

Atenção Primária à Saúde na Amazônia: o cuidado à hipertensão arterial no oeste do Pará

Atención primaria de salud en la Amazonía: atención de la hipertensión arterial en el oeste de Pará

Primary health care in the Amazon: arterial hypertension care in Western Pará

Cristiano Gonçalves MORAIS⁽¹⁾

Larissa Ádna Neves SILVA⁽¹⁾

Carlos Leonardo Figueiredo CUNHA⁽²⁾

Hernane Guimarães dos SANTOS JUNIOR⁽¹⁾

Juliana Gagno LIMA⁽¹⁾

Recebido: 20 mar 2021

Revisado: 2 abr 2021

Aceito: 10 abr 2021

Autor de correspondência:

Cristiano Gonçalves Morais
cristiano.goncalves.morais@gmail.com

Como citar:

Morais CG, Silva LAN, Cunha CLF, Santos Júnior 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:e07. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1115>

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.

Copyright:

Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC-BY-NC). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

⁽¹⁾ Universidade Federal do Oeste do Pará – UFOPA, Instituto de Saúde Coletiva, Santarém, PA, Brasil.

⁽²⁾ Universidade Federal do Pará – UFPA, Belém, PA, Brasil.

Resumo

A atuação da Atenção Primária à Saúde – APS favorece a diminuição de casos e complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, mas no contexto da Amazônia o cuidado da APS com hipertensos está sujeito à influência das fragilidades dos serviços de saúde na região. Diante disto, o objetivo do presente estudo é caracterizar a atenção à HAS no âmbito da APS desenvolvida no Oeste do Pará. Trata-se de uma pesquisa descritiva e quantitativa, na qual foram utilizados dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB da região de saúde do Baixo Amazonas. Os dados foram obtidos pelo Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Para os dados referentes à HAS, utilizaram-se variáveis do ciclo 3 dos módulos II e III. Para a organização dos dados, foram utilizados os programas *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS 22.0) e *Microsoft Excel*. Foram realizados cálculos com porcentagens e frequências simples. Na análise, foi identificada a predominância do acesso e do uso de exames básicos como meios de subsidiar o cuidado da HAS, no entanto, evidenciaram-se fragilidades da atuação da APS na prevenção e no acompanhamento dos agravos associados a essa morbidade. A situação se agrava quando somada à dificuldade de realizar exames que requerem mais densidade tecnológica e especializada, pois a geografia e as distâncias se constituem como barreiras a serem transpostas pela RAS. O predomínio de ações mínimas no cuidado de HAS e a presença de lacunas nos serviços de saúde de responsabilidade da APS subsidiam indagações sobre sua atuação no desenvolvimento dos seus atributos essenciais na RAS, bem como, sugerem problemas no Oeste do Pará em articular e subsidiar meios de cuidado para HAS, de acordo com as necessidades e peculiaridades dos territórios de seus municípios.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Integralidade em Saúde; Ecossistema Amazônico.

Resumen

La actuación de la Atención Primaria de Salud – APS favorece la reducción de casos y complicaciones de Hipertensión Arterial Sistémica – HAS, pero en el contexto de la Amazonía, la atención de la APS al paciente hipertenso está sujeta a la influencia de las debilidades de los servicios de salud en el región. Ante esto, el objetivo del presente estudio es caracterizar la atención a la HAS en el ámbito de la APS desarrollada en el Occidente de Pará. Se trata de una investigación descriptiva y cuantitativa, en la que se encuentran datos secundarios del Programa Nacional de Mejoramiento de la Se utilizó Acceso y Salud. Calidad de Atención Primaria – PMAQ-AB en la Región de Salud del Baixo Amazonas. Los datos se obtuvieron a través del Portal de la Secretaría de Atención Primaria de Salud, para los datos referentes a la HAS se utilizaron variables del ciclo 3 de los módulos II y III. Para la organización de los datos se utilizaron los programas *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS 22.0) y *Microsoft Excel*. Los cálculos se realizaron con porcentajes y frecuencias simples. En el análisis se identificó el predominio del acceso y uso de exámenes básicos como una forma de subsidiar la atención de la HAS, sin embargo, se evidenciaron debilidades del desempeño de la APS en la prevención y seguimiento de las condiciones asociadas a esta morbilidad. La situación se agrava cuando se suma a la dificultad de realizar pruebas que requieren una densidad más tecnológica y especializada, ya que la geografía y las distancias constituyen barreras a superar por el RAS. El predominio de acciones mínimas en la atención de la HAS y la presencia de brechas en los servicios de salud a cargo de la APS subsidian indagaciones sobre su desempeño en el desarrollo de sus atributos esenciales en la HCN, además de sugerir problemas en el occidente del país. Pará en articular y subsidiar medios de atención a la HAS, de acuerdo a las necesidades y peculiaridades de los territorios de sus municipios.

