-se que o tempo de deslocamento entre Maués/Parintins e Maués/Manaus é semelhante, sendo que o deslocamento para Parintins é no sentido oposto a Manaus. Estes movimentos de regionalização precisam ser revistos, levando em conta a necessidade de produzir diferentes arranjos de serviços, que sejam capazes de minimizar as desigualdades socioeconômicas e as barreiras geográficas (ROSA et al., 2016).

2.2 Localização do Usuário

As análises que desejam conhecer a expressão concreta do direito à saúde no cotidiano das pessoas devem ser centradas na unidade de relação do usuário com os serviços. As lógicas de acesso dos usuários podem ser diferentes e até mesmo opostas da lógica dos prestadores do serviço, o que enriquece os estudos de avaliação em saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1995). A seguir analisaremos a acessibilidade geográfica no contexto das necessidades de atenção à saúde do hipertenso.

Tempo de deslocamento até o serviço de saúde

Quanto ao acesso, o modelo predominante de organização da APS adiciona barreiras para o acesso aos serviços de saúde. Os longos tempos de deslocamento dificultam grande parte dos moradores da área rural de comparecerem à UBS na sede municipal, para consulta médica ou de enfermagem e recebimento da medicação, renovação de receitas e entrega dos medicamentos, assim como ficam impossibilitados de participar de atividades terapêuticas ou educativas em âmbito coletivo, como preconiza o programa HIPERDIA. Para minimizar as dificuldades, diante dos poucos que comparecem, ainda no ato das consultas a enfermeira procura deixar agendado a próxima consulta, evitando necessidade de o usuário vir à sede somente para marcar a consulta.

Estas situações fazem com que os usuários necessitem de transporte até a sede municipal e dentro dela também, dependendo de onde residem.

“Os outros vêm de canoa, umas quatro famílias, que chegam a vir de canoa [barco a remo, sem motor]. No canal desce com a correnteza, mas para subir é uma dificuldade”. (E.8)

“A gente vem de rabeta, a senhora conhece né? Aí a gente vem”. (E.10)

*“[Moro] Aqui para baixo, no Paraná de Baixo. Mas, é mais para baixo, porque entra assim... **Uma hora e tal [da sede do município para lá]. É, mas meu filho tira de boa na lancha dele, não sei se é 30 minutos, por aí assim. Naquele tempo era muito difícil. Só tinha uns motores que faziam linha na quinta e domingo, que pegava lá na boca assim do lago. Agora não, tem muito motor e rabeta, que credo em cruz! ”.** (E.11)*

“É, difícil porque você tem de colocar gasolina. Tudo é andando de rabeta”. (E.9)

“O mais perto é meia hora, a comunidade mais próxima. Tem comunidade que leva, dependendo muito da embarcação. Se você for de um motor rabeta, ele leva mais tempo, se você for numa voadeira [lancha], dependendo da velocidade chega mais rápido”. (E.2)

Estas falas corroboram com estudo realizado com usuários não cobertos pela ESF e profissionais de saúde, em que apontam a dificuldade no acesso geográfico aos serviços de saúde devido à distribuição inadequada das UBS dentro do território, havendo grande distância entre a residência dos usuários e os serviços de atendimento, bem como as dificuldades geográficas no trajeto (LIMA et al., 2015).

Em Coari, um município urbano do Amazonas, mais da metade (54,9%) dos ribeirinhos utilizava pequenas embarcações de madeira, movidas a motor (rabeta), seguido de embarcações de grande porte (34,4%), motocicletas (3,5%), canoa a remo (3,0%), lanchas comunitárias (2,2%) e caminhão ou a pé (2,0%) para acessar os serviços de saúde, navegando em média 60,4 km, com tempo médio de viagem de 4,2 horas (GUIMARÃES et al., 2020).

Essas porcentagens, distâncias e tempos de viagem podem aumentar em MRR do estado. Em casos de haver ESF na zona rural, esta é o único serviço de saúde

disponível, e com a distribuição geográfica esparsa das unidades, as distâncias para acessá-la podem ser longas. De todo modo, em ambos os casos há que se melhorar o acesso ao serviço para que esteja disponível a qualquer momento que o usuário necessitar (SHIMIZU et al., 2018).

Quando as longas distâncias não são percorridas pelos profissionais de saúde, com o propósito de executar ações de prevenção à HAS, elas são percorridas no sentido inverso, pela comunidade, mas em tempo e transportes inadequados para transportar pacientes crônicos ou em situações de urgência e emergência até o serviço de saúde (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018). Além disso, tais transportes, geralmente, são embarcações de pequeno porte, o que alonga ainda mais o deslocamento.

Custos do deslocamento

Este deslocamento gera custo ao usuário, seja pela gasolina do transporte fluvial ou pela passagem da embarcação, seja pelo transporte terrestre na sede do município, como moto ou táxi, assim como o tempo despendido para o deslocamento. Custo que tem seu valor aumentado quando se trata de famílias inteiras vindo até o serviço de saúde, como é de costume dos usuários, para aproveitar a “viagem” e minimizar os gastos.

“É sempre de táxi [do porto para a residência no município], tem que pegar outro transporte. Tem que pegar o táxi para vir [da moradia no município para a UBS]. Porque é longe daqui para onde eu moro, lá no Santa Luzia, e às vezes não dá para vir andando, só quando é cedo né? Mas quando é para vir à tarde tem que pegar o táxi”. (E.10)

Nosso estudo demonstrou que os sujeitos participantes associam o acesso financeiro à acessibilidade geográfica, principalmente por conta do transporte que utilizam para chegar à sede municipal, se deslocar dentro da área urbana do município, aos domicílios e aos outros pontos da RAS, como o atendimento especializado e de urgência e emergência.

A acessibilidade financeira é abordada como uma das dimensões do acesso, que está intimamente associada às barreiras ou facilidades para acessar os serviços de saúde,

em uma perspectiva economicista da relação prestador-usuário. Esta perspectiva não se aplica à forma de prestação de serviços do SUS, que é gratuito e universal, todavia, estas implicações financeiras influenciam o acesso do usuário, motivando-o ou desmotivando a buscar atendimento, de forma que o acesso torna-se um elemento transformador da realidade que vai além da dimensão econômica e atinge a ordem política, social e cultural (ASSIS; JESUS, 2012), como observado nas falas dos entrevistados.

“Na rabeta, a gente gasta para vir uns R\$ 40, ida e volta, são 8 litros de gasolina. [No táxi do porto até o local de estadia no município] Olha, a gente paga R\$ 20, R\$ 15, porque é R\$ 5 por pessoa. Eu pego táxi e volto andando, porque o sol está mais calmo [para ir e voltar da UBS]. Durante eu estar aqui, se a gente precisar voltar lá [UBS], a gente gasta R\$ 20, R\$ 30 para ir e voltar”. (E.10)

“Antes eu vinha a pé, agora como eu tenho moto, meu filho vem me trazer. É pertinho, dá uns 20 minutos. Olha, como eu vim hoje, ontem eu peguei e mandei ele botar R\$ 10 [de gasolina], mas dá para eu andar muito”. (E.11)

“Alguns [usuários] pagam [para ir à UBS], outros quando não tem recurso eles vêm andando mesmo. Porque como a nossa estratégia fica bem localizada, embora fique um pouco longe mas dá para vir andando. Em torno de uma a duas horas [a maior distância a pé]”. (E.7)

“Os principais desafios, em si, ainda, acho que seja a pobreza desse povo. Por isso, que eu tento falar muito aqui com minhas colegas aqui da nossa equipe: ‘Gente, esse povo quando sai de casa, sabe Deus, se tomou café, comeu alguma coisa, tem alguma coisa para colocar na boca para comer. E não sei se vai ter para almoçar’. Muitos vêm, saem pela manhã para chegar

as 8h, pegar uma ficha, ser atendido, depois voltam para comer o que tiver em casa. É muito difícil, a realidade é muito difícil”. (E.3)

O serviço de saúde do SUS é gratuito, mas há custo alto para os usuários ribeirinhos acessá-lo. Se formos analisar, os custos da viagem de rabetá, a ida e a volta saem a R\$ 40,00, acrescentando o valor do táxi para deslocamento interno na sede do município, para uma família de três pessoas, como era a da entrevistada, aumenta R\$30,00, totalizando em R\$ 70,00 cada viagem à sede municipal em busca de atendimento, sem contar com os custos de alimentação e estadia. Valor que utiliza uma grande porcentagem do benefício mensal do Bolsa Família, em casos de famílias beneficiárias, que correspondem a 57,1% da população do município.

“A maior barreira é o transporte, não tem para amenizar a saúde. E também, quem ainda está dando uma mão para as pessoas é o Bolsa família, que quem recebe, traz os filhos para vacinarem”. (E.9)

“É por isso que a gente já complementa fazendo uma farinha. Durante o final de semana, a gente já vende um dindim, vende um docinho para inteirar nessa renda aí. Porque o salário [do Bolsa Família] mesmo não dá para... Graças a Deus, tem, mas a gente precisa de mais”. (E.10)

“Vivem, trabalham de pesca, vivem de fazer farinha, mandioca, essa é a sobrevivência deles, do dia a dia. Até porque, também não tem como eles virem todo dia para a cidade, para conseguir o seu alimento, então, é plantação, é peixaria... Fazem a sua venda por lá. E chega final do mês eles vêm vender aqui na cidade. E é dessa forma que eles vivem”. (E.7)

“Nós temos uma parte ribeirinha que faz. Aqui é quase uma monocultura do guaraná. No interior praticamente todo mundo planta guaraná. É o ouro aqui do município. O guaraná dá uma

vez ao ano. Depois que planta são 5 anos para começar a produzir e eles fazem esse plantio e vivem disso. Uma vez por ano eles colhem e vendem para sobreviver o ano inteiro”. (E.1)

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado com a finalidade de reduzir a pobreza por meio da transferência direta de renda, e incentivar o acesso a direitos sociais básicos através de suas condicionalidades nos campos da educação, saúde e assistência social, como: o acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de sete anos; o pré-natal de gestantes e nutrízes de catorze a quarenta e quatro anos; a comprovação de matrícula e frequência escolar mínima acima de 75% para adolescentes de dezesseis a dezessete anos; e a participação de crianças e adolescentes até quinze anos em serviços de convivência e fortalecimento de vínculo, com frequência mínima de 85% da carga horária. Seus beneficiários são os cidadãos com renda familiar *per capita* inferior a R\$ 77,00 mensais (PASE; MELO, 2017).

Considerando o baixo nível econômico dos ribeirinhos, qualquer problema de saúde causa impactos econômicos sobre o indivíduo e sua família, como por exemplo, custo de deslocamento, com hospedagem e alimentação, pois os ribeirinhos geralmente não possuem residência na zona urbana, além do impacto provocado pela necessidade de interromper as atividades de agricultura, pesca, entre outras, por vezes, as únicas fontes de renda nas comunidades (GUIMARÃES et al., 2020).

Em nosso estudo, os participantes relataram que o PBF não era fonte única de renda, apenas complementava o valor que as famílias recebiam na venda de farinha, produtos agrícolas e pescados, renda que ainda é insuficiente para suprir as necessidades básicas de suas famílias.

Deve ser lembrado, que não é uma realidade da maioria das famílias beneficiárias, pois o programa vem representando a única fonte monetária e, mais do que isto, em vários casos, constituiu a primeira experiência regular de obtenção de renda. Ao analisar a construção histórica desta política, antes da obtenção deste rendimento, a vida se resumia à luta diária de busca pelo alimento diário (REGO, 2008).

Em estudo com hipertensos residentes em zona urbana, o PBF parece ser insuficiente como suporte na redução e/ou controle da HAS. Embora, não seja esse o foco do programa, ele não parece favorecer o acesso a certos tipos de alimentos que estariam contribuindo na direção da prevenção e cuidados com o controle da HAS

(BUCHMEIER, 2014). O que nos faz refletir que ele também seja insuficiente em áreas rurais, principalmente na Amazônia, onde a gasolina para o transporte fluvial era quase dois terços do valor do programa, no período da coleta de dados.

Processo migratório relacionado à sazonalidade climática

Registra-se também o processo migratório em função da sazonalidade climática na região: no período da seca, os usuários e a equipe de saúde andam por horas até chegar a um ponto em que seja possível navegar, como consequências, diminui o número de visitas domiciliares e aumenta o número de famílias que mudam de endereço e que faltam às consultas agendadas. São duas horas e meia de barco e mais algumas horas andando. Neste período, a frequência das consultas é de dois em dois meses. Por outro lado, o período da cheia favorece as consultas, as visitas domiciliares ocorrem em uma hora e meia de barco. A frequência de consultas, neste período, é de uma vez por mês.

“Temos o período da seca. Estava organizando a questão da viagem da UBS fluvial que nós temos aqui e tem um período do ano que vai ter comunidade que não vou conseguir entrar, a partir de setembro, ali, finalzinho de setembro, esquece, não adianta eu querer levar a UBS Fluvial lá que não chega. Tem essa questão da descida e da subida dos rios. Tem umas que ficam sem acesso por água inclusive. O pessoal tem que ficar aqui no paraná, por exemplo, ali no Tibuí. O pessoal fica na beira do paraná e vão caminhando para poderem chegar na sede da comunidade. Porque seca totalmente, né? ” (E.1)

“Sim, existe sim um modo de interferência, principalmente na zona rural. Tem áreas que o rio, devido à seca, é difícil até para chegar aqui na sede do município. Às vezes a pessoa para chegar na embarcação tem que andar quilômetros, porque é só terra. E muitas vezes para ter acesso a cidade tem que ser em embarcações pequenas e devido a zona rural ter família grande, tem pais e mães que tem bastante filhos. Daí muitas

vezes tem que dividir a família, devido a essa dificuldade do rio, de você se deslocar até a sede do município”. (E.2)

“ [Isolamento] Existe, existe. É no tempo de seca, que o agente de saúde não consegue chegar por conta da seca, mas eles dão um jeito de chegar nas casas, que eles estão necessitados, precisados mesmo. O usuário mesmo tenta sair da sua localidade e procurar o serviço”. (E.6)

“Esse senhor que eu acabei de citar ele caminha uma hora para chegar onde tem água, falo em água com profundidade, que já seja possível ele sair navegando, o local onde chega a canoa. Os outros vem de canoa, umas quatro famílias, que chegam a vir de canoa ((barco a remo, sem motor)) no canal, desce com a correnteza mas para subir é uma dificuldade. Então, por exemplo, se eu sair as 8h de casa para fazer visita nestas famílias em época de seca, eu saí 8h e vou chegar às 10:30hs. Então, vou gastar 2h30min no trajeto para alcançar eles. Nesta época agora de inverno eu gasto 1h30min. então, tem uma hora a mais no verão. Outra dificuldade dessas quatro, uma das famílias da ponta, ela tem quatro filhos para vir para aula e em época de seca eles vão andar uma hora de pernada para chegar onde o barco escolar vai pegar eles”. (E.8)

“Mudam quando seca, porque seca muito, então eles vão para um lugar onde esteja mais fácil deles pegarem a condução para irem para a cidade. Quando é tempo de cheia, enche muito, eles vão, sobem, vão para a comunidade morar, ao descer novamente a água eles voltam para a terra deles. Mas, não são todos não, algumas casas que ficam dentro da água, algumas. Não é assim como no paraná. No paraná que é assim né, que enche as pessoas vão para terra firme, quando seca eles retornam. Mas, lá na terra firme isso não acontece”. (E.9)

Nas comunidades rurais mais distantes da sede municipal, as dificuldades de transporte e até mesmo de comercialização de seus produtos, devido às longas distâncias e ausência de transporte regular em muitos lugares, são piores nos períodos de outubro a novembro (MARINHO; SCHOR, 2012).

Assim, para melhor estruturar cuidado de saúde local, é preciso entender que na Amazônia, a liquidez real e simbólica dos territórios é determinada pelos trajetos muitas vezes sinuosos dos grandes rios e seus afluentes, que interferem no itinerário terapêutico das populações ribeirinhas, influenciado pela sazonalidade dos rios (AGUIAR; WERNECK; MATOS, 2019). Este território líquido não é apenas geográfico, mas é também o conjunto das relações simbólicas do povo que vive em um espaço determinado e que mantém suas tradições culturais em um lugar específico, importante para o planejamento do trabalho em saúde (LIMA et al., 2016).

A assistência à saúde é sempre mais facilitada no período da cheia dos rios, pois o acesso pode ser realizado por via fluvial. As visitas domiciliares e acompanhamento das famílias rurais são mais difíceis quando a equipe precisa percorrer distâncias em longas caminhadas, sob intenso sol, assim como o usuário, mas no caminho inverso, até às unidades de saúde, também tem dificuldades na época da seca (KADRI; SCHWEICKARDT, 2016).

Até mesmo as pesquisas com as populações ribeirinhas são influenciadas pela relação simbólica com o nível das águas, uma vez que a resposta dos entrevistados está relacionada à etapa sazonal que estão vivendo (GUIMARÃES et al., 2020).

Se a assistência e a pesquisa são influenciadas pelo território líquido, as políticas de saúde também devem ser repensadas visando este espaço peculiar, que é fluído e não fixo como os demais territórios brasileiros. Neste sentido, o território é um condicionante importante para o sistema de saúde apropriado para a Amazônia.

Em áreas rurais amazônicas, estudos têm demonstrado que a política de saúde específica para populações rurais ainda não é uma prioridade de gestão e centra-se na lógica da produtividade. Sua consequência é a existência de poucas informações de natureza qualitativa, o que reforça a avaliação da subjetividade e os fenômenos sociais que envolvem o acesso à APS (GARNELO et al., 2018; GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017; SOUSA et al., 2017).

