

Particularidades do contexto rural no acesso dos hipertensos à Atenção Primária à Saúde no estado do Pará

Specificities of the rural context in the access of hypertensive patients to Primary Health Care in the state of Pará

Cristiano Gonçalves Morais

Doutorando em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Docente colaborador da Universidade Federal do Oeste do Pará; Instituto de Saúde Coletiva, Santarém, PA, Brasil;
E-mail: cristiano.goncalves.morais@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4418-8282

Laís Gabrielle Cardoso de Oliveira

Graduanda de Farmácia; Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Saúde Coletiva, Santarém, PA, Brasil;
E-mail: laisoliveira40@gmail.com; ORCID: 0000-0001-7386-8108

Edinara Wai Wai

Graduanda de Farmácia; Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Saúde Coletiva, Santarém, PA, Brasil;
E-mail: edinarawaiwai19@gmail.com; ORCID: 0009-0008-8256-1624

Sabrina de Oliveira Gama

Graduanda de Enfermagem; Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas de Saúde, Santarém, PA, Brasil;
E-mail: sabrina.degama@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9014-8425

Larissa Ádna Neves Silva

Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Epidemiologia; Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil;
E-mail: laralissa_@hotmail.com; ORCID: 0000-0003-4287-5844

Juliana Gagno Lima

Doutora em Saúde Pública; Docente da Universidade Federal do Oeste do Pará; Instituto de Saúde Coletiva, Santarém – PA, Brasil;
E-mail: juliana.gl@ufopa.edu.br; ORCID: 0000-0002-5576-0002

Contribuição dos autores: CGM analisou e interpretou os dados do estudo, revisou criticamente o manuscrito e redigiu e revisou a versão final do manuscrito. LGCO analisou e interpretou os dados, redigiu a primeira versão do manuscrito, redigiu e revisou a versão final do manuscrito. EWW analisou e interpretou os dados, redigiu a primeira versão do manuscrito, redigiu e revisou a versão final do manuscrito. SOG delineou o estudo, analisou e interpretou os dados, redigiu a primeira versão do manuscrito, redigiu e revisou a versão final do manuscrito. LÁNS coletou dados do estudo, analisou e interpretou os dados, redigiu a primeira versão do manuscrito, redigiu e revisou a versão final do manuscrito. JGL coletou dados do estudo, analisou e interpretou os dados, redigiu a primeira versão do manuscrito, redigiu e revisou a versão final do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Resumo: O artigo tem por objetivo analisar o acesso dos hipertensos à atenção primária à saúde no estado do Pará, com ênfase nas especificidades das áreas rurais remotas. **Métodos:** Trata-se de um estudo de métodos mistos, quantitativo e qualitativo, onde foram utilizados os bancos de dados da Pesquisa Nacional de Saúde e da Pesquisa de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos. O banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde foi utilizado para caracterização do acesso e do cuidado dos hipertensos no estado do Pará, dando ênfase nas diferenças de áreas urbanas e rurais, por meio das variáveis do módulo de doenças crônicas. Para analisar as especificidades do contexto rural remoto, utilizou-se entrevistas com hipertensos residentes em áreas rurais do estado do Pará, que participaram da pesquisa Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos, de abordagem qualitativa, realizada em 2019. **Resultados:** Entre os participantes, 53,1% realizaram a aferição da pressão arterial nos últimos 6 meses, com significativa diferença entre as áreas urbana e rural, e com menor prevalência nas áreas rurais (14,4%). Os usuários de área rural indicaram dificuldades de acesso aos serviços de saúde pelas longas distâncias e transporte, observando-se ainda, problemas no acesso a medicamentos no serviço público. **Conclusões:** Evidenciou-se a presença de barreiras geográficas, organizacionais e estruturais que afetam o acesso dos hipertensos aos serviços de saúde, proeminentemente na área rural, desde o diagnóstico até o tratamento medicamentoso, o que dificulta o cuidado em saúde adequado e contínuo dos hipertensos.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Rural; Hipertensão.

Abstract: The article aims to analyze the access of hypertensive patients to primary health care in the state of Pará, with an emphasis on the specificities of remote rural areas. **Methods:** This is a mixed methods, quantitative and qualitative study, where the databases of the National Health Survey and the Primary Health Care Survey in remote rural municipalities were used. The National Health Survey database was used to characterize access and care for hypertensive patients in the state of Pará, emphasizing the differences between urban and rural areas, through variables from the chronic diseases module. To analyze the specificities of the remote rural context, interviews were used with hypertensive patients living in rural areas of the state of Pará,

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 10/07/2023

Aprovado em: 12/02/2024

Editor responsável: Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

who participated in the Primary Health Care in Remote Rural Municipalities research, with a qualitative approach, carried out in 2019. **Results:** Among the participants, 53.1% had their blood pressure measured in the last 6 months, with a significant difference between urban and rural areas, and with a lower prevalence in rural areas (14.4%). Users in rural areas indicated difficulties in accessing health services due to long distances and transportation, and problems in accessing medicines in the public service were also observed. **Conclusions:** The presence of geographic, organizational and structural barriers that affect the access of hypertensive patients to health services was evident, prominently in rural areas, from diagnosis to drug treatment, which makes adequate and continuous health care for hypertensive patients difficult.

Keywords: Health Services Accessibility; Rural Health Services; Hypertension.

INTRODUÇÃO

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica que conta com diferentes fatores de risco, sendo caracterizada pela “elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg”^{1:1}. É uma doença que pode ser tratada por meio da terapia medicamentosa e não medicamentosa, no entanto apresenta dificuldades na adesão ao tratamento, o que dificulta o seu êxito e possibilita complicações².

Em uma análise do cenário mundial, entre 1990 e 2019, o número de pessoas com hipertensão dobrou no grupo de pessoas entre 30 e 79 anos. O número de pessoas hipertensas passou de 331 milhões entre as mulheres e 317 milhões entre os homens, para, em 2019, respectivamente 626 milhões e 652 milhões de hipertensos³. No Brasil, no mesmo ano, segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 23,9% dos participantes com faixa etária de 18 anos ou mais referiram diagnóstico de hipertensão arterial, o que representa 38,1 milhões de pessoas, indicador 2,5% maior quando comparado com os resultados da pesquisa realizada em 2013. Os resultados evidenciam ainda que a região Norte possui o menor indicador de diagnóstico médico de hipertensão arterial, com 16,8%⁴.

O cuidado dos usuários com hipertensão na Atenção Primária à Saúde (APS) tem por intuito não agravar a situação de saúde, mantendo o controle da HAS e contribuindo para a melhora da qualidade de vida do hipertenso. Parte do tratamento envolve o uso de medicamentos e, com fins de oportunizar o acesso ao tratamento, estes estão disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo parte dos medicamentos listados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)⁵.