Palabras-claves: Atención Primaria de Salud; Hipertensión; Integralidad en Salud; Ecosistema Amazónico.

Abstract

The performance of Primary Health Care – PHC favors the reduction of cases and complications of Systemic Arterial Hypertension – SAH, but in the context of the Amazon, PHC care for hypertensive patients is subject to the influence of the weaknesses of health services in the region. In view of this, the objective of the present study is to characterize the attention to SAH, within the scope of PHC developed in the West of Pará. It is a descriptive and quantitative research, in which secondary data from the National Program for Improvement of Access and Health were used. Quality of Primary Care – PMAQ-AB, in the health region of Baixo Amazonas. Data were obtained through the Portal of the Secretariat of Primary Health Care. For data referring to SAH, variables from cycle 3 of modules II and III were used. For the organization of the data, the programs *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS 22.0) and *Microsoft Excel* were used. Calculations were performed with percentages and simple frequencies. In the analysis, the predominance of access and use of basic exams was identified as a means of subsidizing the care of SAH, however, weaknesses of PHC's performance in the prevention and monitoring of the conditions associated with this morbidity were evidenced. The situation worsens when added to the difficulty of carrying out exams that require more technological and specialized density, as geography and distances constitute barriers to be overcome by the RAS. The predominance of minimal actions in the care of SAH and the presence of gaps in the health services under the responsibility of the PHC subsidize inquiries about their performance in the development of their essential attributes in the HCN, as well as suggest problems in the West of Pará in articulating and subsidizing means of care for SAH, according to the needs and peculiarities of the territories of their municipalities.

Keywords: Primary Health Care; Hypertension; Integrality in Health; Amazonian Ecosystem.

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS é uma doença multifatorial que ocupa expressiva relevância no quadro das morbimortalidades mundial e brasileira, qualificada pela pressão arterial em valores $\geq 140 \times 90$ mmHg. Afeta diferentes faixas etárias, havendo maior

número de casos entre idosos, negros e mulheres, e está frequentemente associada a complicações graves, principalmente, cardiovasculares.¹

Países como Canadá e Cuba, frente aos problemas de saúde gerados pela HAS, desenvolveram estratégias no diagnóstico e acompanhamento para a diminuição de complicações, com bons resultados, devido à atuação da Atenção Primária à Saúde – APS. No Brasil, a APS atua no diagnóstico, tratamento, acompanhamento e controle, por meio de planos de cuidados complexos, que envolvem os diferentes aspectos da doença crônica, com classificação de risco² e a coordenação do cuidado dos usuários dentro da rede de atenção à saúde.³

A importância da APS está relacionada ao fato de ela ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde – SUS e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde – RAS, sendo responsável por realizar ações direcionadas à integralidade da assistência à saúde, assegurando a continuidade do cuidado e oportunizando à população o acesso aos demais equipamentos de saúde.⁴ De acordo com o Decreto n. 7.508/2011, a RAS está compreendida dentro de uma região de saúde, e alguns de seus objetivos são a qualificação do SUS e a integralidade das ações, constituindo uma visão mais abrangente da realidade do que a meramente administrativa.^{5,6} Compreender os fluxos e a organização regional dos serviços de saúde nos diferentes municípios de uma região de saúde auxilia na prestação de uma atenção integral no cuidado às pessoas com hipertensão.