Para que a RAS seja eficaz e beneficie satisfatoriamente o hipertenso, ela requer garantia do acesso aos serviços de saúde desde a APS até as intervenções de alta complexidade, realizadas em nível ambulatorial e/ou hospitalar, além de ser planejada,

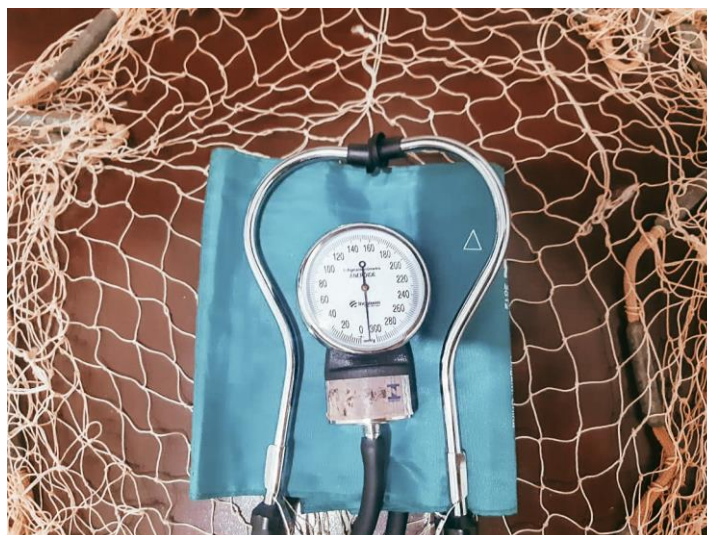
gerida e organizada pelas características populacionais estratificadas territorialmente (CHAVES et al., 2015; MARIOSIA; FERRAZ; SANTOS-SILVA, 2018).

Isso inclui, o modo que o Estado entende uma região, os rumos do uso e das políticas de ocupação da terra são determinados, ou seja, se o espaço amazônico for entendido como “um grande vazio demográfico”, as ações públicas continuarão sendo desenhadas “para ninguém” (KADRI; SCHWEICKARDT, 2016). Como consequência, os vazios assistenciais refletem na distribuição espacial das equipes e na lacuna de cobertura, que apesar das informações oficiais do sistema de saúde, não priorizam a população rural, que necessita de modos específicos de organização dos serviços, consoante com as singularidades dos modos amazônicos de viver (GARNELO et al., 2018).

Outro estudo sobre a análise de implantação da APS no Amazonas corrobora com esta reflexão, pois os cálculos de cobertura da população potencial atendida pela ESF se baseiam no quantitativo populacional do município, desconsiderando as distâncias e contextos geográficos peculiares da Amazônia. Apesar do progresso na cobertura da APS no Amazonas nos últimos anos, ainda não alcança todas as pessoas fora das sedes municipais e não oferta os serviços de forma constante nestes locais (OLIVEIRA; GONÇALVES; PIRES, 2011).

Essa distribuição das equipes concentrada nas sedes dos municípios confere uma cobertura elevada, quando calculada pelo quantitativo populacional, mas que espacialmente não oferece cobertura territorial adequada.

6. CAPÍTULO III – DISPONIBILIDADE



Este capítulo aborda a dimensão de Disponibilidade do modelo teórico de Peters et al. (2008), correspondendo aos objetivos específicos propostos de descrever como os usuários hipertensos acessam à APS e à RAS e identificar as dificuldades e potencialidades de acesso no município rural remoto avaliado.

A disponibilidade é definida como a capacidade de ter o tipo certo de atendimento à disposição de quem precisa. Ela reflete a existência dos serviços e recursos de saúde tanto em quantidade quanto em qualidade adequando-se à demanda e necessidades dos usuários e a maneira pela qual os recursos são organizados para atendê-los (JACOBS et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2019).

Ela resulta das características das instalações, como sua distribuição no espaço e cobertura da população assistida; do contexto rural-urbano, em sua descentralização, expansão urbana e sistema de transporte; e dos indivíduos, como a duração e flexibilidade dos horários de trabalho. Também se relaciona com as características dos prestadores de serviço de saúde, por exemplo, a presença do profissional de saúde e sua qualificação, e modos de prestação de serviços, como organização e fluxos de atendimentos (LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013).

O acesso é limitado se a dimensão de disponibilidade for afetada pela distribuição desigual dos recursos disponíveis nos territórios urbanos e rurais, caso que se agrava em MRR. A distribuição financeira dos recursos reflete na forma em que os serviços de saúde são disponibilizados aos usuários, uma vez que o financiamento do

SUS é materializado em infraestrutura das unidades de saúde, equipamentos, insumos e recursos humanos.

Esta dimensão aborda como e quando o serviço está disponível para a população e como a mesma o percebe. O presente capítulo refere-se às seguintes variáveis qualitativas relacionadas à oferta: atração e fixação de profissionais de saúde; educação permanente; oferta e funcionamento dos serviços da APS; diagnóstico, prevenção e acompanhamento para HAS; medicamentos, insumos e equipamentos; e integração com a RAS. E as variáveis relacionadas à demanda são: funcionamento do serviço da APS; agendamento de consultas; tempo de espera para a consulta; oportunidade de cuidado e Educação em Saúde.

6.1 Ações e serviços da Atenção Primária à Saúde relacionados à Hipertensão

Atração e fixação de profissionais de saúde

Ao se tratar de recursos humanos, os entrevistados afirmam a disponibilidade de profissionais de saúde fixados na sede municipal, entretanto, sua rotatividade afeta o vínculo com o usuário e com a EqSF, além de dificultar a continuidade de acompanhamento. A categoria profissional que permanece nas equipes por menos tempo é a médica, entre as causas está a oportunidade na carreira e melhores salários em outros locais.

“Quando eu demoro muito a vir, já estou acostumada com uma pessoa, quando eu chego já não é mais aquela. Já não é mais aquela enfermeira, já é outra. É tudo, é médico, enfermeiro, muda tudo. Digo: ô meu Deus do céu quando estou acostumando, aí mudam”. (E.9)

“Oh, eu estou aqui tem uns 7 meses e durante esse período se manteve a equipe, não teve uma rotatividade não... Agora, aqui, o que a gente observa é uma rotatividade do próprio médico mesmo, daqui da unidade. Os colegas, geralmente, não

passam muito tempo aqui, uns pedem para mudar ou ir para outro lugar”. (E.4)

“Geralmente os médicos vinham para o município para ficarem um ano o máximo para conseguir um dinheirinho para fazer residência. Fazia para ir embora”. (E.1)

Em outro estudo, realizado em municípios das Regiões de Saúde do Amazonas, o tempo de permanência de médicos na APS é inferior a um ano de atuação, dado que se reflete na rotatividade desses profissionais nos municípios. O sistema de provimento e fixação se relaciona à disposição de ambientes adequados para o desenvolvimento do trabalho em saúde, como materiais e estrutura, e a circunstâncias oportunas, como salário e condições de trabalho, que possam colocar em equilíbrio a ocupação de vagas por profissionais qualificados em localidades como MRR, por exemplo (DOLZANE; SCHWEICKARDT, 2020).

O Amazonas apresentou 1,30 médicos por 1000 habitantes em 2020. Este quantitativo é apenas um reflexo do que acontece no país, onde há uma concentração destes profissionais nas capitais, apresentando um quadro heterogêneo, pois há a dificuldade de atração para as regiões mais periféricas, como é o caso dos MRR (SCHEFFER et al., 2020).

A relação entre profissionais de saúde entre capitais e interior é de seis vezes superior em capitais, ao considerar toda a Região Norte, mas tende a permanecer bem superior em todos os estados da região. No interior do Amazonas, a proporção chega a ser 10 vezes inferior, levando em conta que o interior chega a ter 0,2 médicos/mil habitantes e a capital tem 2 médicos/mil habitantes (SILVEIRA; PINHEIRO, 2014).

Na realidade amazônica, observa-se que os médicos em busca de seguir carreira ficam nestes municípios somente o tempo necessário para arrecadar finanças de cursar a residência e seguir carreira, inclusive aqueles nascidos nestes mesmos municípios, os quais vão à capital em busca de melhores condições de vida e trabalho. Mediante a este cenário que se destaca a repercussão positiva da iniciativa do governo federal através do Programa Mais Médicos (PMM) na provisão de profissionais em MRR.

“O Mais Médico trouxe, ou deixou o profissional mais. Ele tem 3 anos de contrato com esse programa. Ele tem que ficar

no mínimo 6 meses. A maioria dos problemas eram os médicos. Enfermeiro a gente não tem problema em contratação, dentista não temos dificuldade. As pessoas gostam daqui, acabam se envolvendo”. (E.1)

Desde sua instituição em 2013, o PMM tem demonstrado efeitos visíveis sobre a política de Atenção Básica, ao fortalecer a APS com ampliação da cobertura da ESF em funcionamento regular, também ao aumentar as práticas de saúde ofertadas de acordo com as necessidades da população, ao reduzir as internações evitáveis passíveis de prevenção pela APS e promover a equidade de acesso ao SUS em áreas mais vulneráveis como pode ser verificado em aumento de produtividade das equipes e de produção de serviços (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016; SCHWEICKARDT et al., 2016b).

Os entrevistados relacionam a rotatividade de profissionais com a mudança de gestão política no município, realidade que também é observada em outros municípios amazônicos, onde o grupo político que assume cada local tem forte influência na contratação de profissionais, como consequência da falta de política consolidada de contratação de recursos humanos.

“Nós temos rotatividade de profissionais em relação à mudança de gestão. Muda o prefeito os contratados saem todos, só fica os efetivos. Entra uma outra leva. Muitas vezes é o que vejo, que é complicado em relação aos ACS, quando entra uma gestão nova ele vai colocar aquelas pessoas que eles escolhem. Muitas vezes os profissionais não são capacitados, não tem curso de formação e talvez não tem até perfil para atuar como um ACS”. (E.2)

Como consequência deste panorama há a inviabilização de planejamento e implementação de políticas de saúde robustas e sustentáveis, que sejam postas em prática a médio e longo prazo. A qualificação da gestão, fato que exige habilidades e conhecimentos específicos sobre a região e organização da APS, recursos financeiros para a saúde e apoio político, é necessária para evitar a rotatividade de profissionais no contexto amazônico (ALMEIDA et al., 2019).

Ao se tratar do HIPERDIA, uma das consequências da rotatividade para o programa, apontada pelos gestores e profissionais, é a dificuldade da APS em acompanhar todos os hipertensos do município, pois até há o cadastramento destes usuários com esta demanda, entretanto, seu acompanhamento regular fica inviabilizado.

“Nós já identificamos que nós temos de 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados, 15 a 20% são acompanhados pela Atenção Básica. O que fazer para esse programa ter um atrativo para a gente conseguir com que esse diabético cadastrado procure a unidade básica de saúde para fazer o controle? A gente está nessa fase ainda. Temos uma visão geral dos nossos hipertensos e diabéticos, mas a quantidade que é acompanhada realmente está muito aquém do necessário”.
(E.1)

Educação Permanente dos ACS

Além disso, a rotatividade de profissionais médicos e de enfermagem interfere na supervisão contínua e conjunta da EqSF, no que diz respeito ao trabalho do ACS e sua educação permanente, visto que raramente estes profissionais acompanham os ACS em área rural amazônica, seu contato limita-se à reunião mensal mais para saber sobre a produção da visita domiciliar do que realizar um acompanhamento dos casos da comunidade (LIMA et al., 2021).

No âmbito da assistência, na sede municipal, a realização da medida da PA ocorre na triagem para as consultas, nos casos de acompanhamento para diagnóstico e também em situações de urgência que chegam à APS, nesses casos conforme preconizado. Já na área rural, a medida da PA ocorre durante as visitas domiciliares do ACS, entretanto, as respostas dos entrevistados são divergentes neste ponto, sua variação pode estar relacionada à realidade da EqSF, da qual o entrevistado faz parte.

Mas, uma questão a se considerar é que nesses casos, se realmente a medida da PA não é realizada, os hipertensos da área rural do município estão sendo acompanhados somente com base em seus sintomas, quando referidos, podendo ter a interferência de fatores como memória, ocultação de sintomas e falta de percepção do profissional quanto aos sinais que o paciente apresenta.

“ [Os ACS] Verificam a pressão arterial, porque todos eles receberam o treinamento. Eles sabem aferir a pressão arterial, eles levam nas visitas os aparelhos e também fazem este controle através destas intervenções ”. (E.7)

“Eles [ACS] não estão fazendo aferição de PA, porque não tem essa capacidade. Fazem orientação, um olhar mais holístico para eles terem mais acesso a esses hipertensos, é mais voltado a uma visita, e em caso de alteração, de necessidade de procurar atendimento aí eles ligam marcando uma consulta”. (E.6)

“Elas fizeram curso para isso [medir a pressão]. Treinamento para isso. Tudo ela [secretaria de saúde] ensina. Elas fizeram muitos cursos com a gente ”. (E.9)

Segundo a lei 13.595 de 2018, os ACS devem realizar a medida da PA durante a visita domiciliar, desde que tenham conhecimento, obtido por curso técnico, e equipamentos disponíveis quando necessário, encaminhando o paciente à unidade de referência, em caráter excepcional (BRASIL, 2018).

Estas falas também retratam que os profissionais de saúde entrevistados reconhecem os treinamentos e ações de Educação Permanente como meio de seu empoderamento no cuidado da HAS. Além da capacitação obtida por curso técnico, é necessária a capacitação em serviço, como meio de atualização teórico-prática do profissional, quanto à medida da pressão arterial, imprescindível para o cuidado com o hipertenso, uma vez que, esse cuidado é essencial no acompanhamento do usuário.

Um indivíduo empoderado é aquele que se apresenta autoconfiante, capaz de se comportar de uma determinada maneira a influenciar seu meio, tal característica, também conhecida como empoderamento individual é uma das estratégias de Promoção à Saúde para capacitar os indivíduos a lidarem em diversas situações (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Oferta e funcionamento dos serviços de APS

As UBS do município operam em dois turnos, sendo o matutino de 7 horas às 11 horas, e o vespertino de 13 horas às 17 horas, informação dada tanto pelos entrevistados quanto obtida na pesquisa PMAQ-AB 2017. Este horário não foi visto como barreira de acesso pelos profissionais de saúde e gestores, mas sim a organização das consultas.

“São 8 horas por dia, 40 horas semanais. Abre às 7 horas da manhã, fecha às 11h. Inicia novamente as 13 horas e fecha as 17h”. (E.2)

“Nós começamos o atendimento as 7 horas e vamos até as 11 horas no primeiro turno. Tem pessoas que chegam na unidade 9 horas querendo atendimento médico e às vezes nós não temos mais, para aquele horário, como atender. E às vezes a nossa agenda já está cheia que não dá e elas podem esperar um pouco, então, encaminhamos para o outro dia ou para o mesmo dia à tarde”. (E.7)

A oportunidade de consulta é organizada de acordo com agenda semanal dos médicos e enfermeiros, em turnos específicos para cada programa de saúde, como por exemplo, Pré-Natal, acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento Infantil e HIPERDIA, e em alguns turnos ficam organizados para atender a demanda espontânea dos usuários.

“Aqui tem muito desafio. E um dos desafios, é tentar, justamente, fazer os programas funcionarem nos dias corretos ali. Não sei como é nas outras UBS, se eles conseguem fazer funcionar direitinho ali né, mas aqui a gente não consegue funcionar não... o dia que é só do [HIPERDIA], o dia que é só do pré-natal, o dia que é só do crescimento e desenvolvimento”. (E.4)

“Aqui, na UBS é complicada, porque é muito grande a demanda, inclusive, aqui da cidade é a UBS que tem a demanda

maior de todas, e a gente tem uma certa dificuldade de conseguir manter os programas assim no dia mesmo. Por exemplo, no dia que é um programa que funciona bem aqui é o Pré-Natal, nesse dia só dá mesmo as gestantes, mas, num dia de Crescimento e Desenvolvimento, por exemplo, a gente atende criança, mas chega muitos outros tipos de atendimento, chega hipertenso, diabético, grávida”. (E.4)

Para isso, os usuários devem agendar a consulta previamente segundo o número de vagas disponíveis. No dia da consulta, eles devem chegar cedo para pegar a ficha de atendimento, por meio das quais é organizada a ordem de atendimento, segundo a prioridade dos casos. 16 fichas de atendimento por turno são distribuídas, sendo 14 para pessoas com agendamento prévio e 2 para demanda espontânea.

“Tem um dia que está no cronograma que é voltado para os hipertensos. Uma tarde ou uma manhã que somente tem atendimento aos hipertensos e diabéticos. Então, toda a equipe já está ciente que vai ser aquele público alvo”. (E.2)

*“Só espontânea, segunda-feira. Na terça-feira pela manhã eu já faço o pré-natal. À tarde, espontânea. **Quarta-feira eu faço pela manhã hipertensos e diabéticos.** À tarde, eu faço espontânea. Na quinta eu faço CD⁹ de manhã e à tarde espontânea. A entrega de ficha é o seguinte: quando chega, mais ou menos, fala-se: ‘Vamos atender 16 pacientes, mais ou menos’. **É estipulado mais ou menos essa média de 16 paciente pela manhã e 16 à tarde.** [Distribuição de fichas por ordem de chegada] Não, porque tem que ver as necessidades do paciente”. (E.3)*

Este tipo de cuidado ofertado em dias específicos é centrado na doença e focaliza os aspectos biomédicos, sobretudo farmacológicos para o controle da HAS.

⁹ CD: Consulta de Crescimento e Desenvolvimento da Criança

Pedir para o usuário hipertenso voltar outro dia ou horário para resolver outra queixa demonstra a falta de integralidade no cuidado e do cuidado integral, ainda que algumas estejam dentro da mesma ação programática (SOUZA; GARNELO, 2008).

Como dito anteriormente, o atendimento dos programas funciona através da consulta programada e do atendimento à demanda espontânea. No primeiro tipo de consulta, o usuário (neste caso, hipertenso) agenda sua próxima consulta no turno que o médico ou enfermeiro atende somente o HIPERDIA (nas UBS dos entrevistados é na quarta-feira). No dia agendado bem cedo, por volta das 6 horas da manhã e 12 horas pela tarde, ele deve pegar a ficha de atendimento e fazer a triagem. Quando o mesmo falta, sua vaga é disponibilizada para a demanda espontânea.

No segundo tipo de consulta, o usuário que chega cedo, independentemente do programa atendido naquele turno, e pode pegar uma ficha para atendimento. Quando há possibilidade, os usuários são encaixados no mesmo dia que procuraram o serviço de saúde.