Na análise do cenário nacional, em relação ao uso e acesso de medicamentos para a hipertensão pela população brasileira, nos anos de 2013 e 2014, foi possível verificar que as regiões Norte e Nordeste demonstraram ter a menor frequência de uso de medicamentos para tratamento da hipertensão, quando comparados com as regiões Sul e Sudeste⁶, o que pode estar diretamente ligado à falta de acesso aos medicamentos. Há vários fatores que caracterizam o não acesso aos medicamentos pela população: ausência ou insuficiência do medicamento no serviço público de saúde e a condição socioeconômica dos indivíduos, que não conseguem custear o tratamento quando não disponível na rede pública de saúde⁷. A falta de acesso aos serviços de saúde contribui para a piora da qualidade de vida, o agravamento da condição clínica do usuário e consequentemente onera os gastos públicos, o que poderia ser evitado por uma maior resolutividade na APS.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde e, consequentemente aos medicamentos é um dos pontos que influencia de forma ainda mais intensa o cuidado em saúde na Amazônia, pois a região possui uma extensão territorial marcada por localidades isoladas dos grandes centros urbanos, onde o acesso aos serviços básicos por vezes se dá apenas por via fluvial. A continuidade do cuidado medicamentoso e não medicamentoso é um desafio adicional para a região. Em determinadas regiões, o deslocamento amazônico também pode ocorrer pelas chamadas vicinais, onde as condições sazonais também influenciam no acesso dos usuários aos serviços de saúde, conjuntura que exemplifica as barreiras de acesso aos serviços de saúde⁸. Outro aspecto importante da região é a presença das populações tradicionais em áreas rurais remotas de difícil acesso, marcado por disparidades socioeconômicas, que representam desafios para o desenvolvimento de políticas públicas, principalmente na área da saúde⁹.

Diante disso, há a necessidade de entender o cenário da APS no estado do Pará, com especificidades que mudam de um município para outro e que interferem diretamente na forma como os serviços são ofertados e no acesso ao cuidado em saúde da HAS, o que prejudica a prevenção de agravos causados pela doença¹⁰.

A fragilidade no acompanhamento prestado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) é outro fator que pode contribuir para a não efetividade e conseqüentemente agravo da condição clínica dos usuários hipertensos¹⁰. Foi por considerar a importância que a falta de acesso e acompanhamento têm na condição multifatorial que é a HAS, que este estudo objetivou analisar o acesso dos hipertensos à atenção primária à saúde no estado do Pará, com ênfase nas especificidades das áreas rurais remotas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de métodos mistos, quantitativo e qualitativo, sobre aspectos da atenção à saúde de pessoas hipertensas no estado do Pará. O estado do Pará é constituído por 144 municípios, e de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, conta com uma população estimada de 8.116.132 habitantes¹¹. Diferencia-se pelas especificidades geográficas de seu território, marcado especialmente por áreas ribeirinhas, com dificuldades no acesso e deslocamento, caracterizando obstáculos adicionais na assistência à saúde¹².

Para descrever a população paraense, quanto à condição crônica da HAS, foram utilizados os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada entre agosto de 2019 e março de 2020 pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde. A base de dados foi obtida no site do IBGE (<http://www.ibge.gov.br/home>). Os dados coletados para a PNS abrangem todo o território nacional, envolvendo os residentes em domicílios particulares permanentes de áreas urbanas ou rurais. A estratégia de amostragem da PNS foi desenvolvida a partir dos seguintes estágios: a) os setores censitários as unidades primárias de amostragem, b) domicílios e c) os indivíduos¹³.

O instrumento de coleta da PNS é composto por três questionários: um com questões direcionadas ao domicílio, outro sobre todos os moradores da casa e o último é direcionado para o morador selecionado com 15 anos ou mais, para participar da pesquisa. Para este estudo, foram utilizados dados do último questionário, especificamente do módulo Q que trata sobre doenças crônicas. As variáveis utilizadas na análise foram divididas em três blocos:

- a) Caracterização do acesso aos serviços de saúde pelos hipertensos, com variáveis como: período da última aferição da pressão arterial; se algum médico já deu o diagnóstico de pressão arterial; idade que tinha no primeiro diagnóstico; frequência de acompanhamento com médico/serviço de saúde; e motivo de não visitar o médico regularmente para o acompanhamento;
- b) Caracterização do acompanhamento dos hipertensos, com variáveis como: período da última vez que recebeu atendimento médico; local de atendimento na última vez que recebeu o atendimento; se pagou algum valor pelo atendimento; e se o atendimento foi pelo SUS;
- c) Acesso aos medicamentos pelos hipertensos, com variáveis como: se algum médico receitou algum medicamento para HAS; se nas duas últimas semanas tomou os medicamentos para controlar a HAS; motivo de não ter tomados os medicamentos receitados; se algum dos medicamentos foi obtido no “Aqui tem farmácia popular”; se algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde; e se a pessoa pagou algum valor pelos medicamentos.

As análises descritivas foram realizadas no software *Stata 18.0*, por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas de todas as variáveis. Além disso, as frequências foram estratificadas pelo tipo de área (urbana e rural), com diferenças avaliadas por meio do Teste Qui-quadrado de heterogeneidade.

Para explorar as diferenças no acesso aos serviços de saúde entre as áreas urbanas e rurais, foram utilizados os dados do estudo de casos múltiplos, exploratório, de abordagem qualitativa, provenientes da pesquisa nacional

de “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil” (APS MRR), realizada em 2019. Essa pesquisa contou com a colaboração de diferentes instituições de ensino e pesquisa atuantes nos diferentes estados que compuseram a amostra do estudo. Consta com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, identificado pela CAAE 92280918.3.0000.5240 e pelo parecer de aprovação nº 2.832.559.

A proposta da pesquisa foi direcionada aos Municípios Rurais Remotos (MRR). Os municípios brasileiros foram classificados pelo IBGE como MRR em 2017, considerando critérios como distância de centros urbanos e a densidade demográfica. Em geral, os MRR estão localizados distantes dos centros urbanos e apresentam baixa densidade demográfica; dos 323 municípios classificados como rurais e remotos no Brasil, 27 fizeram parte desta pesquisa, sendo classificados em seis *clusters*¹⁴.

Esta pesquisa buscou compreender as singularidades e especificidades do uso dos serviços de APS, por meio de roteiros semiestruturados em entrevistas com gestores, profissionais e usuários. Para os fins do presente estudo, foram selecionados os municípios do estado do Pará: Aveiro, Prainha, Curuá, Jacareacanga e Rurópolis.

Um dos eventos marcadores acompanhados na pesquisa, com objetivo de dimensionar o percurso assistencial, foi a hipertensão. Nove indivíduos foram entrevistados para esse marcador no estado do Pará, sendo dois de Aveiro, um de Curuá, dois de Jacareacanga, dois de Prainha e dois de Rurópolis. Sete indivíduos foram entrevistados em Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior e dois na sede do município. Do total, cinco eram do sexo feminino, seis tinham idade entre 51 a 70 anos, sete autorreferiram a cor parda, cinco recebiam até um salário mínimo, três estudaram o nível fundamental completo e dois o médio completo, e cinco residiam há mais de 30 anos no município da pesquisa.