“Nos organizamos através dos agendamentos. Como na quarta-feira é o dia específico deles pela manhã, então, nós já temos este controle através dos agendamentos na recepção”.
(E.7)

“Essa é uma das dificuldades que às vezes a gente pode ter. E nem para todo mundo eu posso estar agendando para eles. Às vezes o paciente chega, mas já está lotado. Como nem todo dia vai estar o pessoal da comunidade em peso, aí, às vezes dá para fazer isso, de o paciente chegar aqui e ser encaixado. Também não é de dizer que aqui está tudo errado. Existe uma logística aqui, que [o atendimento] acaba não sendo tão negativo”.
(E.8)

Para que esta organização por dias programáticos não seja uma barreira de acesso ao hipertenso, as EqSF definem duas estratégias: no final do mês, o atendimento é prioritário para a população da zona rural, pois coincide com o período em que ela recebe o auxílio do PBF, e esta população tem prioridade independente do dia em que vem à UBS.

“Na verdade, a nossa estratégia é por programas e dias já programados. Só que como a gente tem que ver o lado da zona rural, todos os dias vão ter dias programados para eles, pois eles vêm e a gente já tem esse fácil acesso de prestar atendimento mesmo não sendo o dia do programa. Até porque a gente nunca manda paciente da zona rural embora sem atendimento”. (E.6)

“A estratégia que nós utilizamos nas unidades básicas é que todo mundo tem consciência de que a população da zona rural vem no final de mês, então, geralmente a última semana do mês a gente procura dar prioridade no cronograma, prioridade para essas pessoas da zona rural. Deixa em aberto para a população da zona rural, porque eles não podem vir marcar a consulta. O pessoal da zona urbana a gente já fica orientando, final do mês a gente dá prioridade para a zona rural.”. (E.2)

Nenhuma UBS do município possuía horário estendido de funcionamento, até o turno noturno, tal estratégia ainda está sendo pensada pelos gestores como proposta de diminuir a barreira de acesso e oportunizar atendimento às famílias que residem nas áreas rurais e aproveitam o período de acompanhamento do PBF para vir à sede municipal.

Estratégias como horário de atendimento estendido, após as 18 horas, e agenda aos sábados são exemplos de medidas que têm possibilitado o acesso e maior utilização da APS por pessoas que por incompatibilidade de horário ou questões de deslocamento antes não conseguiam obter consulta, em contextos de municípios urbanos (REIS et al., 2013). Outra estratégia poderia ser a ampliação do número de atendimentos por turno, durante o período que a população rural vai à sede municipal, caso não prejudicasse a qualidade da consulta, considerando que diminuiria o tempo disponível para cada consulta.

Estas estratégias e outras ferramentas gerenciais tais como o planejamento de ações e o processo decisório participativo devem ser analisadas pela gestão da APS, com a finalidade de contribuir significativamente com a oferta de acesso à consulta em

MRR, considerando-a como porta de entrada ao SUS, ou seja, como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde (OLIVEIRA et al., 2019; STARFIELD, 2002).

Diagnóstico, prevenção e acompanhamento para HAS

A triagem que antecede as consultas nas UBS e em outros pontos da RAS é importante para identificar a classificação da PA, realizar a investigação das causas e da abordagem terapêutica adequada em casos de alteração. Através dela muitos casos de picos hipertensivos em não hipertensos são identificados, dando-se início à investigação de diagnóstico de HAS (Quadro 3).

“[Identificação de novos casos] Através da triagem. Dentro do ambiente da unidade. Os pacientes que vem para a consulta ambulatorial, se identificarmos uma PA alterada, automaticamente iniciamos o mapeamento com esse paciente. Primeiramente faço a investigação. Verifico se não foi uma noite mal dormida, se não está passando por problemas de família, fortes emoções ou se simplesmente a PA está alterada, caso não haja motivo agudo iniciamos o mapeamento verificando a PA por uma semana manhã e tarde. Neste caso, se a pessoa possui aparelho para verificar em casa, então o ACS irá verificar, se não tiver, o paciente vem aqui e nós fazemos. Terminando o mapeamento daquela semana se manifestou alterações eu automaticamente início na próxima semana ele é encaixado para o atendimento no programa”. (E.7)

QUADRO 3 - CLASSIFICAÇÃO DA PA DE ACORDO COM MEDIÇÃO CASUAL OU NO CONSULTÓRIO EM PESSOAS A PARTIR DE 18 ANOS DE IDADE.

Classificação	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA Ótima	< 120	E	< 80
PA Normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	e/ou	90-99

Hipertensão Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

PA: Pressão Arterial; PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica;

* A classificação é definida de acordo com a medida da PA no consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica e diastólica; ** A hipertensão sistólica isolada, caracterizada pela PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, é classificada em 1, 2 e 3, de acordo com os valores da PAS nos intervalos indicados. *** A hipertensão diastólica isolada, caracterizada pela PAS < 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg, é classificada em 1, 2 e 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados.

Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão (2021).

Na APS maueense, o diagnóstico de HAS é realizado em medidas da PA durante uma semana em dois turnos (matutino e vespertino) no consultório, através de esfigmomanômetros anaeroides. Para isso, o usuário deve se deslocar duas vezes por dia à unidade, onde é registrada PA e no final tira-se a média por turno e compara-se o valor diante dos parâmetros dos estágios de HAS (Quadro 3). Por isso, que parte da população rural hipertensa não é identificada pela APS e só descobre o diagnóstico de HAS após crises hipertensivas, levadas ao hospital municipal para controle imediato e com posterior acompanhamento na APS.

Para o diagnóstico, recomenda-se a realização da Medição Residencial da Pressão Arterial (MRPA), método que consiste em 3 medições antes do desjejum ou de tomar a medicação, e 3 à noite antes do jantar por cinco dias, para este método é considerado como valor anormal a PA acima ou igual a 130/80 mmHg; ou da Medição Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) cujo registro é realizado durante 24 horas ou mais de forma intermitente e indireta, nas atividades habituais no decorrer do sono e vigília, neste método é considerado anormal o valor médio da PA de um dia $\geq 130/80$ mmHg, $\geq 135/85$ mmHg em vigília e $\geq 120/70$ mmHg durante o sono (BARROSO et al., 2021).

No cotidiano da APS avaliada, observa-se que há uma adaptação da MRPA, considerando que a maioria dos usuários não possuem o aparelho de medir a PA, então o procedimento é realizado na UBS pelo profissional de enfermagem.

Considera-se HAS não controlada, os casos em que mesmo sob tratamento anti-hipertensivo, os valores da PA estão elevados no consultório e por meio um dos métodos citados anteriormente (BARROSO et al., 2021).

Para a realização da triagem e diagnóstico de HAS, durante as consultas, nos casos de pessoas saudáveis com PA ótima ou normal (conforme Quadro 3), as medidas

da PA devem ser realizadas pelo menos a cada ano e nas consultas médicas, já os usuários com pré-hipertensão devem ter a PA medida anualmente ou, preferencialmente antes, devido às altas taxas de progressão para HAS. Além disso, nos casos suspeitos de hipertensão mascarada, a MAPA ou a MRPA devem ser realizadas para detectar tal fenótipo (BARROSO et al., 2021).

Considerando que os scores internacionais que medem o risco cardiovascular não representam os fatores mais prevalentes da população brasileira, podendo subestimar o risco dos hipertensos, a Diretriz Brasileira de Hipertensão de 2021 recomenda a identificação de outros marcadores de risco com classificação dos estágios de HAS de acordo com o nível de PA, fatores de risco cardiovascular, lesão em órgão-alvo ou comorbidades.

As metas terapêuticas devem ser planejadas conforme a classificação que o usuário apresenta, com a finalidade de promover qualidade de vida apesar da condição da doença base e prevenir agravos à saúde a médio e longo prazo.

Segundo o Caderno de Atenção Básica sobre Hipertensão (BRASIL, 2013), que norteia os cuidados do hipertenso na APS, a periodicidade de consultas e o acompanhamento devem seguir a classificação de risco com base no score de Framingham, que avalia fatores de risco como valor da PA, idade, sexo, fumo, tratamento anti-hipertensivo e dosagem de colesterol total e HDL, e prevê o risco que o paciente tem para os próximos 10 anos. Risco que pode variar a cada consulta, devido às variáveis mutáveis. Entretanto, na prática assistencial no município não se observa a realização do score, mas de consultas com base na renovação de receita médica, segundo a adaptação do usuário aos medicamentos e os níveis pressóricos apresentados.

O ideal seria este planejamento do cuidado, entretanto, o estudo do PMAQ-AB no Amazonas têm demonstrado que apenas 50,3% das EqSF possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para HAS e DM, 45,8% delas registram os casos com maior risco ou gravidade, e 80% dos respondentes afirmam realizar a classificação de risco no acolhimento, mas os mesmos apontam percentuais igualmente elevados de profissionais que não foram capacitados para fazer a referida avaliação (GARNELO et al., 2014).

Dentre as estratégias de cuidado ao hipertenso na sede municipal, a gestão afirma incentivar medidas preventivas no município, através das visitas domiciliares de acompanhamento dos usuários, educação em saúde antes da consulta e locais públicos para a prática esportiva, ainda que esteja longe do esperado, como é o caso de busca

ativa para detecção precoce de casos de pré-hipertensão ou HAS em estágio I. Em área rural, a visita domiciliar do ACS é o único meio de incentivo à prevenção, principalmente na abordagem individual de educação em saúde sobre os cuidados na alimentação.

*“Naquele mês foi um mês de **intensificação de palestra** [...], eu dou orientações de alimentação, uma consulta mais aberta que com o médico eles talvez não teriam. Também fazemos palestras com eles antes dos atendimentos ambulatoriais. Fazemos uma vez por mês”. (E.7)*

“Nós orientamos os agentes de saúde para levarem as orientações [na área rural], e quem tem fácil acesso vem até o posto fazer a consulta mensal, que tem que passar pelo médico, pelo enfermeiro, mas não temos um total grande de pacientes que fazem a procura e para facilitar, eu sempre peço ao agente de saúde para trazer a questão da medicação, que renovamos a receita e eles levam. Mas sempre orientando que passem pela unidade”. (E.6)

“No meu caso, eu oriento sobre a questão da alimentação, a questão da atividade física, caminhada, né? A diminuição de uso de sal, e também do próprio uso do medicamento, para eles tomarem medicamento na hora certo, do jeito certo, não deixar faltar o medicamento. Nós ofertamos as orientações para que a pessoa possa até mudar o estilo de vida”. (E.5)

Apesar de o HIPERDIA estar implantado no município há anos, a gestão afirma que ainda se encontra no início, sendo possível a detecção de casos de HAS, mas não conseguir acompanhá-los integralmente.

“Eu acho que em relação hipertensão e diabetes, a gente ainda está no início, temos um caminho a percorrer”. (E.1)

“Eu acredito que nós importamos mais em relação a promoção à saúde. Eu acho que logo no início, nós estávamos focados mais em resolver os problemas e agora estamos mais focados em evitar que os problemas aconteçam. Então, a gente está focando bastante em campanha, identificação precoce de algum problema e promoção à saúde mesmo. Eu acredito que isso melhorou bastante e a gente está com uns projetos de melhorar ainda mais”. (E.2)

Esta situação pode estar ligada à descontinuidade de ações no programa a cada nova gestão política, dificultando o seu avanço e fragmentando o cuidado a longo prazo. Sugere-se, portanto, o estudo de implantação do HIPERDIA na Amazônia e seus desafios e avanços ao longo dos anos.

Outra medida preventiva é a busca ativa, que neste contexto específico é realizada com mais frequência pelos ACS das equipes urbanas e das rurais, principalmente, por já residirem próximo aos usuários de seu território de abrangência. Algumas vezes, os enfermeiros acompanham o ACS durante as visitas, prática observada somente na sede municipal.

Devido à grande extensão territorial, a busca ativa de hipertensos torna-se limitada e se restringe aos casos de falta à consulta, entretanto, os ACS sugerem que os enfermeiros também a realizem, como medida de facilitar o diagnóstico e tratamento precoce, por terem um conhecimento mais específico sobre a HAS.

“Na verdade, é bem precária [ação de hipertensão], pois quando era para ter ação aqui no posto, fica difícil, porque eles não têm acesso, não podem vir até aqui. Então, falta ação, busca ativa, pois as ações que são realizadas são só pelos ACS mesmo. Eles fazem orientações”. (E.6)

“Então, se esse paciente não veio no dia, no dia seguinte ou o ACS ou se eu não tiver muito atendimento vamos eu e o ACS fazer a busca ativa e durante a visita questiono o motivo da falta a consulta, verifico se o motivo foi doença ou esquecimento”. (E.7)

“O enfermeiro da zona rural fica na localidade, no posto de saúde da unidade [na sede municipal], seria bem viável se conhecesse a área, conhecesse o usuário de perto mesmo”.
(E.6)

Observa-se através destas falas, que a equipe de saúde foca mais no cuidado individual do hipertenso cadastrado e deixa de olhar a família, de forma coletiva, como conjunto de indivíduos que também possuem risco de HAS no futuro, por terem hábitos semelhantes ao paciente cuidado. Isso ressalta a importância das visitas domiciliares interdisciplinares nos contextos rural e urbano para criação de vínculo e prevenção de novos casos.

Medicamentos, insumos e equipamentos

Sobre a disponibilidade de medicamentos nas UBS, é preciso ter conhecimento através dos usuários e profissionais de saúde como se dá este abastecimento e se estão disponíveis. Ao perguntarmos sobre isso, os entrevistados afirmaram que a falta de medicamentos nas farmácias das unidades está relacionada ao período do mês que o usuário vem à unidade. Pois, seu abastecimento ocorre a cada 15 dias. De modo geral, eles afirmam que não faltam os medicamentos do Programa HIPERDIA, e quando ocorre, o usuário é quem compra com seus próprios recursos.

“A gente não tem essa dificuldade [de falta de medicamentos]. Todas as unidades têm farmácia, e eu tenho me esforçado muito para não deixar faltar”. (E.1)

“Em relação a estrutura não temos muita diferença, geralmente são bem estruturadas. Não falta nenhum tipo de equipamento, as salas são todas equipadas com o básico, o necessário nós temos para o atendimento. As farmácias também, nosso abastecimento é realizado de 15 em 15 dias. Não temos muito essa dificuldade em relação à estrutura”. (E.2)

“Tem a farmácia que no princípio ela fica bem abastecida e depois, na medida que vai passando o mês, vai diminuindo aí tem que aguardar o outro mês até reabastecer. Mas uma queixa até constante aqui dos pacientes é que às vezes não tem o remédio. Às vezes eles voltam muito comigo aqui e nem fizeram o tratamento. Aí eles falam: “Doutor, não tomei o remédio porque não tinha aqui e eu não tinha dinheiro para comprar”. E aí a pessoa volta com os mesmos sintomas”. (E.4)

“Os remédios para o programa são geralmente, o que geralmente não faltam. Às vezes pode faltar outros remédios, mas para o programa mesmo, para a pressão, para a diabetes, esses aí não faltam, não costumam faltar não, pelo menos não vi faltar a Losartana, Hidroclorotiazida, Metformina, Glibenclamida, o AAS”. (E.4)

“Bom, [uso] o que tem aqui no posto, eu peguei aqui mesmo. Agora o que não tem, eu compro todo mês. Não [tem], esse remédio, Nifedipina, não tem no posto. Estou tendo que comprar. É R\$ 10 a caixa, tenho que comprar 3 caixas”. (E.10)

Segundo os dados do PMAQ-AB de 2017, todas (6) as UBS do município dispunham dos anti-hipertensivos mais usados em todas as classes, em quantidade suficiente, apenas uma UBS possuía ácido acetilsalicílico (AAS), utilizado como anti-inflamatório e inibidor de agregação plaquetária, e o Verapamil, que é um anti-hipertensivo bloqueador de canal de cálcio, entretanto, medicamentos da mesma classe estavam disponíveis em 80% das UBS. Os medicamentos em falta são antiarrítmicos de diferentes classes e bloqueadores beta-adrenérgicos.

A quantidade de medicamentos pode estar sujeita ao período pesquisado coincidindo com o reabastecimento da farmácia das unidades e à influência do tipo de pesquisa, no caso, o PMAQ-AB cujo critério também é a disponibilidade medicamentosa.

Os anti-hipertensivos disponíveis pelo SUS em Maués estão condizentes com os fármacos mais utilizados no Brasil para o tratamento de HAS: hidroclorotiazida, losartana, captopril, enalapril e atenolol. O acesso a estes medicamentos no país é elevado (97, 9%), do qual, mais da metade foi obtido gratuitamente pelo SUS (56%), sendo que os outros meios de obtenção de medicamentos citados são o Programa Farmácia Popular (16%) e pagamento do próprio bolso (25,6%) (MENGUE et al., 2016).

A terapia medicamentosa é recomendada desde os casos de HAS em estágio 1 com risco cardiovascular baixo e moderado, quando a terapia não-farmacológica não for bem-sucedida sozinha, deve-se começar com diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores de canal de cálcio ou bloqueadores de receptores de angiotensina, dependendo da condição individual do paciente (BARROSO et al., 2021).

O uso destes anti-hipertensivos em combinação tem mostrado mais vantagens do que a monoterapia, tais como: atuar em diversos mecanismos de controle da PA, compensar os mecanismos de contra regulação causados pela monoterapia, ser mais eficaz em doses baixas comparada à monoterapia e conseqüentemente, ter menos efeitos adversos (FIGUEREDO; BRANDÃO, 2013).

Quanto aos equipamentos, estrutura e insumos no cuidado à HAS, segundo os dados do PMAQ-AB, o município dispõe de esfigmomanômetros com braçadeiras de diferentes tamanhos, mas em algumas unidades falta os tamanhos infantil e obeso, dificultando o diagnóstico e acompanhamento de todos hipertensos. Para o acompanhamento da obesidade, um dos fatores de risco para DCV, o ideal seria que todas as UBS dispusessem de balanças, régua métricas e adipômetros (Tabela 4).

Ao levar em conta, o número de EqSF, ACS e profissionais que utilizam esses materiais na UBS e em visitas domiciliares, observa-se que a quantidade de equipamentos é insuficiente para suprir a demanda de um município populoso, além de que alguns deles requerem revisão e calibração periódicas.

Esta carência estrutural na APS e de recursos, sejam financeiros, físicos ou humanos, prejudicam a constituição de Redes e Regiões de Saúde, pois dificulta sua reposta aos problemas de saúde da população e conseqüentemente, amplia o desafio da equidade territorial para consolidar o princípio da integralidade (VIANA; IOZZI, 2019).

A disponibilidade de estrutura, equipamentos e materiais está intimamente ligada ao financiamento à saúde, questão que se intensifica na ruralidade amazônica,

devido à baixa densidade demográfica, resultando em um pequeno número de cadastrados, cujo acesso depende do custo operacional elevado relativo à distância geográfica. Este cenário de causa-consequência tende a exacerbar a insuficiência do custeio das ações de sistemas municipais de saúde cronicamente fragilizados e com déficits na manutenção de coberturas assistenciais adequadas (GARNELO, 2019).

Nesse sentido, são necessários estudos que avaliem a disponibilidade de medicamentos e materiais e insumos na APS para o cuidado tanto em quantidade quanto em qualidade, como não era objeto deste estudo, os dados apresentados aqui pertencem à última avaliação do PMAQ.

No ciclo do PMAQ-AB de 2012, também já demonstrava que os insumos e equipamentos necessários ao acompanhamento de hipertensos, diabéticos e obesos, não estavam disponíveis em todas as UBS, realidade do Amazonas, da região Norte e até mesmo do Brasil, sendo que um pouco mais de 90% dos casos, as UBS tinham somente um esfigmomanômetro e um estetoscópio por equipe (GARNELO et al., 2014).

TABELA 4 - DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS DO PROGRAMA HIPERDIA NAS UBS DE MAUÉS, AMAZONAS, BRASIL.

Equipamentos em condições de uso	UBS 1	UBS 2	UBS 3	UBS 4	UBS 5	UBS 6
Esfigmomanômetro tamanho padrão	1	8	4	6	2	2
Esfigmomanômetro braçadeira obeso	1	-	-	1	-	-
Esfigmomanômetro tamanho infantil	1	1	-	1	1	-
Estetoscópio adulto	2	10	3	4	2	1
Estetoscópio infantil	1	1	-	1	1	-
Balança antropométrica de 150 kg	1	-	2	1	-	-
Balanças antropométricas de 200 kg	1	1	-	1	1	1
Balanças antropométricas infantil	2	1	1	1	1	1
Régua antropométrica adulto	1	1	-	1	1	1
Régua antropométrica infantil	-	1	-	1	1	1
Suporte para soro	2	2	2	2	5	1
Eletrocardiógrafo	-	-	-	-	-	-
Glicosímetro	1	2	2	2	3	1

Fonte: 3º Ciclo do PMAQ (2017).

Integração com a Rede de Atenção à Saúde

A implantação da RAS tem como objetivo a integração entre os serviços de saúde a fim de permitir uma resposta às condições de saúde da população brasileira com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade (MENDES, 2011).

Em sua organização, a APS foi projetada para desempenhar as funções de diagnosticar, rastrear e tratar a população adscrita em seu território de acordo com protocolos clínicos, prevenir e tratar precocemente as complicações das DCNT e coordenar o cuidado, acompanhando o usuário por estes serviços de saúde (BRASIL, 2014). A sua relação com a RAS deve ser recíproca, uma depende da outra para funcionar adequadamente, a APS possui um caráter central na RAS, e esta, por sua vez, deve fornecer um sólido arranjo regional e articulação entre os entes federados (BOUSQUAT et al., 2017).

A Atenção Especializada (AE) pode ser ofertada em unidades hospitalares e ambulatoriais, que vem incorporando cada vez mais procedimentos complexos com a finalidade de melhorar o fluxo do usuário pela rede. Isso requer a utilização de exames complementares e terapias, que são fornecidos pelos sistemas de apoio compostos por serviços laboratorial e terapêutico específicos para algumas condições de saúde, como hemodiálise (KUSCHNIR, 2014).

Quanto à RDCP relacionada à hipertensão, a AE de Maués possui um cardiologista, que realiza atendimento no hospital municipal a cada 15 dias em dois turnos. As principais dificuldades de acesso do hipertenso à AE são a demora para conseguir uma consulta com o cardiologista e o elevado custo de gasolina, passagens de lancha e de estadia na sede, além do longo tempo de viagem em casos de urgência e emergência. Na prática clínica, não há uma contrarreferência ou protocolos de fluxo para o atendimento especializado de HAS, as informações sobre as consultas ou exames especializados são repassadas informalmente entre os profissionais da saúde e em grande parte são repassadas pela família ao ACS.

“Nós temos um cardiologista que ele atende duas vezes por mês. Faz o atendimento várias vezes por mês. Mas é um atendimento ambulatorial dentro do hospital”. (E.1)

*“No cardiologista fui né? Foi quando ele falou que eu era hipertensa, com tantos problemas. Não demorou, **porque na época ele vinha de 15 em 15 dias** [em Maués]. Foi ele que me encaminhou e que fez o pedido para fazer exame”. (E.10)*

A efetividade do cuidado é comprometida com esta dificuldade de acesso aos serviços de maior complexidade do sistema, e algumas vezes a consulta no AE é tida como incerta pelo profissional que atende, demonstrando a falta de articulação com outros pontos da RAS e falta de conhecimento dos fluxos de encaminhamento (SOUZA; GARNELO, 2008).

Isto acaba comprometendo a integralidade, um dos atributos da APS, que é a garantia de acesso aos diversos níveis de atenção, caracterizados pela diferença nas densidades tecnológicas da assistência à saúde com sistemas formais de referência e contrarreferência. Para que haja uma atenção integral é preciso de uma RAS bem articulada de modo que as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários sejam abordadas em todos os níveis requeridos para sua resolução e seu acesso a estes serviços tenha harmonia e agilidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No MRR estudado, por falta de especialidades como endocrinologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, e também alguns exames cardiológicos e tratamento de hemodiálise, os hipertensos que necessitam destes serviços são encaminhados à Manaus. Lá a prefeitura de Maués não possui casa de apoio para alojamento e suporte aos pacientes adoecidos e seus familiares, mas conta com o suporte de carros, ambulância, profissionais como enfermeiro e dois técnicos de enfermagem do município que ficam na capital.

Esse processo é chamado de Tratamento Fora Domicílio (TFD), trata-se de um meio utilizado pelos governos municipais quando não há condições de diagnóstico ou tratamento em seu território, criando um importante contexto de mobilidade entre interior e capital em busca da AE e realização de exames que não são feitos no município (SILVEIRA; PINHEIRO, 2014).

O usuário recebe o requerimento médico e passagem fluvial para a consulta ou exame em Manaus. Através desta prática pode-se compreender como a RAS em Maués está organizada para atender os casos de hipertensão (Figura 9). Observa-se a ausência de referência e contrarreferência na relação entre os pontos da RAS, distanciando-se de como esta foi planejada para ser.

O desenho da regionalização do estado do Amazonas tem impactado negativamente na relação APS e Atenção Especializada (AE), pois, no caso da Região do Baixo Amazonas, a sede regional é o município de Parintins, entretanto, segundo os gestores o mesmo não possui estrutura para resolver a maioria dos casos de saúde que recebem.

A trajetória do TFD inicia na UBS onde o usuário recebe encaminhamento para a agendar a consulta com o especialista no setor de TFD no hospital. Após o agendamento, o ACS é comunicado para avisar o usuário sobre a consulta e recebimento da passagem até Manaus.

“Não temos especialista [oftalmologista]. Nestes casos, fazemos encaminhamento para Manaus. [Hipertensão refratária] também encaminhamos para o hospital para que o hospital faça o encaminhamento para mandar para Manaus. Então, envio o paciente para o hospital e eles fazem a marcação uma vez ao mês. A gente faz o acompanhamento [depois do especialista] deles para que eles venham fazer a consulta, para que tenhamos este controle”. (E.6)

“TFD, tratamento fora a domicilio. Faz TFD, encaminha para o hospital e lá eles tentam agendar para o gineco, neuro, cardiologista... cardiologista nós temos aqui. Digamos, para um neuro e encaminha para Manaus. Geralmente ele retorna para nós. O que acontece, é para retornar, mas o que acontece... paciente é paciente, paciente mente muito, ele melhorou já acha que está bom e já não quer voltar”. (E.3)

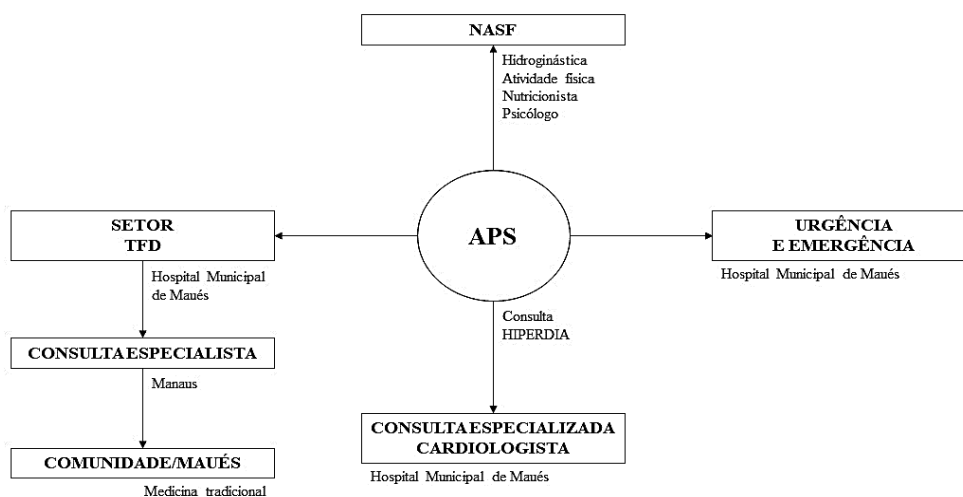
“Nós temos o suporte através do TFD, realizamos o acompanhamento de alguns pacientes. Daqui nós já temos como realizar marcação de exames, e eles pegam o suporte financeiro em relação a passagem. Nós temos um setor no hospital, que é o setor de TFD, tem as assistentes sociais... Aí ele vai até o hospital com o documento já preenchido da unidade básica e lá assistente social vai receber esse paciente e

vai pegar o contato dele e vai entrar em contato com Manaus por representação para conseguir a vaga para esse paciente”.
(E.2)

“O médico encaminha [para o atendimento especializado], faz TFD, pois aqui não temos recurso. Funciona daquela mesma forma. O paciente [hipertenso] leva o encaminhamento até o hospital, faz o agendamento e tudo se dá pelo hospital. [Acompanhamento] Só através das visitas”. (E.7)

Esta estratégia de acompanhamento do usuário em TFD por parte do ACS nas visitas domiciliares têm sido utilizadas para controle se a consulta especializada foi realizada, uma vez que muitos usuários não retornam à UBS para mostrar os resultados da consulta. Tal estratégia tem se mostrado benéfica tanto pelo serviço, em sua organização de prestação de cuidados, quanto pela demanda, demonstrado pela satisfação dos usuários com a resolutividade da APS.

FIGURA 9 - ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE VOLTADA PARA O CUIDADO DO HIPERTENSO EM MAUÉS, AMAZONAS, 2021.



Fonte: Autoria própria a partir de dados das entrevistas com profissionais de saúde, gestores e usuários hipertensos de Maués.

Os profissionais utilizam estratégias de comunicação diferenciada de acordo com o local de residência do usuário para avisá-lo de sua consulta ou exame agendado na capital. Para aqueles que residem na sede municipal, a assistente social se informa

sobre o endereço e telefone para contato a respeito dos avisos sobre a consulta/exame. Quando o usuário reside na zona rural, como não há acesso à internet ou telefonia celular, o ACS avisa por meio da rádio da comunidade o nome do usuário, a consulta e as informações sobre ela. Desta forma, observa-se uma potencialidade da APS como organizadora e coordenadora do cuidado em MRR amazônico.

“Ela [assistente social] sempre tem que ter o contato, ou o endereço, ou o telefone. Quando o paciente é da zona rural eles tentam pelo rádio. Colocam o anúncio no rádio procurando o paciente e que venha a sede do município. Mas assim, a [população] rural sempre fica ouvindo. Fica sintonizada na rádio, porque através dela temos esse meio de comunicação, lá não pega telefone, não pega internet, não pega nada. É isolado mesmo, o acesso assim. Meio dia todo mundo fica ligado na rádio para ver as notícias da cidade”. (E.2)

“Na zona rural já é mais complicado, mas a gente consegue. Tem uns que voltam, já vão para as suas comunidades e a gente não tem retorno, nós já temos que fazer a busca ativa com o ACS. A responsabilidade que a gente tem é esse paciente crônico, a gente ter essa responsabilidade dele ir e retornar, e ter noção de como está o paciente e como está o tratamento”. (E.6)

Os casos de pico hipertensivo e descompensação da glicemia são levados diretamente para o hospital. Quando há casos na UBS, os profissionais realizam a medida da PA ou teste de glicemia para monitoramento, administram o captopril sublingual ou a insulina, e assim que o quadro se estabiliza, o usuário é liberado ou transferido de ambulância ao hospital, quando não há melhora.

“É, pico hipertensivo chega aqui, mas geralmente essa pessoa que está com pico hipertensivo, ela já vai automaticamente para o hospital. Quando ela chega aqui, ela já está com a pressão estabilizada, estável, e a gente dá continuidade ao

tratamento. Às vezes mesmo quando chega aqui com pico hipertensivo, a gente fica controlando a pressão. Tomando Captopril sublingual aí aguarda meia hora, 40 minutos... afere a pressão de novo, volta aqui comigo... se a pressão estiver estabilizada, aí eu libero ele”. (E.4)

Nos casos de emergências hipertensivas de usuários de áreas rurais, os profissionais atendem assim que eles chegam à UBS ou ao hospital, dependendo da gravidade, são levados ao hospital para um cuidado mais efetivo. O acompanhamento destes casos até o atendimento de urgência e emergência é feito pelo ACS e que também orienta sobre os cuidados no tratamento. Quando ocorre pico hipertensivo em usuários residentes das comunidades rurais, após um a dois dias é que este usuário recebe o tratamento, devido à dificuldade de locomoção até a sede e por falta de UBS nas comunidades.

“Se for da área rural, a gente atende com certeza [emergências]. Se chegar um paciente da zona rural, a gente nunca pede para ele voltar não, a gente sempre atende”. (E.4)

“Não que seja necessário, mas as vezes a gente faz para favorecer um pouco mais as pessoas [da área rural]. Como a gente tem esse contato com a unidade então, a gente agenda, marca consulta. Incentiva para quando ele vir ou orientar quando vir para marcar procurar fulano de tal no horário X para agendar sua consulta e eles terão atendimento”. (E.8)

“Da área rural... É complicado, porque muitas vezes paciente tem uma urgência lá, mas ele só consegue chegar aqui 1 dia depois, às vezes dois dias depois... Vai ser também pico hipertensivo. Também, às vezes paciente está lá no interior e não tem como ele ter acesso rápido ao centro de urgência e emergência e lá eles são acometidos pelas mesmas coisas daqui... pico hipertensivo, às vezes a diabetes fica

descontrolada e aí seriam mais esses casos mesmo de urgência e emergência”. (E.4)

*“Agora quando tem assim, problemas com mais **emergência**, só está passando mal mesmo, ele [ACS] já agenda e traz a pessoa para o pronto socorro. Leva. Sempre é assim” (E.10)*

Os serviços de urgência e emergência deveriam atender os casos de risco iminente à vida ou aqueles imprevistos de agravo à saúde, entretanto, o que se observa é o atendimento de casos passíveis de resolução pela APS, mas que os usuários preferem utilizar a urgência e emergência pela rapidez de atendimento e barreiras de acesso à APS, impostas por filas e horários restritos de atendimento (KUSCHNIR, 2014).

Para que os componentes da RPDC atuem de forma articulada é imprescindível a utilização de mecanismos de regulação que facilitem o fluxo do usuário pela rede com a coordenação da APS. O sistema logístico é o último componente da RPDC, não menos importante, que conta com tecnologias de informação, integradas pelos sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários, o registro eletrônico em saúde, os sistemas de transporte sanitários e os sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2014).

A regulação das consultas ambulatoriais com o cardiologista no município é realizada via Sistema Nacional de Regulação (SISREG) pela Semsa, demorando em torno de 2 meses a até um ano para se conseguir uma consulta, com outras especialidades, o tempo de espera pode ser maior.

Durante o período de coleta de dados, o município dispunha de serviços de apoio ao cuidado do hipertenso, principalmente quanto à prevenção de agravos, tais como os dois NASF, o Centro de Convivência do Idoso e seis academias para atividades físicas ao ar-livre espalhados pela área urbana, que têm desempenhado um papel fundamental na prevenção e promoção à saúde.

Os NASF do município são compostos por nutricionistas, psicólogos, profissionais de educação física, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêutico e fisioterapeutas. Como são duas equipes, elas se dividem para atender a população da sede através de visitas domiciliares, palestras nas UBS e atividades físicas para idosos e hipertensos/diabéticos.

OS NASF estão localizados em uma das UBS onde ocorreu as entrevistas, onde possui salas para os seus profissionais atenderem. Para facilitar o acesso aos seus serviços, as equipes possuem um cronograma de atendimento às UBS, se deslocando até as unidades em dias específicos. Seu fluxo de atendimento se inicia com o encaminhamento médico para um destes profissionais, o usuário vai até a sala do NASF ou na recepção, no caso das outras UBS, e agenda o dia de consulta de acordo com a programação da UBS em que é atendido.

“Por exemplo, recebi paciente hoje ne, digamos, ele tem 120Kg. ‘Seu José, eu vou pedir exames de laboratório, eu vou lhe encaminhar para a nutricionista’. Então, eu faço o encaminhamento aqui, ele marca com a recepção, a recepcionista já passa imediatamente para a equipe do NASF. E aí já vai entrar em contato com ele, o profissional já vai procurar”. (E.3)

“Sim, nós fazemos o acompanhamento de hipertensos, medicações são disponíveis para eles. Oferecemos essas ações desses projetos que nós temos no NASF para fazer mais um acompanhamento”. (E.2)

“Eles [NASF] têm um dia específico para atendimento da demanda de cada UBS. Aqui na nossa UBS, no dia do seu acompanhamento eles pegam a demanda nova e faz o agendamento, faz primeiro a visita para ter o primeiro acesso com esse paciente e identificar se ele pode vir na UBS fazer aqueles agendamentos de preferência que eles estarão aqui posteriormente”. (E.7)

A abordagem multiprofissional é outra forma de trabalhar a visão de integralidade do usuário, responsável por promover o melhor controle da HAS, influenciando a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso. A equipe multiprofissional pode ser constituída por diversos profissionais: médicos, equipe de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores

de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, funcionários administrativos e ACS (PINHO; PIERIN, 2013).