O roteiro para entrevista com estes usuários foi estruturado em dez blocos: 1- Diagnóstico da HAS; 2- Última consulta de HAS – Acesso; 3- Última consulta de HAS-Qualidade; 4- O cuidado da HAS: Acesso a exames e medicamentos; 5- O cuidado da HAS e promoção da saúde; 6- O percurso

do(a) usuário(a) até a rede secundária – Consulta especializada; 7- O percurso do(a) usuário(a) até a rede especializada – Exames especializados; 8- O percurso do (a) usuário (a) até a rede secundária – Apoio e avaliação; 9- Programa mais médicos; 10- Avaliação geral e considerações finais do entrevistado. Para este estudo, foram utilizados dados referentes aos blocos: diagnóstico de HAS; acompanhamento na última consulta de HAS; acesso a exames e medicamentos.

Seguindo o proposto por Minayo¹⁵, após a leitura flutuante das entrevistas, foram observados temas/categorias mais frequentes nas falas, sendo agrupadas de acordo com o sentido. As categorias que emergiram da análise foram: diagnóstico de HAS, acompanhamento dos hipertensos na APS, meios de deslocamento e os desafios no cuidado da HAS. As falas mais significativas foram organizadas e identificadas com: número do *cluster* do município, sigla do estado, ordem do município na pesquisa, grupo do entrevistado e diferenciação entre as pessoas com hipertensão residentes na sede do município e que residiam no interior, respectivamente identificados pelas siglas HAS 1 e HAS 2 (Quadro 1). Para apresentação dos resultados e discussão, optou-se pela divisão em dois eixos abrangendo as categorias de análise dos resultados dos respectivos bancos de dados quantitativo e qualitativo: atenção à saúde dos usuários hipertensos no estado do Pará e especificidades no acesso dos hipertensos a atenção primária à saúde em municípios rurais remotos do estado do Pará.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atenção à saúde dos usuários hipertensos no estado do Pará

Na caracterização do acesso aos serviços de saúde de usuários hipertensos no estado do Pará, os resultados do presente estudo demonstraram diferenças na atenção à saúde entre as áreas urbanas e rurais. Observou-se que a frequência da última aferição da pressão arterial foi maior na zona urbana para períodos de menos de 6 meses (56,4%), enquanto na zona rural houve destaque para as pessoas que referiram nunca terem aferido a pressão arterial (14,4%) ($p < 0,001$). Em relação ao diagnóstico da HAS, apenas 17% dos participantes informaram ter recebido o diagnóstico de hipertensão pelo profissional médico, com maior prevalência observada entre os indivíduos que residiam na área urbana em comparação a área rural. Sobre os obstáculos no acesso aos serviços regularmente, houveram

Quadro 1. Falas representativas das dimensões analisadas sobre o acesso dos usuários hipertensos dos municípios rurais remotos do Oeste do Pará, Pesquisa APS MRR, 2019

CATEGORIA	RELATO DOS ENTREVISTADOS
Diagnóstico de HAS	<p><i>“P: Como é que o senhor recebeu a notícia que o senhor estava (com hipertensão arterial)? R: em Itaituba. R: Aí atacou derrame, aí fui ver e minha pressão estava alta, eu não sabia nem o que era verificar pressão. P: Como é que o senhor se sentiu na época? R: Me senti muito vômito, tontura e eu pensava que era ataque de verme, aí que me embolou a língua, entortou a boca, aleijei a perna e o braço, tudo ficou tudo aleijado... eu comia quando mulher botava na minha boca, esses lábios meus tudo morto. Eu contando vitória pela misericórdia de Deus, eu estive quase morto.” (5PA9HAS2)</i></p> <p><i>“P: Quanto tempo que a senhora sabe que tem pressão alta? R: Está com mais de cinco anos. P: Você lembra quem foi a primeira pessoa que falou para você sobre isso? R: Fui eu mesma, porque a minha família toda é hipertensa, eu já perdi meu pai e duas irmãs, e estão com quatro meses que perdi outra irmã, todos com problema de pressão. P: E de unidade de saúde que a senhora foi, qual foi a primeira pessoa que começou a lhe cuidar? R: Foi em Santarém. Eu estava lá em Santarém, aí eu fui ao Hospital Municipal e o doutor me encaminhou para o cardiologista.” (4PA12HAS1)</i></p> <p><i>“P: Há quanto tempo a senhora sabe que tem pressão alta? R: Há 12 anos. P: Como é que foi esse processo para você descobrir que tinha pressão alta? R: É... eu entrei em um tratamento, aí eu descobri que eu estava com mioma. Mioma, aí o doutor diagnosticou que tinha que fazer uma cirurgia de emergência, aí eu fiz a histerectomia, aí a partir desse momento, eu passei a ser hipertensa.” (4PA15HAS2)</i></p>
Acompanhamento dos hipertensos na APS	<p><i>“P: O senhor precisa marcar ou agendar alguma consulta aqui ou todo mês o senhor vem? R: Quase todo mês eu venho aqui. P: Não precisa marcar? R: Não.” (4PA13HAS2)</i></p> <p><i>“P: O senhor precisou alguma vez agendar uma consulta? R: É, sempre a gente agenda né. P: Como que o senhor faz para agendar? R: Por exemplo, a gente vem hoje, fala daqui para terça-feira, hoje marca para segunda-feira né... P: E tem um dia certo... R: Tem. P: Para marcar? R: Não. P: Pode ser qualquer dia? R: Qualquer dia. Ele marca o dia do atendimento.” (5PA9HAS2)</i></p> <p><i>“P: Somente o médico lhe atendeu ou teve algum outro profissional que participou do atendimento? R: Enfermeiro. P: Ela lhe prescreve algum medicamento ou só repete a receita do médico? R: Não, eu só sou orientada a tomar corretamente o medicamento.” (4PA12HAS2)</i></p> <p><i>“P: Quando o senhor vai no posto e sua pressão está alta, o que os profissionais falam? Eles perguntam sobre a sua medicação, se o senhor está tomando direitinho? R: É eu tenho que tomar o remédio sempre para não subir, não é? Depois que eu comecei a tomar remédio, a pressão é normal. É difícil ela subir muito agora. Eu tomo um cedo e outro de tarde. P: A consulta sempre é com médico ou também o senhor se consulta com enfermeiro? R: Sempre mais é com o médico, passo com o médico. A enfermeira só para pegar o remédio.” (5PA10HAS1)</i></p> <p><i>“P: Qual profissional tem mais importância para a senhora nesse controle da pressão arterial? Que aqui na unidade cuida a senhora, que vê as suas necessidades? Quem é o profissional que a senhora pode elencar? Pode ser profissional ou profissionais. R: O doutor, porque ele mora aqui e ele direito, ele orienta.” (4PA15HAS2)</i></p> <p><i>“P: O senhor entendeu bem a explicação dele (médico)? Acha que ele soube falar bem com o senhor? R: Sim. P: O senhor recebeu durante a consulta alguma orientação da alimentação, dieta, para comer menos sal? R: Sim, sal, para não comer gordura, carne procurar evitar. De repente não possa comer, mas não pode exagerar. P: O senhor fuma ou já fumou? R: Já fumei muito, mas agora está com dois anos, desde esse derrame. P: Tem algum profissional que explica detalhado para o senhor, como que o senhor tem</i></p>

	<p>que tomar os remédios, pergunta se o senhor entendeu? Quem que faz isso? R: Sempre é o médico e a enfermeira. P: Os dois? R: É.” (4PA13HAS2)</p> <p>“P: Qual o profissional que tem sido mais importante para a senhora? R: Enfermeira daqui da UBS, porque ela é atenciosa.” (4PA12HAS1)</p>
<p>Meios de deslocamento</p>	<p>“P: Aí o senhor mora aqui perto da UBS, aqui da Unidade? R: Aqui é, aqui eu moro perto aqui perto do asfalto, entendeu? P: O senhor vem para cá a pé? R: É de a pé. P: Quantos minutos o senhor gasta de lá para cá? R: Uns 5 minutos, 6 minutos, 5 minutos, é pertinho. Às vezes venho de moto, porque está com a moto na porta. É bom de a pé quem tem hipertensão, eu faço caminhada de vez em quando.” (5PA9HAS2)</p> <p>“P: Tem alguma outra opção que a senhora possa chegar até aqui sem ser através da sua bajara? R: Sim, eu já vim várias vezes nos barcos que vem de Itaituba para cá. P: É mais caro? R: É R\$ 8,00. P: Passa todo dia? R: Só não passa dia de sábado.” (4PA12HAS1)</p> <p>“P: A senhora conhece... a senhora trabalha aqui, então deve conhecer muita gente. R: Conheço. P: Como que as pessoas fazem geralmente para chegar aqui na unidade? R: Ah, geralmente, às vezes passa primeiro na minha casa, que fica próximo, aí quer saber informação, que horas vai ter atendimento, se o médico vai estar, se a enfermeira, porque às vezes tem programação que eles têm que se ausentar da unidade, aí eles já passam lá em casa para pegar informação. P: Entendi. Aí no caso, eles passam... e como, por exemplo, outras pessoas que não passam na sua casa, como que eles vêm para cá? É a pé... R: É a pé, outros vêm de moto, vem de carroça, vem no carro escolar, aqui o pessoal depende muito do carro escolar, porque eles moram distante, aí vem no carro escolar. P: Se eu fosse dizer... perguntar para a senhora, a maior distância que a pessoa tem que vir para cá, qual seria? R: A maior distância? P: Que a senhora ouviu falar, que a senhora viu uma pessoa que tem pressão alta ou qualquer outra pessoa que tenha vindo para cá para a unidade de saúde e demorou tantas horas para chegar aqui, que ela veio de tantos quilômetros? R: Atravessando lama... P: Atravessando lama... R: Tem hipertenso que mora daqui a 60 quilômetros. P: E aí ele demora... R: Demora umas duas horas, duas horas e meia para chegar aqui. P: Vem de quê? R: Vem de carro escolar, vem de moto.” (4PA15HAS2)</p>
<p>Desafios no cuidado da HAS</p>	<p>P: O senhor já precisou vir cedo para cá? R: Sim, marcar consulta, pegar medicamentos, sempre tem uma reuniãozinha aqui dos hipertensos para pegar medicamento. P: Mas aí o senhor precisou ficar na fila ou já vem já e já é atendido? R: Aqui tudo é fila, é muita gente né. P: Que horas o senhor vem para pegar a ficha? R: Um 6 horas, 7 horas. P: Demora muito para o senhor ser atendido? R: Não. P: Nesse dia que o senhor veio consultar o senhor foi atendido que horas? R: 6 horas eu cheguei aqui, fiquei aqui e quando foi 8 horas fui atendido.” (5PA9HAS2)</p> <p>“P: Você já precisou pegar ficha alguma vez? R: Sim, todas às vezes. P: E essa ficha que a senhora pegou, precisou chegar de madrugada para conseguir? R: Nós saímos de casa 4h da manhã e chega aqui às 6h da manhã, aí pega a ficha e fica esperando. P: E você sai às 4h da manhã para garantir a ficha? R: Sim, porque se não a gente não pega. P: Entre a senhora conseguir chegar à UBS e fazer a consulta demora quanto tempo? R: De 6h às 9h da manhã.” (5PA10HAS1)</p> <p>“P: Aí da comunidade (...) até o posto mais próximo, é o(...), né? E é quanto tempo? R: É perto. Bom, de 40, pode dar uma hora. Se der, eu acho que nem isso. P: Uma hora, de motor. R: É, motor, 40. Voadeira. Agora, rabetinha pode botar uma hora e meia. P: Para chegar da casa de vocês até a UBS mais próxima vai de motorzinho né? R: É. P: Leva quantos minutos? Mais ou menos uma hora. R: Hmrum. P: Custa quanto para vocês? Em dinheiro mesmo, qual é o custo? R: Agora não tenho como falar, mas 50 Lt de gasolina eu acho que está dando uns R\$ 300 ou R\$ 400. Porque a gasolina aqui é caro. P: Então é bem caro para conseguir ir para lá. R: É caro.” (5PA10HAS2)</p>

“P: Se a senhora tivesse que dá uma nota de 0 a 10 para o atendimento aqui na UBS, qual seria? R: 7. P: Com relação a essa nota, o que falta para melhorar? R: A medicação e o melhor atendimento das técnicas de enfermagem que são as que recebem as pessoas para a triagem.” (4PA12HAS1)

“P: Gostaria de falar do Posto, do atendimento.

R: Sobre o Posto (...) atendimentozinho nosso aqui é fraco devido nossa região aqui, não tem aparelho, não tem nada né, são fracos mesmo.” (5PA9HAS2)

P: Qual a equipe de atenção básica que a senhora tem como referência?

R: Os médicos daqui sempre mudam, porque geralmente os profissionais daqui passam um ano depois vão embora, agora é a enfermeira (4PA12HAS2)

“P: Toda vez que o senhor precisa do remédio o senhor consegue aqui na farmácia ou... R: Tem dias que aqui não tem... E ‘nós compra’ na farmácia. P: Ai o senhor compra? R: É. P: Aqui tem alguma farmácia que entrega medicação de graça para o senhor? R: Não. P: Já teve vezes de faltar remédio aqui? R: Muitas vezes, muitas vezes, aqui é difícil receber remédio aqui... aqui é difícil de remédio, tem dias que não tem AAS Infantil aí, aqui medicamento é sofrido.” (5PA9HAS2)

P1: Certo e o senhor já teve dificuldade para tomar os remédios ou o senhor toma direitinho? R: Tomo direitinho. P: Já esqueceu alguma vez de tomar? R: Já, mas não senti problema não.

P: E sobre o senhor conseguir o remédio, quando não tem o senhor já teve dificuldade para comprar? R: Sempre acontece (...) até porque com dois salários as despesas e com 3 filhos falta mesmo. Já aconteceu de eu pegar até do vizinho emprestado o remédio da pressão, de outro para mim tomar. P: Mas era o mesmo remédio? R: Era, o mesmo remédio (5PA9HAS2)

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa APS MRR

P: pergunta; R: resposta

Tabela 1. Caracterização do acesso à serviços de saúde de hipertensos residentes no estado do Pará, 2019.