As atividades físicas promovidas pelo NASF são a hidroginástica, caminhada e alongamento em grupos. A hidroginástica ocorre na frequência de três dias na semana, é realizada na piscina do SESC¹⁰ no período de cheia, e no rio, durante o período de seca, onde na orla do município formam-se praias. A caminhada e alongamentos ocorrem duas vezes na semana na orla. Antes destas atividades é realizada a triagem dos participantes, com avaliação de peso, glicemia e PA a fim de verificar suas condições físicas para as atividades propostas.

No final do mês, os participantes são reunidos para um acompanhamento mais detalhado de sua evolução com a atividade e orientados sobre a importância da alimentação saudável.

“O que eu sei é que todos os dias tem uma atividade em que os pacientes, principalmente aqueles que precisam ter uma mudança da qualidade de vida, hipertenso, diabético, eles fazem atividade: hidroginástica, caminhada, alongamento, em um local específico aqui mesmo. Tem uns dias que eles fazem essa atividade de hidroginástica e tem uns dias que eles fazem só a caminhada..., alongamento... aqui nessa parte da frente mesmo [orla]”. (E.4)

No tratamento da HAS, os exercícios físicos devem ser estruturados e prescritos de forma individualizada de acordo com as condições de saúde do paciente. Os exercícios aeróbicos como caminhadas, dança, repetição de movimentos, pular corda e andar de bicicleta são recomendados como exercícios preferenciais para a prevenção e tratamento de HAS, pois provocam redução da PA em diversas situações. Já o treinamento resistido dinâmico como levantamento de pesos ou uso de faixas elásticas têm apresentado redução da PA somente em pré-hipertensos, o que requer mais estudos. E o treinamento resistido estático, que é contração de segmentos corporais localizados sem movimento articular, têm demonstrado redução da PA de hipertensos, mas os estudos investigados utilizavam somente massas musculares pequenas, o que ainda não

¹⁰ SESC: Serviço Social do Comércio

implica em sua recomendação, havendo necessidade de mais informação (BARROSO et al., 2021).

As atividades físicas promovidas pela APS através do NASF não podem ser reduzidas aos aspectos biológicos, mas devem atingir a dimensão de clínica ampliada, pois “uma caminhada, não é somente o ato de caminhar”, envolve um momento de promoção à saúde mental através da interação com outras pessoas, de escuta ativa por parte do educador físico, de apoio motivacional a cuidar da saúde e de potencial educação em saúde (OLIVEIRA; WACHS, 2019).

As representações sociais que usuários têm sobre o papel do NASF incluem sua gratuidade na oferta de atividades físicas, o tratamento não farmacológico de doenças crônicas, redução de gastos com medicamentos, promoção à saúde, benefício psicossocial, entre outras, que reforçam a importância do incentivo à políticas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos no âmbito da APS (BATISTA SANTOS et al., 2016)

O Centro de Convivência do Idoso do município também promove atividades físicas, acompanhamento psicológico e assistência social ao público da melhor idade, do qual uma boa parte são hipertensos. Assim como o NASF, seu escopo de prática inclui visitas domiciliares, rodas de conversas, alongamentos e danças em grupo de forma que estes idosos se sintam acolhidos, tenham interação com outras pessoas e se mantenham ativos e saudáveis. Antes de suas atividades, também é realizada uma triagem do peso, glicemia e PA, ao identificar alterações, esses idosos são acompanhados por pelo enfermeiro da equipe e nos casos de cuidado médico, são levados de ambulância ao hospital.

Todo esse acompanhamento multiprofissional e atividades físicas são ofertados apenas na sede municipal, fato que se torna uma barreira de acesso à promoção à saúde da população rural, dificultando a integralidade da APS nestes locais, em que devido à disposição geográfica das residências, ela não tem os mesmos serviços.

Esta barreira ultrapassa a questão geográfica e atinge o âmbito da organização, os gestores têm consciência disso e alegam dificuldades em aproximar estes serviços à população rural, pois exigem longos deslocamentos, custos com transporte e recursos humanos com salários dignos, fatores que ultrapassam o orçamento municipal, e acabam por distanciar a oferta do serviço de saúde às necessidades da população.

“Nós temos hidroginástica e caminhada. Duas vezes hidroginástica e duas vezes caminhada durante a semana. No final do mês, a gente reúne esses idosos para fazer um acompanhamento mais detalhado. É na sede. Infelizmente [a população rural] não tem como ter acesso. Eles só vão ter acesso mesmo a esses atendimentos quando eles vêm à sede”.
(E.2)

Tendo em vista a demanda apresentada, presente não somente no município estudado, mas em outros localizados pelo Brasil, sejam rurais remotos ou não, Eugênio Vilaça Mendes (2012) propôs o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para ser desenvolvido no SUS, uma proposta que aborda a prevenção de agravos, a promoção da saúde e gestão da clínica na APS.

Este modelo conta com fatores primordiais como a estratificação de risco da população e os determinantes de saúde que influenciam a condição do usuário, sejam individuais, coletivos, estilo de vida ou condições políticas de saúde, ambientais ou financeiras, relacionando-os com o cuidado a ser realizado pelo indivíduo, pelo profissional de saúde ou por ambos, de acordo com as necessidades de saúde e parceria entre usuário e APS (MENDES, 2012).

Por se tratar de um modelo específico para a APS, aponta que 70 a 80% dos casos são de condições crônicas simples o que requer um apoio ao autocuidado, o conhecimento sobre a população cadastrada na ESF, que perpassa pelo conhecimento do território de saúde, a classificação por risco social e sanitário, e identificação dos fatores de risco e das condições de saúde. Estas ações envolvem diversos atores sociais, desde secretários de saúde, gestores municipais de saúde, gestores das UBS, até as equipes de ESF e do NASF.

Este modelo teórico quando comparado com a prática de cuidado em Maués, observa-se que os profissionais não trabalham com estratificação de risco na UBS, somente no hospital. No entanto, esta estratificação praticada serve para preferenciar o atendimento e não como planejamento do cuidado à condição crônica do usuário, como é a proposta de Mendes (2012).

“Trabalhamos [com estratificação de risco], mas é com o hospital. A gente identifica o paciente em caso de risco, fazemos

o encaminhamento para lá e o médico do hospital faz a sua avaliação. É pelo risco do paciente. Fazemos todo o acompanhamento dele aqui, quando vemos o risco dele fazemos o encaminhamento”. (E.6)

“Temos parceria com o núcleo de apoio e a gente está tentando estratificar esse montante de hipertensos e diabéticos. Tem uns casos mais leves que podem ter o auto acompanhamento e tirar os casos mais graves que a gente consiga dar essa resposta da atenção básica para eles, ou encaminhar para um ambulatório especializado caso seja necessário. A gente está nessa fase agora, das unidades fazerem essa divisão de quem só está com glicose acima de 100, ou quem tem pé diabético”. (E.1)

No micronível da APS, no aspecto de oferta dos cuidados à saúde, observa-se o déficit do planejamento do cuidado ao hipertenso a médio e longo prazo. Fato observado nas EqSF amazonenses, das quais apenas 31,8% coordenam a fila de espera e acompanhamento de hipertensos e diabéticos em atendimento externo (GARNELO et al., 2014).

Nesse sentido, a estratificação de risco do hipertenso contribuiria para o seu acompanhamento e flexibilização de suas consultas de acordo com seu quadro clínico. Além de fornecer subsídios para a gestão das UBS e da APS no município para o planejamento gerencial de suas ações.

No âmbito da gestão das unidades, são realizadas reuniões de planejamento mensal com a equipe. Sua frequência foi pensada assim para oportunizar a participação dos ACS da área rural, apresentando a demanda desta localização. De forma geral, as reuniões são mais para discutir questões organizacionais do serviço do que a gestão da clínica dos usuários, que deveriam ser complementares para a facilitação do acesso à APS.

“Reuniões de equipe geralmente são eu, os médicos, os enfermeiros e mais alguns ACS. Mas geralmente é mais os médicos e os enfermeiros. Muitas vezes assuntos sobre

justamente essa questão de a gente tentar organizar os programas mesmo. Mas, aqui é muito difícil, muito difícil, porque a demanda é muito grande, são muitos pacientes”.
(E.4)

*“A nossa reunião é mensal. Participa frequentemente o enfermeiro e os agentes de saúde, quando dá para o médico, quando ele não está em atendimento, ele participa junto com o dentista. [Assuntos da reunião] **Entrega de produção, relatório de visitas, o que acontece na comunidade. Nessa reunião eles repassam todas as informações do que aconteceu no mês. E eu sempre tento orientar ele, para levar orientação quanto aos programas que existem na cidade, e fazer levantamento desses usuários para procurar mais os serviços de saúde”.*** (E.6)

A reunião de equipe e supervisão dos ACS têm o mesmo sentido, na maioria das vezes em contextos rurais remotos, e se reduz à verificação da sua produção, exemplificado pelos termos “entrega de produção” e “relatório de visita” (LIMA et al., 2021). As reuniões deveriam avançar para a integração do fator administrativo com planejamento do cuidado. Além disso, é preciso que as equipes tenham meios de comprovação deste planejamento e o subsídio de critérios e parâmetros para definir as prioridades das ações tanto no cuidado individual quanto no coletivo dos hipertensos cadastrados em sua área.

6.2 Demanda pelo serviço

A disponibilidade, como dimensão do acesso, relaciona-se com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, isto perpassa à procura que os usuários têm pelo serviço de saúde. Com base nesta premissa, apresentaremos a seguir as características da APS que estão convenientes e sensíveis ou não à demanda dos hipertensos.

Funcionamento do serviço da APS

O horário de funcionamento das unidades é visto pelos usuários como uma barreira de acesso que enfrentam. Estas queixas são observadas durante as consultas e visitas domiciliares. Elas estão relacionadas à falta de fichas fora daquele horário cedo antes do turno da consulta e a comparação com o horário do hospital, onde sempre tem um profissional disponível à hora que o usuário chega.

“ [Horário de funcionamento da UBS] é uma barreira. Dificulta porque muitas vezes a gente chega e não encontra mais ficha e essa dificuldade fica para outro dia’. ‘Porque lá [UBS] não é como no hospital que tem médico dia e noite tem médico de sobreaviso. E nesta UBS é só mesmo naquelas horas’’. (E.9)

Nessa perspectiva, a participação social, além de estar em instâncias formalizadas deve ser posta em prática na APS ao ouvir a população sobre sua demanda por melhores horários de atendimento. No sentido de reorientar a atenção à saúde no sistema de saúde, a APS deve ter suas unidades funcionando de acordo com as necessidades do usuário a fim de amenizar as barreiras de acesso e melhorar sua utilização dos serviços.

Agendamento de consultas

O agendamento das consultas também foi visto como uma barreira de acesso, pois algumas vezes o dia da consulta não condiz com a disponibilidade do usuário, tanto para agendar quanto para vir à consulta. Tal problema afeta principalmente a população rural, que prefere vir à sede no final do mês quando recebe o benefício do PBF.

O dispor do ACS em marcar as consultas desta população, têm sido uma estratégia do serviço para facilitar o acesso e que tem se demonstrado aprovada pelo usuário. O ACS passa a ser a ponte entre ambos, uma vez que o usuário ao demonstrar interesse por consulta, o ACS verifica a disponibilidade e realiza o agendamento.

“Na hora que a gente procura ele [ACS], aí ele procura eles [UBS] e vê qual o dia que dá para a gente ser atendido. Ele repassa para gente o dia que ficou agendado para a gente ir.

Às vezes dá certo de ser o dia que a gente quer né? Mas às vezes não, é o dia que está disponível. A gente fala para ele: a gente quer para tal dia. Se tiver vaga, ele já agenda para a gente o horário que a gente quer”. (E.10)

“Eu mesmo... às vezes, a dificuldade é para vir. Nossa realidade é outra. Porque a gente vive lá [na área rural], eu trabalho e estudo”. (E.10)

A população da sede não vê o agendamento como uma barreira de acesso, pois só precisam chegar à recepção da UBS, dar os dados para procurarem seu prontuário e verificarem a disponibilidade de consulta. E ainda consideram como seu direito, vir às consultas do HIPERDIA realizadas nas quartas.

“Eu só venho mesmo para fazer o direito dos hipertensos de todas as quartas-feiras estar aqui só de manhã [HIPERDIA] ”. (E.11)

Tempo de espera para consulta

O aspecto “tempo de espera” também influencia na demanda do usuário pela consulta na APS, está relacionado ao horário que a pessoa chega à unidade e à quantidade de pessoas que procuraram consulta no dia. De modo geral, os usuários hipertensos demonstram-se satisfeitos com o tempo de espera.

“O horário para ele chegar de manhã é as 7 horas, essa é uma das dificuldades que às vezes a gente pode ter. Às vezes o paciente chega, mas já está lotado”. (E.8)

“Eu cheguei 13:10 e fui atendida 14:00, porque eu era a primeira da fila né? É, dependendo da sequência da ficha. Porque se o nome da gente está lá embaixo, a gente vai ter que esperar, só assim dá para ele atender a gente. Mas, às vezes, demora até umas 15:00”. (E.10)

“É só mesmo dar o nome da gente que eles procuram o formulário da gente. Demora, porque às vezes a gente chega e já tem muita gente na frente. Eu cheguei acho que era umas 6hs, 6:15, eu fui daqui já eram 10h”. (E.11)

Devido às situações de agendamento, deslocamento à UBS e tempo de espera, os ACS usam a estratégia de motivar a valorização da consulta, para que os usuários compareçam e resolvam com mais agilidade os motivos da consulta.

“Se acontece alguma coisa, eles vão diretamente no ACS, e aí os ACS ligam para a gente, ou em caso de urgência levam direto para o hospital ou casos de hipertenso está em crise de pico, está precisando de medicamento, eles entram em contato com o serviço da unidade básica de saúde. Mas diretamente, quando eles estão lá na área, eles procuram o agente de saúde que é quem está mais próximo e eles sentem que é o profissional de saúde deles”. (E.6)

“Junto à comunidade... aí é visita, palestra e estar junto à coordenação da comunidade. Até porque as informações que a comunidade precisa eu vou ter, como número de pessoas e outros dados da comunidade, então, a gente acaba formando uma equipe junto com a coordenação para trabalhar juntos. Nessa interatividade vai estar a coordenação tendo minha ajuda e eu tendo a ajuda da coordenação. Além da visita tem outros acompanhamentos que a gente faz dependendo da situação do paciente. Então, é uma das ações que a gente faz né. É a função do ACS, porque ele não está lá para fazer procedimento porque isso não é cabível a ele. Dentro da visita vai ser feito o acompanhamento”. (E.8)

“É bem melhor [após o diagnóstico de HAS], eu passei a vir todos os meses. Mas o agente de saúde, ele me acompanha lá

né? Ele verifica minha pressão quando já tive outras trocas de remédio, porque o remédio não funcionava mais, outros estavam fazendo mal para o estômago. Aí eu volto aqui para o médico para mim trocar”. (E.10)

Oportunidade de cuidado

Algumas vezes, a HAS fica invisibilizada pela falta de oportunidade de cuidado, esta realidade é observada nas comunidades ao longo dos rios do município, cujos moradores apresentavam sinais e sintomas de crises hipertensivas e não sabiam que se tratava de alteração da PA. O usuário entrevistado associa a falta de profissionais de saúde ao seu desconhecimento sobre a HAS.

“Eu acho que eu tenho mais de 20 anos [diagnóstico de HAS], porque às vezes no interior que a gente mora, não tem médico, não tem nada. E me dava aquelas crises, sabe? Eu não sabia o que era né? ” (E.11)

Esta situação tende a ter uma solução ou diminuição de gravidade com a implantação de postos de saúde nos polos rurais, abastecidos de medições anti-hipertensivas de urgência e também com a disponibilidade de profissionais atendendo nestas comunidades.

A falta de conhecimento a respeito de sinais e sintomas de HAS, também pode ser explicado pela percepção que populações rurais têm de sua saúde, além da necessidade de ações educativas sobre a temática, com a finalidade de popularizar a prevenção às condições crônicas.

Em áreas rurais, o percentual (62%) de pessoas que se declaram apresentar boa saúde é inferior ao de áreas urbanas (72%), e sua percepção sobre as condições crônicas também é menor. Embora, a procura pelo serviço de saúde tenha aumentado em 10 anos, nas áreas rurais ainda é menor quando comparada às áreas urbanas: 17% contra 13%. E em ambas, a procura por serviços de saúde para exame de rotina ocorre fundamentalmente por motivo de doença (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

Educação em saúde

A Educação em Saúde é a estratégia utilizada para informar os usuários sobre o desenvolvimento da HAS, a prevenção de seus agravos e a realização do tratamento, tanto na sede quanto nas comunidades. Quem a realiza é o enfermeiro, técnicas de enfermagem, ACS e a equipe que se desloca às comunidades. Quanto ao local de realização, as palestras ocorrem na recepção das UBS, no domicílio durante as visitas e em espaços públicos nas áreas rurais.

“[Participação de grupo para hipertenso] Foi realizado aqui e lá na comunidade. Faziam reunião com o povo né? E aí eles faziam a palestra explicando. E aqui também, na recepção, quando eu estava no dentista, aí sempre faziam assim. Bom, era mais sobre... a pressão, os cuidados que a gente deve ter de prevenção né? Aqui sempre eram as técnicas [de enfermagem], a enfermeira. E lá no rural, é equipe que vai, às vezes vai a enfermeira, vai o médico, vai a assistente social. Cada um fala um pouco”. (E.10)

“Fazemos palestras [educação em saúde HIPERDIA] com eles antes dos atendimentos ambulatoriais. Fazemos uma vez por mês”. (E.7)

“Nós temos grupo do HIPERDIA, assim, falando da minha zona rural. Eu tento reunir os hipertensos da zona rural, mas é difícil porque eles não têm tanto acesso, aí tem que aproveitar o dia que eles vêm, mas cada dia é um, ou dois, ou três, vem poucos”. (E.6)

Ressalta-se a importância da realização de atividades de educação em saúde tanto individuais quanto em grupo, principalmente no âmbito coletivo, pois tal abordagem, também chamada de empoderamento social, é capaz de contribuir para o avanço de políticas públicas de saúde e produção de indivíduos reflexivos e autônomos no cuidado com sua própria saúde, através da criação de espaços de diálogo e aprendizado com o outro (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Ao se tratar de educação em saúde, dos cuidados dirigidos à promoção da saúde e prevenção de agravos e atividades intersetoriais, a atuação das EqSF amazonenses alcança baixos percentuais, principalmente pela falta de registro de tais atividades, o que é mais perceptível é o predomínio de atividades preventivas dirigidas aos indivíduos durante as consultas ou visitas domiciliares, em detrimento de atividades grupais ou comunitárias (GARNELO et al., 2014).