Variável	Prevalência geral N (%) *	Urbano N (%) *	Rural N (%) *	Valor- p**
Período da última aferição da pressão arterial (n = 3853)				< 0,001
Menos de 6 meses	2152 (53,1)	1528 (56,4)	624 (43,5)	
De 6 meses a menos de 1 ano	609 (15,9)	438 (16,2)	171 (15,3)	
De 1 ano a menos de 2 anos	459 (11,9)	304 (11,3)	155 (13,6)	
De 2 anos a menos de 3 anos	146 (4,4)	102 (4,7)	44 (3,7)	
3 anos ou mais	282 (7,7)	181 (7,2)	101 (9,4)	
Nunca	205 (7,0)	98 (4,3)	107 (14,4)	
Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)? (n = 3648)				0,0283
Sim	712 (17,0)	513 (17,8)	199 (14,5)	
Não	2936 (83,0)	2040 (82,2)	896 (85,5)	
Idade do primeiro diagnóstico de hipertensão arterial (n = 659) ¹				0,1809
Era criança	14 (2,2)	13 (2,6)	1 (0,5)	
Era adolescente	15 (2,8)	13 (3,3)	2 (1,0)	
Era adulto	478 (73,9)	339 (73,1)	139 (77,1)	
Era idoso	152 (21,0)	110 (20,9)	42 (21,4)	
Frequência do acompanhamento com médico/serviço de saúde para hipertensão arterial (n = 659)				0,1085
Regularmente	384 (57,5)	292 (59,4)	92 (50,2)	
Só quando tem algum problema	209 (33,3)	135 (31,0)	74 (41,8)	
Nunca vai ao médico para acompanhamento da hipertensão arterial	66 (9,2)	48 (9,6)	18 (7,9)	
Principal motivo obstáculo para acompanhamento regular da hipertensão arterial (n = 275)				< 0,001
O serviço de saúde é distante ou tem dificuldade de transporte	34 (11,1)	5 (2,4)	29 (37,8)	
O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande	27 (10,0)	24 (12,5)	3 (2,7)	
Tem dificuldades financeiras	9 (3,4)	7 (3,8)	2 (2,1)	
Não acha necessário	97 (36,6)	68 (38,7)	29 (30,0)	
O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas	8 (3,5)	7 (4,6)	1 (0,1)	
Não sabe quem procurar ou aonde ir	1 (0,3)	1 (0,4)	0 (0,0)	
Não tem quem o(a) acompanhe	4 (1,2)	1 (0,4)	3 (3,9)	
O serviço de saúde não tem médico ou não funciona regularmente	21 (7,7)	14 (7,6)	7 (8,0)	
A pressão está controlada	58 (21,6)	45 (24,6)	13 (12,3)	
Outro	16 (4,6)	11 (5,0)	5 (3,6)	

¹53 valores *missing*

*Prevalência ponderada pelo desenho amostral

**Teste qui-quadrado de heterogeneidade

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do PNS

Tabela 2. Caracterização do acompanhamento de hipertensos residentes no estado do Pará, PNS, 2019.

Variável	Prevalência geral N (%) *	Urbano N (%) *	Rural N (%) *	Valor-p**
Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) recebeu atendimento médico por causa da hipertensão arterial? (n = 659)				0,4710
Menos de 6 meses	380 (58,8)	284 (59,0)	96 (48,4)	
De 6 meses a menos de 1 ano	108 (16,8)	76 (16,4)	32 (18,2)	
De 1 ano a menos de 2 anos	69 (12,3)	48 (11,9)	21 (13,7)	
De 2 anos a menos de 3 anos	22 (3,2)	15 (3,0)	7 (4,0)	
3 anos ou mais	67 (9,1)	43 (7,9)	24 (13,3)	
Nunca	13 (1,9)	9 (1,8)	4 (2,3)	
Na última vez que recebeu atendimento médico para hipertensão arterial, onde o(a) Sr(a) foi atendido? (n = 579)				0,0004
Farmácia	12 (3,0)	10 (3,3)	2 (1,9)	
Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	297 (49,0)	193 (43,7)	104 (70,5)	
Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público	14 (2,3)	13 (2,6)	1 (1,1)	
UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público	68 (11,7)	57 (13,1)	11 (6,0)	
Ambulatório de hospital público	35 (6,3)	28 (6,7)	7 (4,9)	
Consultório particular clínica, privada ou ambulatório de hospital privado	128 (23,4)	105 (26,5)	23 (11,0)	
Pronto atendimento ou emergência de hospital privado	13 (2,0)	10 (2,3)	3 (0,7)	
No domicílio	7 (1,0)	4 (0,8)	3 (2,0)	
Outro serviço	5 (1,3)	3 (1,1)	2 (1,9)	
O(A) Sr(a) pagou algum valor por este atendimento? (n = 579)				0,3799
Sim	79 (14,6)	54 (15,2)	25 (12,0)	
Não	500 (85,3)	369 (84,7)	131 (88,0)	
Esse atendimento foi feito pelo SUS? (n =579)				0,0059
Sim	411 (69,0)	286 (65,3)	125 (84,3)	
Não	165 (30,0)	134 (33,5)	31 (15,7)	
Não sabe	3 (0,9)	3 (1,2)	0 (0,0)	

*Prevalência ponderada pelo desenho amostral

**Teste qui-quadrado de heterogeneidade

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do PNS

Tabela 3. Caracterização do acesso aos medicamentos dos hipertensos residentes no estado do Pará, PNS, 2019.

Variável	Prevalência geral N (%) *	Urbano N (%) *	Rural N (%) *	Valor-p**
Algum médico já lhe receitou algum medicamento para a hipertensão arterial (pressão alta)? (n = 659)				0,6955
Sim	611 (92,3)	444 (92,5)	167 (91,3)	
Não	48 (7,7)	31 (7,5)	17 (8,7)	
Nas duas últimas semanas, o(a) Sr(a) tomou os medicamentos para controlar a hipertensão arterial (pressão alta)? (n = 611)				0,1084
Sim, todos	551 (89,2)	410 (90,6)	141 (84,0)	
Sim, alguns	10 (1,9)	4 (0,8)	6 (2,6)	
Não, nenhum	50 (9,6)	30 (8,6)	20 (13,4)	
Qual o principal motivo para o(a) Sr(a) não ter tomado os medicamentos receitados para a hipertensão arterial (pressão alta)? (n = 60)				0,2988
Não conseguiu obter no serviço público de saúde	3 (5,1)	1 (1,3)	2 (13,6)	
Não conseguiu o(s) medicamento(s) no Aqui Tem Farmácia Popular	0	0	0	
A farmácia era distante ou teve dificuldade de transporte	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,8)	
Não conseguiu encontrar todos os medicamentos para comprar na farmácia	1 (1,7)	1 (2,5)	0 (0,0)	
Não tinha dinheiro para comprar	5 (5,5)	2 (4,4)	3 (8,0)	
Não achou necessário	23 (45,6)	14 (51,7)	9 (32,1)	
Não precisa mais tomar medicamentos porque a pressão está controlada	20 (32,4)	12 (33,0)	8 (31,1)	
Outro	7 (9,3)	4 (7,0)	3 (14,3)	
Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido no "Aqui tem farmácia popular"? (n = 561)				0,0021
Sim, todos	190 (32,0)	152 (34,3)	38 (22,7)	
Sim, alguns	72 (13,0)	63 (15,0)	9 (5,3)	
Não, nenhum	299 (55,0)	199 (50,7)	100 (72,0)	
Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido em serviço público de saúde? (n = 371)				0,0027
Sim, todos	55 (15,9)	31 (11,9)	24 (29,4)	
Sim, alguns	66 (16,0)	49 (16,2)	17 (15,1)	
Não, nenhum	250 (68,1)	182 (71,8)	68 (55,4)	
O(A) Sr(a) pagou algum valor pelos medicamentos? (n = 561)				0,0387
Sim	357 (66,2)	266 (68,5)	91 (56,9)	
Não	204 (33,7)	148 (31,4)	56 (43,1)	

*Prevalência ponderada pelo desenho amostral

**Teste qui-quadrado de heterogeneidade

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do PNS.

Quadro 2. Síntese das dimensões analisadas sobre o acesso dos usuários hipertensos dos municípios rurais remotos do Oeste do Pará, Pesquisa APS MRR, 2019

CATEGORIA
Diagnóstico de HAS
<p>O tempo de diagnóstico dos participantes do presente estudo variou de 2 a 15 anos, com a trajetória assistencial para a definição do diagnóstico ocorrendo tanto no âmbito hospitalar quanto na unidade básica de saúde de diferentes maneiras: a) decorrente a uma intercorrência do descontrole da pressão arterial; b) durante a avaliação para um procedimento cirúrgico; ou c) após suspeita do usuário sobre a hipertensão.</p>
Acompanhamento dos hipertensos na APS
<p>Os usuários indicaram que o fluxo de atendimento ocorre tanto por agendamento quanto por demanda espontânea. Além disso, em alguns casos foi relatado que o agente comunitário de saúde realiza e notifica o agendamento de consultas para os usuários.</p> <p>As consultas realizadas na APS são feitas predominantemente com médico e enfermeiro, os serviços ofertados incluem: a prescrição de medicamentos, solicitação e avaliação de exames, assim como encaminhamentos para os serviços especializados. Apesar de haver hipertensos que ainda buscam mensalmente o serviço e que participam das atividades grupão do Hiperdia, observou-se o direcionamento dos usuários focado na procura por serviços pontuais como: aferição de pressão arterial, peso e altura, assim como a aquisição de medicamentos ou mediante a problemas de saúde.</p> <p>As orientações realizadas, principalmente nas consultas, envolvem o uso dos medicamentos e mudanças no estilo de vida através da alimentação balanceada com cuidado no consumo de frituras e sal, além do incentivo a práticas de atividade física. Pontos positivos elencados como determinantes para a boa avaliação do cuidado prestado foram: qualificação profissional e o engajamento do acompanhamento realizado.</p>
Meios de deslocamento
<p>O deslocamento dos hipertensos ocorreu através de estradas e meios hidroviários. Fatores que foram listados como relevantes para o deslocamento foram: distância, tipo de transporte e recurso financeiro. Com relação a distância, hipertensos que indicaram residir próximos a unidade básica de saúde relataram precisar de menos de 5 minutos para chegar ao serviço de saúde, fazendo esse trajeto preferencialmente a pé, em contrapartida para os usuários que residem em áreas mais afastadas da UBS houve o relato do uso de transporte individual e/ou coletivo, em vista das grandes distâncias, (com distância máxima de 60 km e tempo de deslocamento de 2 horas e 30 minutos), os transportes mais citados foram: moto, carro, transporte escolar, “voadeira”, “rabeta” e “bajara”.</p>
Desafios no cuidado da HAS
<p>Em quatro municípios foi indicado a presença de barreiras na organização e no acesso aos serviços de saúde envolvendo: horário inadequado para atendimento das comunidades ribeirinhas, número limitado de atendimento, uso de fichas para agendamento e a demora no atendimento. Entre os pontos destacados para serem trabalhados estão a falta de medicamentos e de estrutura da UBS, a rotatividade de profissionais, fragilidades no acolhimento da equipe, desafios no deslocamento, gastos com deslocamentos e a falta de recursos financeiros para custeio dos medicamentos.</p>

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da pesquisa APS MRR

diferenças significativas: na área urbana, mais de um terço dos indivíduos (38,7%) indicaram não realizar o acompanhamento contínuo da HAS por não julgarem necessário. Na rural, os obstáculos foram a distância do serviço de saúde ou dificuldade de transporte (37,8%) (Tabela 1).

Os hipertensos que moravam em áreas urbanas realizaram o último atendimento médico para HAS em menos de 6 meses (59%), enquanto, entre os hipertensos da área rural, essa busca ocorreu mais frequentemente em períodos mais longos, de 6 meses a mais de 3 anos (49,2%). Em relação ao pagamento no último atendimento, 85,3% dos participantes informaram não o fazer, sendo que 69,0% indicaram ser atendidos pelo SUS. Também foi possível observar que 49% dos hipertensos utilizaram a UBS para atendimento médico, com maior utilização desse serviço por indivíduos residentes em áreas rurais (70,5%) em comparação às áreas urbanas (43,7%) (Tabela 2).

A busca e o acesso a serviços de saúde são aspectos relevantes para serem considerados, especialmente na condição crônica da HAS, que requer o controle dos níveis pressóricos para efetividade do cuidado¹. Acerca disso, a vulnerabilidade socioeconômica da população rural e a dificuldade no acesso à serviços de saúde contribui para o baixo grau de conscientização, tratamento e controle da HAS; nos estudos realizados na área rural da região Ibero-Americana e do Caribe, observa-se que apenas 54% dos hipertensos demonstraram estar ciente da sua condição. Desses, 57% realizavam tratamento medicamentoso e apenas 14,8% apresentaram o controle da pressão arterial idealizado¹⁶.

Em paralelo a isso, em estudo realizado em uma localidade rural da Grécia, observou-se a alta prevalência de hipertensão entre as pessoas idosas, com elevada taxa de conscientização e adesão ao tratamento, cujo conhecimento sobre a hipertensão foi associado a uma alta frequência na aferição da pressão arterial, tendo relação com o fácil acesso da população rural aos serviços públicos de saúde¹⁷.

O tratamento medicamentoso é um dos componentes para o controle da pressão arterial como indicador de qualidade e resolubilidade no âmbito da saúde¹⁸. Em relação ao acesso medicamentoso dos hipertensos residentes

no estado do Pará, 92,3% dos hipertensos informaram receber algum medicamento receitado pelo médico para o controle da pressão arterial, 89,2% dos hipertensos informaram ter feito uso de todos os medicamentos para controle da hipertensão arterial nas últimas duas semanas, contudo, 55,0% dos hipertensos indicaram não conseguir os medicamentos no Programa “Aqui tem farmácia popular”, em especial aqueles residentes na área rural.

A maior parte dos entrevistados (68,1%) indicou não ter acesso a medicamentos no serviço público e 66,2% relataram a necessidade de pagar para ter acesso ao medicamento, havendo diferenças significativas entre a área urbana e rural. Entre os hipertensos das áreas, rurais, 13,6% não conseguiram os medicamentos através do sistema público de saúde, comparado a 1,3% dos residentes em área urbana (Tabela 3).