As lacunas identificadas na dimensão de disponibilidade fragmentam o acesso como um todo e requerem a participação ampla de todos os sujeitos envolvidos para a formulação de estratégias gerenciais que efetivem o acesso em sua forma organizacional. Tais lacunas são: déficit na fixação de profissionais no município; necessidade de educação permanente específica sobre HAS e seus cuidados; carência de classificação de risco dos hipertensos para melhorar seu acompanhamento e prevenir agravos; e falta de oportunidade de cuidado nas áreas rurais dos MRR, principalmente de UBS com profissionais e equipamentos disponíveis.

7. CAPÍTULO IV – ACEITABILIDADE

FIGURA 10 - PRÁTICA CULTURAL DE PREPARO E CONSUMO DO GUARANÁ



Fonte: Autoria própria.

Este capítulo aborda a dimensão de Aceitabilidade do modelo teórico de Peters et al. (2008), correspondendo aos objetivos específicos propostos de descrever como os usuários hipertensos acessam à APS e à RAS e identificar as dificuldades e potencialidades de acesso neste município rural remoto.

A aceitabilidade como dimensão do acesso apresenta uma relação mútua entre a maneira que os prestadores de serviços de saúde são receptivos às expectativas sociais e culturais dos usuários como indivíduos e seu coletivo (PETERS, 2008). Em outros estudos, este termo é compreendido como a disponibilidade do usuário para procurar o serviço quando estes forem percebidos como eficazes ou quando fatores sociais e culturais encorajam ou não as pessoas a procurar os serviços (HOUGHTON et al., 2020).

Segundo Donabedian (1973), esta dimensão da acessibilidade faz parte das sete características que compõem um serviço de qualidade, e se configura como a conformidade com as preferências do usuário, a relação profissional-usuário, as comodidades, os efeitos do cuidado e seu custo. Em outras palavras, é o quanto as práticas do serviço de saúde se adequam às preferências do usuário, seja no âmbito cultural e/ou de suas necessidades de saúde.

Dentre as barreiras de acesso que podem ser encontradas nesta dimensão estão a falta de confiança nos profissionais de saúde ou no tratamento prescrito, os aspectos culturais, as percepções negativas quanto à qualidade do atendimento, as atitudes e práticas de quem está oferecendo o serviço. Além destas, estão inclusas aquelas específicas dos usuários tais como a baixa autoestima, pouca assertividade com a equipe ou tratamento, estigma e falta de consciência de saúde (JACOBS, 2012).

A participação social é uma intervenção transversal inerente a todas as dimensões de acesso. É na unidade de relação do serviço com o usuário que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como os direitos à saúde se expressam concretamente no cotidiano das pessoas. Nesse sentido, o acesso é visto como fundamento a ser construído pela participação cidadã do sistema de saúde e conformação de suas práticas e o usuário torna-se um sujeito ativo da gestão e do controle social (GIOVANELLA E FLEURY, 1996).

Em aceitabilidade, as variáveis a serem exploradas a seguir, quanto à oferta do serviço são: APS como serviço de primeiro contato; acompanhamento dos hipertensos; interação entre os profissionais da equipe e os ACS; e tratamentos alternativos de controle da HAS. E as variáveis relacionadas à demanda são: informações sobre os cuidados em saúde e adesão ao tratamento; satisfação do usuário; aspectos relacionais profissional-usuário; aspectos culturais; e motivação interna e fatores psicológicos.

7.1 Características dos serviços de saúde

APS como serviço de primeiro contato

Em período anterior à coleta de dados no município de Maués, os usuários preferiam buscar o hospital desde os casos simples aos mais complexos, devido à demora para conseguir consulta nas UBS. Tal situação fez com que a gestão e as EqSF do município trabalhassem a resolutividade da APS através da organização do atendimento, criação de vínculo com a comunidade e ganho de confiança ao ponto da APS se tornar a primeira fonte de busca por serviço de saúde.

“Hoje eles já enxergam a unidade básica de saúde como uma referência. Até um ano atrás eles não entendiam, porque eles iam na unidade e não conseguiam ter um atendimento como eles

esperavam, daí procuravam a unidade hospitalar. A gente começou a melhorar a resolubilidade para o paciente. O paciente ele não quer remédio e exame, às vezes eles querem ser só escutados. Ele só quer uma orientação bem dada, resolver um encaminhamento correto. Eu trabalho muito isso com o pessoal”. (E.1)

Dentro da dimensão da aceitabilidade encontram-se as características dos serviços de saúde que influenciam a satisfação do usuário quanto ao atendimento prestado. A escuta ativa, prontidão em atender suas necessidades, tratamento cordial por parte do profissional de saúde e informações claras sobre o fluxo de atendimento ao usuário são algumas destas características que facilitam uma percepção positiva da oferta de serviço e o seu fortalecimento como serviço de primeiro contato e de procura regular.

Acompanhamento dos hipertensos

Sabe-se que a ESF, em sua prática e organização, deve realizar o acompanhamento dos hipertensos, seja em consultas mensais, semanais ou a cada quinze dias com o profissional de medicina ou de enfermagem. Entretanto, algumas vezes, o acompanhamento do hipertenso na APS se resume à verificação se o usuário está tomando a medicação, conforme o relato de um dos entrevistados.

“Acompanho [hipertensos], faço visita e acompanho toda vez. Agora a gente está com uma ordem muito grande para ver como é que eles estão tomando o remédio eu sempre pergunto para eles e vou ver se estão tomando ou se estão enganando. Verifico a pressão”. (E.9)

Nessas consultas, o foco deve abranger o problema da hipertensão em todas as suas dimensões, que passam pela adesão ao tratamento (farmacológico e não farmacológico), assim como adoção de hábitos de vida saudáveis. Dentre as ações que podem ser desenvolvidas pela ESF, citam-se: a medida da PA, o acompanhamento do Índice de Massa Corporal (IMC), as orientações e prescrição do tratamento

medicamentoso e não medicamentoso, a fim de promover o monitoramento e a avaliação da evolução do tratamento prescrito (DANTAS; RONCALLI, 2019).

Deve-se ter o cuidado de não seguir implicitamente o modelo emergencial-curativo, que generaliza a atenção à saúde do hipertenso ao invés de personalizá-lo a cada usuário e reduz a capacidade de criação de vínculo com o mesmo. A valorização excessiva do componente farmacológico diminui o potencial da dimensão relacional do cuidado. É necessário que o usuário participe das decisões terapêuticas, para que assim melhore sua adesão (SOUZA; GARNELO, 2008).

Há uma discrepância entre conhecer a HAS, seu tratamento e a incorporação de novos hábitos e o controle da PA. Um dos fatores relativos a esta discrepância é a conformidade do paciente a qual envolve fatores emocionais, a cronicidade da doença, a falta de sintomas específicos e complicações a longo prazo, além de conhecimento do profissional sobre as barreiras no cotidiano que aquele usuário enfrenta para seguir as recomendações dadas (PINHO; PIERIN, 2013).

Durante as consultas e contato com o hipertenso é imprescindível a investigação de aspectos psicossociais para identificar as condições que estão influenciando o emocional do usuário, como depressão e ansiedade, e, como consequência, acionam suas estruturas límbicas e alteram as respostas viscerais, dentre as quais encontra-se a PA (DANTAS; RONCALLI, 2019).

Evidências científicas têm demonstrado que os exercícios de respiração, de relaxamento, as psicoterapias comportamentais e práticas de técnicas de meditação, combinadas ou praticadas isoladamente, revelam forte tendência de redução da PA e são recomendadas como terapia não farmacológica para o controle da HAS (BARROSO et al., 2021).

A adoção de comportamentos em saúde pode auxiliar a terapia medicamentosa, repercutindo positivamente na qualidade de vida do hipertenso. Em estudo que quantificou a contribuição destes comportamentos para o controle de níveis pressóricos foi observado que entre as mulheres, a prática regular de atividades físicas foi o comportamento mais prevalente no controle da PA (54,1%) e entre os homens foi o consumo de frutas, legumes e verduras (56,6%). Dos comportamentos em saúde investigados, o que tem impacto mais significativo sobre o controle da PA, em ambos os sexos, é prática regular de exercícios físicos e entre as mulheres, também é o consumo moderado de álcool em até uma dose por dia (FIRMO et al., 2019).

Para que haja sucesso na adesão ao tratamento e recomendações de hábitos saudáveis é importante que a EqSF consiga criar vínculo com o usuário. Esta estratégia é considerada uma tecnologia leve, tão importante quanto ao fator farmacológico no cuidado com a PA, pois se trata de um recurso de relações pessoais, assim como o acolhimento, a capacidade de diálogo e o incentivo ao autocuidado com a condição de saúde (MERHY; MERHY, 2005).

Interação entre os profissionais da equipe e os ACS

Em nosso estudo, a interação entre os profissionais da equipe de saúde com o ACS é observada como fator importante que contribuiu para o aumento da procura dos usuários pela APS, e a recíproca também foi percebida, entre o período antes e depois da contratação de mais ACS no município. Como dito na dimensão de acessibilidade geográfica, eles têm sido componentes-chave no acompanhamento dos hipertensos nos MRR.

“Funciona o controle, aqui na unidade funciona [o HIPERDIA], mas eu acho muito difícil esses pacientes, ainda mais os idosos, de fazerem a procura a unidade, a gente não tem muito acesso deles. Nós orientamos os agentes de saúde para levarem as orientações, e quem tem fácil acesso vem até o posto fazer a consulta mensal, que tem que passar pelo médico, pelo enfermeiro, mas não temos um total grande de pacientes que fazem a procura e para facilitar, eu sempre peço ao agente de saúde para trazer a questão da medicação, que renovamos a receita e eles levam. Mas sempre orientando que passem pela unidade”. (E.6)

“É a interação entre os profissionais de saúde com os agentes de saúde, nas reuniões, as buscas ativas de pacientes. Isso foi um avanço pois quando a gente começou, não tinham muitos ACS, havia uma precariedade dos pacientes buscarem atendimento na unidade e com a equipe envolvida, nós tivemos uma melhoria em relação ao aumento dessa procura”. (E.6)

No contexto rural amazônico, pode-se afirmar que não existe atenção primária sem o ACS. As famílias que não recebem sua visita domiciliar, muitas vezes, sofrem exclusão do seu direito à saúde, pois frequentemente, ele é o único profissional representante do Estado neste território, representando o elo real entre a população ribeirinha/rural e o serviço de saúde (LIMA et al., 2021).

O ACS exerce um papel fundamental no cuidado dos hipertensos com diversas funções: visitá-los para acompanhar se estão fazendo o tratamento como prescrito, orientá-los quanto à alimentação e hábitos saudáveis, medir sua PA e glicemia, marcar suas consultas e exames e lembrá-los de suas consultas na unidade.

Os próprios profissionais da EqSF referem contar com a ajuda dos ACS com a justificativa de que têm o contato mais aproximado com a população, e, por conhecê-la, são chamados de elo entre a UBS e a comunidade, e são incentivados pela equipe para continuarem a exercer esta função (SCHWEICKARDT et al., 2016b).

Tratamentos alternativos de controle da HAS

Em relação ao tratamento da HAS, os entrevistados apontam que além do uso dos tratamentos farmacológicos prescritos, os usuários também procuram tratamentos alternativos, com alta frequência. São citados como exemplo a busca pelo profissional farmacêutico (sem uma consulta prévia com o médico), por curandeiros e o uso de ervas medicinais.

“Por exemplo os hipertensos, eles acabam procurando farmacêuticos. Vão na farmácia e confiam mais lá, não faz um acompanhamento na UBS, ou às vezes um curandeiro. Tem um curandeiro aqui que lota mesmo. As pessoas gostam mais de ir nele do que numa UBS. Tem muito essa cultura na zona rural deles procurarem bastante curandeiro, farmacêutico”. (E.2)

“Tem a população indígena. Eu tenho uma comunidade que fica para o Igapó¹¹, que inclusive o agente de saúde tem

¹¹ Igapó: Rio fora do leito.

descendência indígena, e ele tem vários usuários que são indígenas. Eles buscam esse recurso do pajé, de ervas, entendeu? E assim, tem uns que são mais mente aberta que procuram a unidade de saúde, mas outros ainda tem isso, de procurar o pajé e fazer o tratamento com ervas. É, até a gente como profissional, nós não inviabilizamos essa questão, deixamos procurarem o pajé, se não houver resultado, nós já fazemos a busca ativa deles, com o agente de saúde, e os traz para tentar resolver o caso. Tenta respeitar aí essa cultura deles”. (E.6)

“Sim, questão de ervas, eles usam muito. Tem também as benzedadeiras. Na verdade, eu não conheço, mas eles relatam muito a mim quando vem no posto”. (E.6)

Observou-se que no município estudado, o serviço de saúde conhece estas práticas de cuidado devido ao contato com o paciente nas consultas, mas não é feita nenhuma ação de incentivo ao desenvolvimento de competência cultural nos profissionais, relacionada aos conhecimentos tradicionais no cuidado da HAS. Tanto que não sabem dizer quais plantas ou chás são utilizados, apenas citam recomendar o uso concomitante da medicação sintética com a natural.

Entretanto, quanto a isso, os profissionais que atuam na UBSF se demonstram mais qualificados do que os que atuam nas UBS, pois por terem maior contato com a cultura da comunidade e os hábitos de saúde, incorporam o conhecimento tradicional às orientações dadas à população.

“E eu, por exemplo, eu tenho algumas coisas...plantas, por exemplo, que eu gosto de passar para o paciente: ‘Olha, isso funciona para isso, isso é muito bom para isso, esse aqui você vai ver que vai melhorar junto com esse tratamento medicamentoso’. Isso, na minha consulta eu já falo, eu oriento para o paciente fazer tal coisa ‘Ah essa planta é boa para isso’, que assim, a gente não pode descartar. Por exemplo, eu falo também ‘lembra dos conselhos da vovó!’. É importante a gente

frisar isso, porque não é só o medicamento que às vezes vai resolver o problema. Então, assim, orientando que entra nessa parte, né? É, as parteiras, as rezadeiras, eles não são muito fã não, mas eu oriento a ouvir os idosos, os idosos sim”. (E.5)

A fitoterapia se destaca por seus benefícios hipotensores, entretanto, quando utilizada concomitante ao tratamento farmacológico pode potencializar seu efeito, devendo ser primeiramente avaliada pelo profissional médico. Em estudos realizados no nordeste do Brasil, as ervas utilizadas, algumas delas também cultivadas na Região Norte, com a finalidade de controle da PA são: chuchu, capim-santo, hortelã, erva cidreira, manjeriço, alho, camomila, entre outras; e seu modo de preparo pode ser a infusão, decocção ou maceração (NUNES; BERNARDINO; MARTINS, 2015; RODRIGUES; SOBREIRA, 2020).

7.2 Atitudes e expectativas do usuário

Informações sobre os cuidados em saúde e a adesão ao tratamento

A HAS apesar de ser considerada um grave problema de saúde pública, ainda apresenta baixa taxa de controle no Brasil (18% a 19,6%) (BARROSO et al., 2021). Parte deste problema é causado pelo serviço de saúde e pela gestão em serem mais efetivos nas suas ações de educação em saúde, disponibilizar medicamentos anti-hipertensivos e materiais para diagnóstico/acompanhamento da HAS, promover a saúde e criar vínculo com o hipertenso. A outra parte é referente à aceitabilidade por parte do usuário no autocuidado, na participação ativa na terapia e na adesão de hábitos saudáveis, com o apoio de sua rede de relacionamentos.

A fase de diagnóstico de HAS é uma experiência individual e que no caso dos usuários entrevistados só ocorreu por causa de crises hipertensivas descobertas na unidade hospitalar. No contexto apresentado, os usuários já haviam em seus prontuários o registro de altos índices pressóricos, que não foram investigados anteriormente, o que poderia prevenir o agravamento da condição.

Cabe aqui a reflexão sobre o trabalho da APS na identificação de novos casos, em que muitos ainda passam despercebidos. Talvez esta realidade seja minimizada na sede municipal, devido à melhor cobertura da APS, a facilidade de transporte e a

disponibilidade do serviço concentrada ali, entretanto, nas áreas rurais, o agravamento dos casos é potencializado, pela falta destes mesmos fatores associados à vastidão territorial.

“Coisa ruim” e “crises de dores” foram alguns dos sintomas relatados ao citar a ocasião, tais expressões retratam o desconhecimento sobre a doença e como identificá-la em seu início. A reação ao receber a notícia de diagnóstico de HAS é uma experiência individual, influenciada pela forma com que o profissional de saúde a realiza, pelo estado emocional do paciente no momento que recebe o diagnóstico e sua cultura. A aceitação do diagnóstico é um processo que por vezes passa primeiramente pela fase de negação, como observado nas falas dos hipertensos entrevistados.

“Bom, eu tive uma crise de dores, aí eu fui para o hospital. Quando acalmou, me mandaram para cá para o posto. E aqui me exigiram muitos exames. Fiz um eletro e o doutor, na época, me falou que eu era hipertensa, há uns dois anos, porque estava no meu prontuário que minha pressão estava sempre alta. Eu já recebi essa notícia assim né? E eu não aceitava que era hipertensa, mas quando ele falou que eu já estava com dois anos, porque no meu prontuário toda vez minha pressão estava alta. Ele viu por lá. Fiquei mal né? Porque eu achei que... tipo não tinha jeito para mim, que não tinha cura. E para mim, nunca ia existir isso comigo. Quando eu tive esse problema, eu tinha que fazer um monte de exame, eu tive que vir aqui mais vezes na semana. Passei um mês aqui [na sede municipal], e ele disse que eu era hipertensa. Depois eu recebi toda a orientação deles, me falaram que a gente podia viver normal, se me cuidasse. Aprendi, né? Me acostumei”. (E.10)

“Me deu uma coisa ruim em casa. Quando eu já estava em Maués, quando eu me mudei do interior para cá, eu provoquei, me levaram para o hospital, chamaram a ambulância que me levou. Lá minha pressão estava 16 por 9. Eles mandaram fazer o acompanhamento no posto, eu fiz. E fiquei fazendo todas as quartas-feiras, vindo. Eu sou hipertensa, mas eu não sou

daquelas pessoas que sofre demais, é muito difícil passar mal”.