Os resultados evidenciam uma grande lacuna no acesso a medicamentos no serviço público no estado do Pará, especialmente em áreas rurais, o que sugere possíveis falhas nos processos logísticos e de gestão da assistência farmacêutica¹⁹. O estudo realizado em Pernambuco, com usuários acompanhados pelas equipes ESF, demonstrou que 69% dos hipertensos tinham acesso aos medicamentos através da UBS, com crescimento de acordo com o tamanho do município. Esse resultado, apesar de expressivo, ficou aquém dos parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), havendo usuários que realizavam a compra parcial ou total dos medicamentos (36,9%)¹⁸.

Especificidades no acesso dos hipertensos a atenção primária à saúde em municípios rurais remotos do estado do Pará

Diagnóstico de HAS

A análise dos dados demonstrou diferentes trajetórias assistenciais para o diagnóstico de HAS, ocorrendo tanto no âmbito hospitalar quanto na UBS, em vias distintas à idealizada (Quadro 2), contrapondo a proposta de protagonismo das equipes ESF, que deveriam realizar o acompanhamento da população e propor práticas de promoção e prevenção em saúde direcionadas às condições crônicas²⁰.

O diagnóstico tardio de HAS se relaciona com as condições econômicas e sociais da população em questão e, conseqüentemente, com falhas no acesso aos serviços de saúde²¹. Além disso, há de se considerar também a fragilidade informacional dos usuários sobre os fatores de risco e a importância do seu devido controle²².

Acompanhamento dos hipertensos na APS

No presente estudo, os resultados apontaram a procura dos serviços para: aferição de pressão arterial, peso e altura, assim como, aquisição de medicamentos e atendimento de problemas de saúde (Quadro 2). Nos MRR, os usuários têm na APS o serviço de referência para o primeiro contato, no entanto a falta de insumos, precariedade de infraestrutura e barreiras no acesso contribuem para a fragilidade no vínculo de referência da UBS com a população²³. Esses fatores integram um panorama complexo do diagnóstico, acompanhamento e tratamento da hipertensão, mais acentuado em localidades rurais remotas, principalmente quando considerado o acesso a serviços de saúde, tendo em vista que a população lida com obstáculos envolvendo o deslocamento para atendimento²⁴.

Neste estudo, o deslocamento dos hipertensos demonstrou ser realizado tanto através de estradas quanto por meios hidroviários, tendo fatores listados como relevantes para o deslocamento: distância, tipo de transporte e recurso financeiro (Quadro 2). Na região Amazônica, o deslocamento de moradores de áreas mais afastadas visando atendimento em serviços de saúde agrega ônus à renda familiar, o que gera grande impacto se ponderada a vulnerabilidade social da população ribeirinha²⁴.

Acerca disso, os MRR apresentam baixo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, o que demonstra a maior vulnerabilidade socioeconômica desses municípios, com oferta insuficiente de empregos e baixa escolaridade. Os residentes dessas localidades distantes têm maiores dificuldades para acessar serviços e profissionais de saúde, ainda mais com as dificuldades de fixação de profissionais de saúde e as falhas na infraestrutura das UBS²⁵.

Essas particularidades abrangem a falta de sintonia entre o financiamento da saúde e as singularidades dos territórios de áreas remotas, onde as longas distâncias, regiões extensas com populações esparsas e insuficiência de

infraestrutura dos municípios agravam os desafios para plena execução da APS, exigindo altos investimentos financeiros do município para viabilizar acesso em áreas isoladas, onde não tem UBS e trabalhadores da área da saúde, além disso os meios de locomoção dos usuários são restritos²⁶.

Meios de deslocamento

Em relação ao fator tempo e meios de deslocamento, os hipertensos que indicaram residir próximos a UBS relataram precisar de menos de cinco minutos para chegar ao serviço de saúde, fazendo esse trajeto preferencialmente a pé. Em contrapartida, usuários que residem em áreas mais afastadas da UBS relataram o uso de transporte individual e/ou coletivo, por vezes fretado individualmente em vista das grandes distâncias. Os transportes mais listados foram: moto, carro, transporte escolar e pequenas embarcações, motorizadas ou não, chamadas de “voadeiras”, “rabetas” ou “bajaras”; a distância e o tempo de deslocamento máximo foram de 60 km e de 2 horas e 30 minutos. Esses resultados corroboram com o estudo realizado na área rural do município de Coari (AM), onde a distância e tempo de deslocamento médio foram respectivamente de 62 km e 4,2 horas, havendo associação entre transportes terrestres e hidroviários utilizados para o deslocamento da população e mais da metade dos participantes realizavam o trajeto de “rabeta” (pequena embarcação movida a motor)²⁷.

Desafios no cuidado da HAS

O ônus com a gasolina para deslocamento variou em até 400 reais, os usuários entrevistados também destacaram outros obstáculos no acesso à serviços de saúde, como: falta de medicamentos e de estrutura da UBS, rotatividade de profissionais, fragilidades no acolhimento da equipe e falta de recursos financeiros para custeio dos medicamentos (Quadro 2).

Considerando a falta de profissionais, há de se destacar fragilidades na distribuição de profissionais médicos no âmbito do SUS, que ainda é incompatível com a necessidade e realidade da população do Norte, principalmente em áreas rurais, onde o acesso aos serviços de saúde é desigual, a carência deste profissional gera descontinuidade do tratamento e afeta a qualidade do atendimento em saúde prestado à população²⁸.

O profissional farmacêutico pode atuar melhorando a atenção integral ao usuário e no acesso aos medicamentos, além de potencializar as ações em conjunto com outros profissionais no apoio aos serviços prestados. A inserção do profissional farmacêutico no antigo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou atualmente, nas equipes e-Multi é, inclusive, considerada uma estratégia para a melhoria da qualidade do serviço da APS, sendo um meio de reforçar a equipe multiprofissional, trazendo visibilidade ao profissional no serviço público de saúde e agregando conhecimento à equipe de saúde e informações de qualidade ao usuário²⁹.

Ainda sobre o desabastecimento de medicamentos para tratamento de doenças crônicas, possíveis lacunas na implementação das políticas de medicamentos e da assistência farmacêutica evidenciam a necessidade de aprimoramento na gestão e reorganização da assistência farmacêutica a fim de sanar essa problemática, uma vez que o desabastecimento gera inúmeros problemas aos usuários, tais como agravamento da condição clínica e até a diminuição da qualidade de vida da população¹⁹.

A disponibilidade do medicamento no SUS é um fator importante para o acesso gratuito e para a adesão ao tratamento da população, ainda mais tendo em vista os custos relacionados ao tratamento das doenças crônicas³⁰. A adesão ao tratamento é uma etapa essencial do processo de cuidado da doença, sendo relacionado ao controle dos níveis pressóricos.

Em contraponto, a não adesão consiste no abandono e na inconsistência no uso do medicamento e outros fatores que contribuem para baixa adesão ao tratamento farmacológico envolvem: baixo grau de instrução e baixa renda, além da grande quantidade de medicamentos prescritos³¹.