(E.11)

*“Fui no cardiologista, foi quando ele falou que eu era hipertensa, com tantos problemas... Foi ele [médico da UBS] que me encaminhou e que fez o pedido para fazer exame [eletrocardiograma]. A única coisa que o cardiologista falou é que não tinha problema nenhum, não tinha outros problemas. Só tinha mesmo... que eu era mesmo hipertensa. Foi ele que falou para mim. Ele já me passou o medicamento. Ele viu no meu prontuário que eu já era hipertensa. Bom ele deixou [tempo para fazer perguntas], só que como eu fiquei muito nervosa na hora. Foi na hora que ele disse que eu tinha, falou que eu tinha que tomar o medicamento para pressão, porque eu podia ter um AVC, um infarto. Tipo, **fiquei bem com medo** né? Estava correndo esse risco né? Porque a minha pressão naquele dia estava 18 aí eu fiquei...**tomei um susto**”. (E.10)*

Após o diagnóstico, muitas vezes, há a inconstância no tratamento. Profissionais e gestores consideram haver baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo farmacológico e não-farmacológico entre os usuários idosos e entre aqueles considerados “teimosos”, ocorrendo um déficit de autocuidado relacionado à prática de exercícios físicos, alimentação balanceada e medicalização conforme a prescrição.

“Tem uns pacientes que são hipertensos e diabéticos, geralmente, são os que mais descompensam..., mas, a princípio, a continuidade é boa. A maioria responde bem, agora, tem aqueles pacientes, uma pequena porcentagem ali que constantemente dão entrada no hospital com pico hipertensivo ou com a glicose descompensada. Aí vem para cá para fazer o acompanhamento. Em regra, esses pacientes são aqueles que são mais teimosos, aqueles pacientes que não seguem a dieta, que não tomam remédio na hora certa, que às vezes confia muito em chá caseiro e fitoterápico... Agora, os pacientes mais

teimosos, que é como a gente fala, são aqueles que tem mais dificuldade ali de manter o controle né, tanto da pressão quanto da glicose”. (E.4)

“Fica essa grande dificuldade que eu estou falando. Os pacientes por ser de mais idade, que são difíceis. Olha, eu falo para o ACS: ‘Tal paciente não está vindo... Cadê aquele paciente?’. ‘Não, doutor, eu passei lá, eu falei com ele, ele disse que está tudo bem’. ‘Ah, por que está elevada sua PA, sua pressão hoje? Você não tomou a medicação?’. ‘Ah, eu tomo quando eu quero. Ah, não tomo todo dia não. Ah, só tomo quando dói a minha cabeça’. Então, por mais que você fale, é muito difícil”. (E.3)

“Outra dificuldade de acesso, o que eu percebo na minha área, também é muita falta até de interesse realmente da população, porque tem alguns que tem o acesso de locomoção, de transporte, e não procuram a Unidade Básica de Saúde. Então, assim, o que eu percebo, é que muitas vezes, a falta é realmente de interesse, tem fácil acesso, está na cidade, tem fácil acesso de procurar atendimento e prefere voltar para o interior. E aí quando a gente vai fazer a busca ativa, a ACS vai, muitos relatam que não vem, porque não querem vir e acham que não precisam, que está tudo bem, uma parte é por falta de interesse assim, que eu percebo”. (E.7)

A falta de consciência sobre o estado de saúde pode ser percebida também nos relatos dos usuários. Estes referem que apesar de saber que um dos fatores que contribuem ao surgimento de HAS é a genética, não priorizaram o autocuidado preventivo. O outro fator é que por residir em zona rural, sua prioridade não era passar muito tempo na sede, inclusive de cuidar de sua saúde, buscando os serviços de atenção à saúde.

*“Meu pai é hipertenso e acho que por isso também que foi mais por isso, que virei hipertensa mais cedo né? **Porque eu nunca me preocupei**”. (E.10)*

*“ [Importância de tratar a HAS] **É sim, mas a gente que mora na zona rural se preocupa em voltar logo né? Aí eu nunca cuidei disso logo**”. (E.10)*

Diante do problema de não adesão ao tratamento é importante investigar as causas que levam a este comportamento, se estão relacionadas à própria vontade do hipertenso, ou a questões religiosas, culturais, financeiras, educacionais, apoio familiar ou outras. Daí a necessidade de fornecer guias de condução da consulta do HIPERDIA, abordando os diferentes aspectos que influenciam a HAS, em adição ao desenvolvimento de competências culturais, tendo em vista a forte influência da interculturalidade no município.

Em estudo de etnografia de hipertensos na APS da área rural da capital do Amazonas foi observado a desvalorização das condições de vida dos usuários por parte dos profissionais de saúde e sua repercussão no tratamento da HAS. Como por exemplo, o uso regular dos medicamentos prescritos devido à dificuldade geográfica de retorno às consultas, e o seguimento da prescrição dietética prejudicado pelas condições financeiras da família ou pelo aspecto cultural e afetivo de partilhar uma refeição em família baseada em uma dieta insípida (SOUZA; GARNELO, 2008).

Com este objetivo foi construído um protocolo que permite um acompanhamento mais expressivo e sistemático, identificando as condições individuais e sociais que contribuem, direta ou indiretamente, para manutenção dos níveis pressóricos elevados. Além de criar um espaço de diálogo entre o profissional e o usuário com a possibilidade de registrar as condições identificadas e o planejamento do cuidado (DANTAS; RONCALLI, 2019).

Satisfação dos usuários

Ainda que a adesão ao tratamento apresente déficit, a satisfação dos usuários entrevistados quanto ao serviço oferecido na UBS é elevada com elogios à equipe no

geral, pois se sentem acolhidos e bem cuidados, porém, com algumas ressalvas relacionadas ao acolhimento diferenciado entre a população urbana e a rural.

“Eu dava 10 [nota para o cuidado ao hipertenso na UBS], porque todos eles são umas ótimas pessoas”. (E.11)

“Eu dava nota 9,9 para o atendimento da pressão. Quase 10, porque não tenho o que falar. Me sinto bem no atendimento, às vezes deixa um pouco a desejar na recepção, ser mais acolhedora. Mas, do médico não nunca me senti sem atenção dele né? Tipo assim, que tivesse mais atenção, porque às vezes a gente é zona rural e o outro é da cidade, às vezes a gente nota né a diferença. Eles acham que por ser do interior, acham que a gente não tem coração, nem sentimentos, mas a gente chega a ver essa parte aí”. (E.10)

O acolhimento é uma tecnologia leve do cuidado em saúde que deve ser posta em prática pelas EqSF, que vai além de mera formalidade dos padrões administrativos e de triagem, com expressões recorrentes: “o próximo, nome, número da família, idade, quer a consulta com quem?”. Mas, implica em atender bem, cordialmente, e irá refletir na satisfação do usuário e até mesmo na continuidade da busca pelo serviço de saúde (LIMA et al., 2016)

Aspectos relacionais profissional-usuário

Dos profissionais da EqSF, os hipertensos consideram o médico como mais importante, quando se referem ao cuidado com a HAS, sua percepção ainda se apresenta centrada no cuidado biomédico, no sentido que o tratamento farmacológico sobressai aos cuidados preventivos, ao acompanhamento e adoção de modo de vida saudável nos comportamentos de saúde.

“Eu acho que seja o médico né? Porque médico é médico né? Mas, todos falam só uma coisa, que tem que ter bastante cuidado, porque a gente mesmo que tem que se cuidar”. (E.11)

“Aqui tinha um [médico do Programa Mais Médicos]. É uma ótima pessoa. Era não, é. Porque ele mora meu coração. Era um médico que, ai meu Deus! Quando ele saiu... Ele era só dos hipertensos. Ele está aqui, dizem que ele vai voltar né? A gente está orando para ele voltar, pedindo a Deus que ele volte. Porque é um amor de pessoa, é muito atencioso, ele atende com maior carinho as pessoas, não tem horário para ele atender, pode chamar ele que ele vai na casa atender as pessoas. Tudo ótimo. Eu gostei muito desse também, aqui, que agora está com os hipertensos, ele também é uma ótima pessoa”. (E.11)

Observou-se que a classificação do “profissional mais importante” para os usuários varia de acordo com o seu local de residência, nas áreas rurais do município, o ACS é quem se destaca no cuidado ao hipertenso. Isso remete que a satisfação do usuário está associada ao atendimento imediato que recebem quando buscam o serviço de saúde mais especificamente ao profissional que realiza este atendimento.

“Lá onde eu moro é o ACS. Aqui no posto, é o doutor”. (E.10)

Os hipertensos entrevistados reconhecem o dia específico para o atendimento do Programa HIPERDIA, no caso, as quartas-feiras, como “direito do hipertenso”. Esta visualização baseia-se nos Direitos dos Usuários do SUS, em que se destaca o atendimento adequado, em tempo oportuno com garantia de continuidade do tratamento (BRASIL, 2011). Nesse sentido, o empoderamento dos usuários sobre seus direitos facilita a conscientização quanto à participação ativa da comunidade no fortalecimento das políticas públicas de saúde, voltadas para sua demanda e necessidades de saúde (CARVALHO; GASTALDO, 2008)

*“Aqui mesmo [UBS], eu nunca venho assim passando mal, graças a Deus. Eu só venho mesmo para fazer o **direito dos hipertensos de todas as quartas-feiras estar aqui**”. (E.11)*

Aspectos culturais

Na Amazônia, é comum o uso de tratamento alternativo, em que as pessoas recorrerem a atores sociais como pajés, benzedadeiras ou idosos na família que possuem o conhecimento tradicional do uso de plantas na prevenção e tratamento de doenças, inclusive da HAS.

“Eu tomo remédio caseiro, natural [para tratar a hipertensão]”. (E.11)

Tais práticas e conhecimentos têm um forte aspecto cultural, passado de geração em geração. A cultura influencia o modo de ver o mundo, inclusive o processo saúde-doença, a experiência do paciente, a sua busca pelo serviço de saúde e sua resposta às intervenções propostas. Isto acontece também do lado profissional, dado a diferença cultural entre ambos, durante as consultas pode-se haver a compreensão ou não da condição de saúde pela qual o paciente está passando e da mudança de hábitos necessários para se ter uma boa qualidade de vida. Por este motivo, a diversidade cultural é um dos desafios dos serviços de saúde (KIRMAYER, 2012).

Como visto em falas anteriores, os usuários tendem a utilizar o conhecimento tradicional e suas práticas de cuidado como ferramentas de controle da HAS, às vezes em associação com o tratamento farmacológico, situação que influencia na aceitabilidade e conseqüentemente na sua busca pela APS.

Nesse sentido, para compreender uma cultura é importante que o profissional de saúde investigue a fundo qual a motivação do paciente ao ter alguns hábitos relacionados à saúde, qual a sua compreensão sobre a doença, o conhecimento familiar sobre tratamentos tradicionais, entre outras perguntas que esclareçam os valores e normas em que se baseia (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019).

No cenário rural-remoto, o fator econômico tem forte influência no modo de vida do hipertenso, inclusive nos seus hábitos alimentares. Há uma linha tênue entre os cuidados recomendados ideais e a realidade da população. Os ribeirinhos, ou por não terem acesso à energia elétrica ou condições de comprar uma geladeira, adaptam sua forma de conservar o alimento utilizando o sal, que por sua vez é prejudicial aos níveis pressóricos.

“No interior, tem-se um hábito indígena de comer a comida salmourada. Compra-se o peixe, salga ele, passa 2, 3 dias para comer o peixe. E aí se usa muito a carne de caça, que é a carne do animal, anta, paca, cutia.... Como não tem geladeira, eles vão salgar aquela carne para que ela conserve. E vai comer aquela carne, e hábito de comer o peixe. Peixe pega fresquinho ali... se ele for todo o dia no rio, ele pega todo dia aquele peixe. ‘Não, mas esse peixe aqui é muito gostoso salmourado...’ E come-se esse peixe desse jeito. E esse paciente de 68 anos, digamos, ele é acostumado a comer esse peixe salmourado desde 2, 3 anos de idade, então, é difícil você tirar isso dele. ‘Não, seu José, você tem que fazer uma ‘caminhadinha’, comer menos...’ ‘O meu café eu não deixo’. Esse café que é geralmente bem docinho.... Então, tem tudo isso... ‘A minha garrafa de café em cima da mesa não falta em casa’. Com muito açúcar... e todo dia comendo sal”. (E.3)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a estratégia de prevenção à HAS, DCNT e insuficiência renal crônica com o melhor custo benefício é a redução do consumo de sal (BEAGLEHOLE et al., 2011). O recomendado é que o limite diário de ingesta de sal seja 2g, quantidade que está relacionada à redução da PA (BARROSO et al., 2021).

Por sua vez, a alta concentração de sódio ativa inapropriadamente o sistema angina-angiotensina aldosterona, impedindo a excreção de proteínas e conseqüentemente, desequilibrando a via sistêmica da ECA I quando comparada à via local nos rins da ECA II, causando HAS e lesão ao rim e ao coração, situação que pode estar relacionada à progressão de sua insuficiência (GONSALEZ et al., 2018).

A questão de orientar o hipertenso sobre as prescrições dietéticas é mais efetiva quando o profissional chama a família para o cuidado e identifica quem é o responsável por preparar as refeições e o orienta sobre restrição de sal, gordura e açúcar, sensibilizando-o a colaborar com a redução do risco de complicação da HAS (SOUZA; GARNELO, 2008).

O padrão alimentar recomendado nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão são dietas ricas em frutas e verduras, laticínios com baixo teor de gordura, cereais integrais,

redução de ingestão de carne vermelha, doces e bebidas com açúcar. A incorporação destes hábitos alimentares está diretamente ligada ao controle da PA (BARROSO et al., 2021).

Os maueenses possuem a cultura de ingerir a fruta guaraná, típica da Amazônia, várias vezes ao dia, de manhã cedo, geralmente, sua forma em pó é misturada à água e ingerida com ou sem açúcar, a depender do gosto de quem toma, uma vez que o sabor natural é amargo. Durante o dia e principalmente ao fim da tarde, é possível encontrar barracas onde vende-se o turbinado, que é uma mistura de guaraná em pó, leite, amendoim, xarope de guaraná, gelo e frutas diversas (abacate, banana ou açaí), cujo sabor é agradável e refrescante.

O guaraná é fruto da *Paullinia cupana*, uma planta nativa amazônica, descoberta e cultivada por indígenas Saterê Maué do município de Maués. É um fruto de característica esférica e enegrecido, que quando está maduro, apresenta-se com casca avermelhada-alaranjada com suas sementes em exposição (Figura 11).

FIGURA 11 – GUARANÁ, FRUTA TÍPICA AMAZÔNICA.



Fonte: A autora (2021).

Em sua forma comercial, o guaraná pode ser encontrado no formato: em pó, em bastão, em essências ou xaropes ou torrado. Ele possui diversas propriedades medicinais dentre elas, a estimulação do sistema cardiovascular. Até o momento, os estudos de uma revisão sistemática sugerem o efeito protetor da ingestão de guaraná ao sistema cardiovascular, devido à apresentação de menores prevalências de obesidade, síndrome metabólica e hipertensão, baixos níveis de colesterol total e LDL, menor circunferência do quadril, PAS e PAD baixas em pacientes que ingeriam guaraná habitualmente

quando comparados com indivíduos que relatavam nunca ingerir guaraná. (CAMPOS, 2018).

Entretanto, seus benefícios específicos à saúde cardiovascular ainda são incipientes, sendo necessários novos estudos com diferentes delineamentos e com menores riscos de vieses em prol da melhor qualidade possível, tendo em vista que doenças cardiovasculares são multifatoriais.

Como possui diversos benefícios e faz parte da cultura local, a ingestão do guaraná pode influenciar na aceitabilidade do hipertenso em buscar a APS e/ou na realização de seu tratamento de HAS, por dar uma sensação de ser saudável. A investigação desta associação não foi o foco da pesquisa, são necessários, portanto, mais estudos sobre o tema.

Motivação interna e fatores psicológicos

Ao citar “ter uma mentalidade” e “a maior dificuldade sou eu”, os entrevistados evidenciam o fator de motivação interna que o hipertenso deve ter para o autocuidado preservado, vai além de apenas se conscientizar, ou seja, não apenas receber as orientações sobre as mudanças de hábitos, mas também se manter constante no cuidado.

*“Das dificuldades [para cuidar da pressão] que são minhas mesmas, eu tenho que é da minha pessoa né? **Eu não sei ser assim aquela pessoa tão cuidadosa. Tipo, às vezes eu me estresso: ‘Não, deixa para lá, eu não estou nem aí’.** A **dificuldade maior sou eu, porque se eu não entender...**” (E.10)*

*“O que é mais difícil é se a gente não tiver o controle na boca né? Na alimentação. **Tem que saber... ter uma mentalidade... saber de pensar nas coisas que não devemos comer**”.* (E.11)

O fator psicológico do hipertenso também foi citado como uma dificuldade no cuidado da HAS, que pode ser momentânea ou constante por situações familiares, financeiros, entre outras, que desencadeia picos hipertensivos.

“O problema de pressão alta que se torna prejuízo é só se eu tiver um problema de família, qualquer tipo de problema. Esses tempos me deu, porque eu perdi meu neto, aí eu senti, mas eu tomo remédio e melhora”. (E.11)

As condições psicossociais podem favorecer o desenvolvimento da HAS, pois os distúrbios emocionais como estresse, depressão, ansiedade e baixa autoestima, ao acionar as estruturas límbicas, produzem respostas cardiorrespiratórias, ocasionando alterações viscerais, como o aumento da PA. Por este motivo, a sua investigação a cada consulta é primordial, dado que, estas situações favorecem o descontrole da PA ainda que esteja em uso do tratamento adequado (DANTAS; RONCALLI, 2019).