No presente estudo, houve a presença do fator organizacional, que limita o acesso dos usuários e afeta o acompanhamento em saúde, com atendimentos nas UBS em alguns casos com: restrição de horário, uso de fichas e fila para agendamento presencial, além da demora no atendimento (Quadro 2). Esses problemas organizacionais contribuem para a limitação do acesso à UBS, afetam a satisfação do usuário e influenciam na escolha do serviço para atendimento³².

No contexto rural, a limitação organizacional é listada enquanto um fator que contribui para a busca prioritária da população ribeirinha ao hospital e ao médico para o cuidado em saúde, em detrimento aos serviços ofertados pela UBS²⁷. Com isso se torna evidente que, para melhorias do acesso, é necessário considerar questões como territorialização, organização da oferta e transporte, que precisam ser específicas, possibilitando maior capacidade para atender as necessidades nesses locais⁹.

CONCLUSÕES

O estudo evidenciou uma diferença no acesso aos profissionais e medicamentos entre as áreas urbanas e rurais do estado do Pará, aspectos esses que afetam diretamente a atenção à saúde dos hipertensos, principalmente em áreas rurais.

No âmbito rural remoto, essa diferença se torna proeminente nos problemas de diagnóstico, acompanhamento e tratamento da HAS. Dentre os principais fatores que podem ser destacados estão: as longas distâncias, a falta de profissionais, indisponibilidade de medicamentos e problemas organizacionais. Essas barreiras, que se configuram como limitadores de acesso aos serviços básicos de saúde, somadas à vulnerabilidade social, refletiram em um maior ônus financeiro no deslocamento e na compra de medicamentos, que inviabilizam o tratamento adequado e contínuo.

A principal limitação do presente estudo envolve a amostra reduzida dos usuários hipertensos residentes em MRR. Em vista disso, fez-se uso do banco de dados do PNS, a fim de caracterizar o acesso da população aos serviços de saúde, com ênfase nas diferenças das áreas urbanas e rurais. Os achados do presente estudo demonstram a forte existência e influência das barreiras no acesso a serviços e bens de saúde, que têm impacto direto no êxito do tratamento realizado pelo usuário.

REFERÊNCIAS

1. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2016;107(3):01-103. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
2. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa AD de M, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.

- Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(3):516–658. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>
3. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet.* 2021;398(10304):957-80. doi:10.1016/s0140-6736(21)01330-1.
4. Fundação Oswaldo Cruz [Internet]. Pesquisa Nacional de Saúde. Painel de Indicadores de saúde: diagnóstico médico autorreferido de hipertensão arterial de 2019. [Acesso em 27 de março de 2013]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Renome 2022 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>
6. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL, et al. Access to and use of high blood pressure medications in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2016;50(Suplemento 2):1-9. doi:10.1590/S1518-8787.2016050006154.
7. Drummond ED, Simões TC, Andrade F de B. Acesso da população brasileira adulta a medicamentos prescritos. *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21:1-14. doi:<https://doi.org/10.1590/1980-549720180007>.
8. Lima JG, Giovannella L, Fausto MCR, Medicina MRI. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. *Trab Educ Saude.* 2022;20:1-17. doi:10.1590/1981-7746-ojs616.
9. Garnelo L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. *Cad Saude Publica.* 2019;35(12):1-4. doi:10.1590/0102-311X00220519.
10. Moraes CG, Silva LAN, Cunha CLF, Santos Jr HG, Lima JG. Atenção Primária à Saúde na Amazônia: o cuidado à hipertensão arterial no oeste do Pará. *J Manag Prim Health Care.* 2021;13:1-18. doi:10.14295/jmphc.v13.1115.
11. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acessado em 10.10.2023
12. Portal LC, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, Albuquerque NC. Busca ativa de hanseníase por meio de educação em saúde entre populações ribeirinhas. *Rev Enferm UFPE.* 2016;10(7):2634-40. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11324/13015>
13. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLF, Freitas, MPS, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saude.* 2020;29(5):1-12. doi:10.1590/s1679-49742020000500004.
14. Bousquat A, Fausto MCR, de Almeida PF, Lima JG, Seidl H, Sousa ABL, et al. Different remote realities: health and the use of territory in Brazilian rural municipalities. *Rev Saude Publica.* 2022;56:1-11. doi:10.11606/s1518-8787.2022056003914.
15. Gomes RA. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS (Organizadora). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.

16. Diaz A, Tringler MF. Prevalence of hypertension in rural populations from Ibero-America and the Caribbean. *Rural Remote Health*. 2014;14:2591. doi:10.22605/RRH2591.
17. Triantafyllou A, Douma S, Petidis K, Doumas M, Panagopoulou E, Pырpasopoulou A, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in an elderly population in Greece. *Rural Remote Health*. 2010;10:1225. doi:10.22605/RRH1225.
18. Barreto MNS de C, Cesse EÂP, Lima RF, Marinho MG da S, Specht Y da S, Carvalho EMF, et al. Analysis of access to hypertensive and diabetic drugs in the Family Health Strategy, State of Pernambuco, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(2):413–24. doi:10.1590/1980-5497201500020010.
19. do Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Jr AA, Gomes IC, Costa EA, Leite SN, et al. Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Suplemento 2):1-10. doi:10.11606/S1518-8787.2017051007062.
20. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
21. Oliveira IM, Araujo TA, Roediger MA, Zanetta DMT, Andrade FB. Fatores associados à hipertensão não diagnosticada entre adultos mais velhos no Brasil - ELSI-Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2022;27(5):2001–10. doi:10.1590/1413-81232022275.12512021.
22. Santos ZMAS, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):90–7. doi:10.1590/S0104-07072008000100010.
23. Franco CM, Giovanella L, Bousquat. A. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território? *Cienc Saude Colet*. 2023;28(03):821-36. doi:10.1590/1413-81232023283.12992022.
24. Silva AM, Fausto MCR, Gonçalves MJF. Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária à saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019. *Cad Saude Publica*. 2023;39(1):1-11. doi:10.1590/0102-311XPT163722.
25. Fausto MCR, de Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, dos Santos AM, Seidl H, et al. Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc*. 2023;32(1):1-14. doi:10.1590/S0104-12902023220382pt.
26. Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, Cabral LM da S, Seidl H. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Cienc Saude Colet*. 2022;27(4):1605–18. doi:10.1590/1413-81232022274.01112021.
27. Guimarães AF, Barbosa VLM, Silva MP, Portugal JKA, Reis MHS, Gama ASM. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2020;11:1-7. doi:10.5123/s2176-6223202000178.

28. Santos WD, Comes Y, Pereira LL, Costa AM, Merchan-Hamann E, Santos LMP. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. Saude Debate. 2019;43(120):256–68. doi:10.1590/0103-1104201912019.
29. Nakamura CA, Leite SN. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. Cienc Saude Colet. 2016;21(5):1565–72. doi:10.1590/1413-81232015215.17412014.
30. Helfer AP, Camargo AL, Tavares NUL, Kanavos P, Bertoldi AD. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(3):225-32. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300007
31. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet C de F, de Oliveira KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. Saude Debate. 2018;42(116):179–90. doi:10.1590/0103-1104201811614.
32. Silva LÁN, Harayama RM, Fernandes F de P, Lima JG. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. Saude Debate. 2019;43(122):742–54. doi:10.1590/0103-1104201912207.