Neste caso, o profissional de saúde deve ser capaz de identificar os fatores que estão influenciando este comportamento, ser compreensivo e respeitoso, desenvolver sensibilidade cultural, atuar como incentivador contra o desânimo do usuário, e encaminhar para o serviço de psicologia (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2019; KIRMAYER, 2012).

Na dimensão de aceitabilidade foram identificadas barreiras de acesso relacionadas à tendência de tratar a HAS utilizando implicitamente o modelo curativo-emergencial, assim como a falta de competência cultural da EqSF quanto ao tratamento alternativo e práticas de saúde das populações rurais, e a necessidade de melhora da adesão ao tratamento por parte do hipertenso com o apoio de sua rede social, principalmente sua família.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As distâncias geográficas internas ao município têm impactado o acesso e a organização da APS nestas áreas, entretanto, não podem ser vistas como obstáculos para a oferta do serviço de saúde, mas como que nas particularidades de suas características territoriais pode-se fazer saúde em potencial.

O modelo conceitual de acesso a serviços de saúde em países em desenvolvimento utilizado permitiu a análise de três das suas quatro dimensões na realidade amazônica. A acessibilidade financeira não foi utilizada, pois tratava do custo do usuário para pagar pelo atendimento e o sistema de saúde brasileiro tem a universalidade como princípio fundamental, o que inclui a gratuidade do serviço a populações independentemente do local onde residem, sejam áreas urbanas ou rurais. Os custos de deslocamento, despesas com alimentação e moradia foram incorporados à dimensão de acessibilidade geográfica, por estar ligado às questões do território.

No acesso do hipertenso à APS foram identificadas potencialidades e barreiras nas três dimensões: acessibilidade geográfica, disponibilidade e aceitabilidade. Quando comparado ao modelo conceitual utilizado, as categorias de análise foram além das propostas inicialmente, considerando os fenômenos sociais envolvidos no contexto de MRR que os participantes apresentaram em seus discursos.

O acesso do hipertenso à APS e à RAS em áreas rurais remotas apresenta desigualdades quanto ao local em que o usuário reside, pois, os serviços de saúde concentram-se na sede municipal e na capital do estado. Seu reflexo é a falta de oportunidade de cuidado em áreas rurais e ribeirinhas de MRR e acompanhamento itinerante, onde os hipertensos são diagnosticados tardiamente, geralmente em casos de crises hipertensivas pelo serviço de urgência e emergência um a dois dias depois dos primeiros sintomas devido à distância até a sede.

Em acessibilidade geográfica, as estratégias de deslocar o serviço da APS até as comunidades rurais, através da UBSF e disponibilidade de transporte para os ACS realizarem a visita domiciliar têm se demonstrado como facilidades de acesso. Por outro lado, os custos e o tempo de deslocamento dos usuários os desencorajam na busca pelo serviço, que se localiza integralmente na sede municipal. Estes fatores se agravam nos períodos de seca dos rios, aumentando as distâncias percorridas.

A disponibilidade é a dimensão que mais fragmentou o acesso como um todo e ao mesmo tempo é a que mais requer a participação ampla de todos os sujeitos

envolvidos para a formulação de estratégias gerenciais que efetivem o acesso em sua forma organizacional. Pois, suas barreiras identificadas transcorrem o aspecto de recursos humanos como déficit na fixação e alta rotatividade de profissionais no município, a necessidade de educação permanente específica sobre HAS e seus cuidados, a carência de classificação de risco dos hipertensos no acompanhamento e prevenção de agravos pela APS, a organização da consulta programada e falta de oportunidade de cuidado nas áreas rurais dos MRR, principalmente de UBS com profissionais e equipamentos disponíveis. Nesse contexto, dentre as potencialidades da APS, se destacou o papel do ACS como profissional que facilita o agendamento de consultas e realiza educação em saúde nas comunidades ribeirinhas; a forma de comunicação diferenciada nestas localidades através da rádio da comunidade para anunciar aos usuários sobre suas consultas especializadas e exames; e o apoio dos outros pontos da RAS na prevenção e promoção à saúde do hipertenso, como por exemplo, o NASF, Centro de Convivência do Idoso e academias a céu aberto no município.

Em aceitabilidade, a melhora da resolutividade do atendimento da APS, a fez ser vista pelos usuários como serviço de primeiro contato, o quais também se encontram satisfeitos com ela e ressaltam a importância do ACS e do profissional médico em seu acompanhamento. As barreiras de acesso identificadas estão relacionadas à tendência de tratar a HAS utilizando implicitamente o modelo curativo-emergencial, assim como a falta de competência cultural da EqSF quanto ao tratamento alternativo e práticas de saúde das populações rurais, e a necessidade de melhora da adesão ao tratamento por parte do hipertenso com o apoio de sua rede social, principalmente sua família.

Para futuros estudos na Amazônia, sugere-se o levantamento da prevalência de HAS segundo a classificação rural-urbana do IBGE, a análise processual de implantação do Programa HIPERDIA, a implementação de estratificação de risco cardiovascular na assistência de hipertensos pela APS a médio e longo prazo, e a caracterização do conhecimento e práticas culturais no tratamento alternativo para hipertensão. No âmbito gerencial, as contribuições deste estudo apontam para uma nova regionalização de saúde baseada na perspectiva do território, seguindo a lógica dos rios e desconcentrando a Atenção Especializada da capital em municípios-chave, com melhorias no suporte de infraestrutura, equipamentos, insumos e profissionais qualificados com condições de trabalho adequados.

Por se tratar de um estudo de caso único e coleta de dados realizada em apenas um período de tempo, são necessários outros estudos e em diferentes contextos territoriais da Amazônia que analisem o acesso do hipertenso à APS, de forma que os fenômenos sociais que o integram possam ser visibilizados para construção de melhores políticas públicas de saúde a este público em específico, as quais também devem ser repensadas visando este espaço peculiar, que é fluído e não fixo como os demais territórios brasileiros, com o objetivo de ampliar o acesso à APS e a qualidade do cuidado prestado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, T. L.; WERNECK, A. B.; MATOS, N. Potencialidades e desafios da atenção primária à saúde na Amazônia: a trajetória de implantação de Unidades Básicas de Saúde Fluvial em dois municípios do Estado Amazonas. In: SCHWEICKARDT, J. C.; EL KADRI, M. R.; LIMA, R. T. DE S. (Eds.). . **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. p. 311.

ALMEIDA, E. R. DE et al. Atenção Básica à Saúde: avanços e desafios no contexto amazônico. In: SCHWEICKARDT, J. C.; EL KADRI, M. R.; LIMA, R. T. DE S. (Eds.). . **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. p. 311.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 21 jun. 2018.

ASSIS, L. C.; SIMÕES, M. O. DA S.; CAVALCANTI, A. L. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil. v. 14, n. 2, p. 65–70, 2012.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2865–2875, 2012.

AZEVEDO, E. S. DE et al. Saúde ribeirinha em Tefé: aprendizados da atenção básica em um território em movimento. In: MOREIRA, M. A. et al. (Eds.). **Educação permanente em saúde em Tefé / AM: qualificação do trabalho no balanço do banheiro**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. p. 318.

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516–658, 25 mar. 2021.

BATISTA SANTOS, A. L. et al. Representações sociais da atividade física na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, v. 29, n. sup., p. 16–24, 30 dez. 2016.

BEAGLEHOLE, R. et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. **The Lancet**, v. 377, n. 9775, p. 1438–1447, 2011.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, abr. 2017.

BRASIL. Decreto-lei nº 311, de 2 de março de 1938. Dispõe sobre a divisão territorial do país, e dá outras providências. Brasília, DF. 1938, p. 4249.

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

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. PORTARIA Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília - DF. 2014, Sec. 1, p. 50.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2017, p. 68.

BRASIL. LEI Nº 13.595, DE 5 DE JANEIRO DE 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. 2018, Sec. 1, p. 3.

BUCHMEIER, J. S. M. **Influência do Programa Bolsa Família e renda no controle da pressão arterial de hipertensos atendidos na atenção primária à saúde**. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) —João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2014.

CAMPOS, A. F. **Efeitos do guaraná (*Paullinia cupana*) na saúde cardiovascular: uma revisão sistemática**. Mestrado em Nutrição em Saúde Pública—São Paulo: Universidade de São Paulo, 2018.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. suppl 2, p. 2029–2040, 2008.

CHAVES, L. D. P. et al. Avaliação de resultados da atenção aos agravos cardiovasculares como traçador do princípio de integralidade. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 568–577, jun. 2015.

COUTO, M. H. S. H. F. DO; RAVENA, N.; DOS SANTOS, M. C. D. J. AS CONSTRUÇÕES SOCIAIS E FÍSICAS DO RIBEIRINHO NA AMAZÔNIA. **Movendo Ideias**, v. 24, n. 2, p. 06, 2019.

DANTAS, R. C. DE O. et al. Factors associated with hospital admissions due to hypertension. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 3, 21 set. 2018.

DANTAS, R. C. DE O.; RONCALLI, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 295–306, 2019.

DOLZANE, R. DA S.; SCHWEICKARDT, J. C. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. e00288120, 2020.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**. México: Fondo de Cultura Económica, 1973.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Raega - O Espaço Geográfico em Análise**, v. 17, 2009.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S.; PENZIN, V. M. **Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais e Remotos no Brasil: relatório final**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2020. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47633>>.

FERLA, A. A. et al. OS (DES)ENCONTROS DA PESQUISA NO TEMPO-ESPAÇO AMAZÔNICO: UM ENSAIO SOBRE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO COMO ABERTURA À APRENDIZAGEM. v. 3, n. 2, p. 241–261, 2016.

FIGUEREDO, F. S.; BRANDÃO, A. A. Combinação de Fármacos no Tratamento da Hipertensão Arterial: Vantagens e Desvantagens. v. 26, n. 5, p. 325–328, 2013.

FIRMO, J. O. A. et al. Comportamentos em saúde e o controle da hipertensão arterial: resultados do ELSI-BRASIL. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p. e00091018, 2019.

FREITAS, W. R. S.; JABBOUR, C. J. C. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. v. 18, n. 2, 2011.

GARNELO, L. et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 81–99, set. 2018.

GARNELO, L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 12, p. e00220519, 2019.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. DE O. DA. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1225–1234, abr. 2017.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Ed.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 1995. p. 177–198.

GONDIM, G. M. DE M.; MONKEN, M. O uso do território na Atenção Primária à Saúde. In: MENDONÇA, M. H. M. DE et al. (Eds.). **Atenção à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018. p. 610.

GONSALEZ, S. R. et al. Inappropriate activity of local renin-angiotensin-aldosterone system during high salt intake: impact on the cardio-renal axis. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 40, n. 2, p. 170–178, 2018.

GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. DE O.; PESSOA, B. H. S. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1 suppl 1, p. 82–90, 2019.

GUIMARÃES, A. F. et al. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 11, n. 0, 2020.

HEUFEMANN, N. E. C. et al. A produção do cuidado no ‘longe muito longe’: a Rede Cegonha no contexto ribeirinho da Amazônia. In: FEUERWERKER, M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Eds.). . **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 440.

HOUGHTON, N.; BASCOLO, E.; DEL RIEGO, A. Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 15 ago. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (ED.). **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades @**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/panorama>>.

INPE. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais. **Estação chuvosa**. Disponível em: <<http://clima1.cptec.inpe.br/estacaochuvosa/pt>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

JACOBS, B. et al. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. **Health Policy and Planning**, v. 27, n. 4, p. 288–300, 1 Jul. 2012.

KADRI, M. R. et al. The Igarçu fluvial mobile clinic: Lessons learned while implementing an innovative primary care approach in Rural Amazonia, Brazil. v. 1, n. 9, p. 41–45, 2017.

KADRI, M. R. E. et al. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

KADRI, M. R.; SCHWEICKARDT, J. C. O território que corta os rios: a Atenção Básica no município de Barreirinha, estado do Amazonas. In: CECCIM, R. B. et al. (Eds.). **Intensidade na atenção básica: prospecção de experiências ‘informes’ e pesquisa-formação (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde) - Volume 2**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2016. p. 351.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. DE. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2785–2796, 2016.

KIRMAYER, L. J. Rethinking cultural competence. **Transcultural Psychiatry**, v. 49, n. 2, p. 149–164, 2012.

KUSCHNIR, R. Organizando as Redes de Atenção à Saúde: perfis assistenciais, articulação entre níveis e organização das linhas de cuidado. In: KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M. C. R. (Eds.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

LEVESQUE, J.-F.; HARRIS, M. F.; RUSSELL, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **International Journal for Equity in Health**, v. 12, n. 1, p. 18, 11 mar. 2013.

LIMA, J. G. et al. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 8, p. e00247820, 2021.

LIMA, R. T. DE S. et al. Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: CECCIM, R. B. et al. (Eds.). **Intensidade na atenção básica: prospecção de experiências 'informes' e pesquisa-formação (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde) - Volume 2**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2016. p. 351.

LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 635–656, 2015.

LORENZ, S. DA S. **Sateré Mawé - Povos Indígenas no Brasil**, maio 2015. Acesso em: 3 maio. 2021

MACINKO, J.; LEVENTHAL, D. G. P.; LIMA-COSTA, M. F. Primary Care and the Hypertension Care Continuum in Brazil: **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 41, n. 1, p. 34–46, 2018.

MALACHIAS, M. et al. Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, 2016.

MALTA, D. C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190030, 2019.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade e as Estimativas do Estudo Carga Global de Doenças no Brasil, 2000-2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 6 jul. 2020.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, p. 593–606, 17 set. 2010.

MARINHO, T. P.; SCHOR, T. Nos interflúvios do rural e do urbano na Amazônia: o caso de Codajás-Amazonas, Brasil. **Revista ACTA Geográfica**, p. 69–81, 2012.

MARIOSIA, D. F.; FERRAZ, R. R. N.; SANTOS-SILVA, E. N. DOS. Influência das condições socioambientais na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1425–1436, 2018.

MARTINS, W. DE A. et al. Tendência das Taxas de Mortalidade por Doença Cardiovascular e Câncer entre 2000 e 2015 nas Capitais mais Populosas das Cinco Regiões do Brasil: Mortalidade por doença cardiovascular e câncer. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2019.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. DE M. (Eds.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61–80.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENGUE, S. S. et al. Access to and use of high blood pressure medications in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. suppl 2, 2016.

MERHY, E. E.; MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo (SP): Hucitec, 2005.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 10 abr. 2020.

NUNES, M. G. S.; BERNARDINO, A.; MARTINS, R. D. Use of medicinal plants by people with hypertension. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 6, p. 775, 2015.

OLIVEIRA, B. N. DE; WACHS, F. Educação física, atenção primária à saúde e organização do trabalho com apoio matricial. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 41, n. 2, p. 183–189, abr. 2019.

OLIVEIRA, H. M. DE; GONÇALVES, M. J. F.; PIRES, R. O. M. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 35–45, jan. 2011.

OLIVEIRA, R. A. D. DE et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. e00120718, 2019.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. special, p. 158–164, 2013.

PASE, H. L.; MELO, C. C. Políticas públicas de transferência de renda na América Latina. **Revista de Administração Pública**, v. 51, p. 312–329, 2017.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 302–314, 2018.

- PETERS, D. H. et al. Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1136, n. 1, p. 161–171, 25 Jul. 2008.
- PINHO, N. DE A.; PIERIN, A. M. G. Hypertension Control in Brazilian Publications. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2013.
- REGO, W. L. Aspectos teóricos das políticas de cidadania: uma aproximação ao Bolsa Família. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, p. 147–185, 2008.
- REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3321–3331, 2013.
- RODRIGUES, L. DA S.; SOBREIRA, I. E. M. M. Uso de plantas medicinais por adultos diabéticos e/ou hipertensos de uma unidade básica de saúde do município de Caucaia-CE, Brasil. **Revista Fitos**, v. 14, n. 3, p. 341–354, 2020.
- ROSA, N. et al. Entre a chave e o cadeado: dobras sobre acesso e barreira na atenção à saúde da pessoa com câncer. In: FEUERWERKER, M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Eds.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 440.
- ROTH, G. A. et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1736–1788, nov. 2018.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260–268, mar. 2012.
- SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. n. 2, p. 15–26, 1999.
- SANTOS, M. **Por uma geografia nova**. 6. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2001.
- SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina, 2020.
- SCHWEICKARDT, J. C. et al. Território na Atenção Básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: CECCIM, R. B. et al. (Eds.). **In-formes da atenção básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede (Prospecção de Modelos Tecnossistêmicos na Atenção Básica em Saúde) - Volume 1**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2016a. p. 306.

SCHWEICKARDT, J. C. et al. O “PROGRAMA MAIS MÉDICOS” E O TRABALHO VIVO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA, BRASIL. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 3, p. 328–341, 2016b.

SHIMIZU, H. E. et al. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03316, 2018.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia - Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 4, p. 451–459, 2014.

SOARES, R. A. S. et al. Determinantes Socioambientais e Saúde: o Brasil Rural versus o Brasil Urbano. v. 9, n. 2, p. 221–235, jun. 2015.

SOUSA, A. B. L. et al. Regional health network in the Amazonian context: the case in Manaus, Entorno and Alto Rio Negro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. suppl 1, p. S239–S248, 2017.

SOUSA, A. B. L.; MONTEIRO, P.; BOUSQUAT, A. Atenção Primária à Saúde em áreas rurais amazônicas: análise a partir do planejamento do distrito de saúde rural de Manaus. In: SCHWEICKARDT, J. C.; EL KADRI, M. R.; LIMA, R. T. DE S. (Eds.). . **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. p. 311.

SOUZA, M. L. P. DE; GARNELO, L. “É muito dificultoso! ”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. suppl 1, p. s91–s99, 2008.

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

TANAKA, O. Y. et al. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 963–972, mar. 2019.

TEIXEIRA, P.; BRASIL, M.; SILVA, E. M. DA. Demografia de um povo indígena da Amazônia brasileira: os sateré-mawé. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 28, p. 429–448, 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. suppl 2, p. S190–S198, 2004.

VIANA, A. L. D’ÁVILA; IOZZI, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 2, p. e00022519, 2019.

YIN, R. K.; GRASSI, D., trad. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.