Em relação às internações por condições sensíveis à APS, em 2014, entre as 1.116.917 que ocorreram, em 300 municípios das cinco regiões brasileiras, na região Norte houve 98.190 (8,79%). Entre essas internações, 15% estavam relacionadas à própria HAS e suas complicações: 2.303 (2,34%) tratavam-se de HAS; 5.759 (5,86%) de insuficiência cardíaca; e 6.225 (6,33%) de doenças cerebrovasculares. A hipertensão na região Norte apresentou maior taxa, de 2,73/10.000 habitantes quando comparada às demais regiões brasileiras.⁷

No contexto da saúde, a região Norte apresenta concentração de desigualdades socioeconômicas e dificuldades de oferta de serviços de saúde para a população.⁸ Na Amazônia Legal, as pessoas com piores condições de vida são as mais dependentes do SUS. Além disso, existem obstáculos relacionados às particularidades locais e à extensão do território, que favorecem o surgimento de barreiras geográficas e dificultam o acesso aos serviços de saúde, pois as atenções mais tecnológicas estão concentradas e distantes da população que vive em áreas afastadas das capitais.⁹

Barreiras de acesso, como a má comunicação e coordenação de cuidados, além da dificuldade de acesso aos serviços especializados, devido ao isolamento geográfico e à falta de transporte, também são notáveis no contexto das populações rurais na Austrália,

evidenciando alguns obstáculos que fragilizam o cuidado de pessoas com condições crônicas.¹⁰

Considerando que a grande maioria dos municípios da região de saúde do Baixo Amazonas (BA), Pará, tem sua rede de serviços dependente exclusivamente da APS do SUS, é necessário observar quais são as peculiaridades da APS desenvolvida na Amazônia, na qual a RAS incorpora dinâmicas diferenciadas e adequadas para a realidade dos rios para qualificar o cuidado prestado e evitar doenças decorrentes da HAS.

Em busca de qualificar o serviço da APS, o Ministério da Saúde – MS criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, com o objetivo de avaliar o processo de trabalho das equipes e os serviços de APS nos municípios, contribuindo para a efetividade das ações, além de colaborar para a melhoria das práticas de gestão e assistência à saúde.¹¹ No contexto da HAS, essas informações servem para dimensionar o cuidado ofertado na APS frente às particularidades do acesso a serviços de saúde na Amazônia. Desta forma, o objetivo do presente estudo é caracterizar a atenção à HAS, no âmbito da APS desenvolvida no Oeste do Pará.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, em que foram utilizados dados secundários do primeiro (2012), segundo (2014) e terceiro ciclos (2018) do PMAQ-AB, da região de saúde do BA. Os dados foram obtidos no Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS do MS.

A região de saúde que faz parte do estado do Pará, possui uma população de aproximadamente 628.460 mil habitantes, é composta por 14 municípios: Oriximiná, Óbidos, Alenquer, Almeirim, Monte Alegre, Prainha, Santarém, Juruti, Terra Santa, Faro, Mojuí dos Campos, Placas, Curuá e Belterra. Relacionado à APS, observa-se um total de 134 Unidades Básicas de Saúde - UBS e 125 Equipes de Saúde da Família – ESF, presentes no BA no ano de 2018, com cobertura média de Atenção Básica – AB inferior a 70% (Tabela 1).

Tabela 1. Características da Atenção Básica da Região de Saúde do Baixo Amazonas, Pará

Municípios	População*	UBS**	Equipes de saúde da família***	Cobertura AB (%)****
Alenquer	56.480	2	6	49,7
Almeirim	34.142	6	6	62,4
Belterra	17.624	7	6	100
Curuá	14.197	1	5	100
Faro	7.319	1	4	100

Municípios	População*	UBS**	Equipes de saúde da família***	Cobertura AB (%)****
Juruti	56.908	7	7	49
Mojú dos Campos	15.982	4	3	91,6
Monte Alegre	57.900	9	8	48,9
Óbidos	51.964	16	9	61,2
Oriximiná	72.160	8	12	75,5
Placas	30.293	1	2	11,5
Prainha	29.886	6	6	71,2
Santarém	302.667	66	46	76,3
Terra Santa	18.619	6	5	94,5
Baixo Amazonas	628.460	134	125	67,7
Pará	8.366.628	1.271	1.486	65,6
Brasil	208.494.900	37.457	42.975	74,6

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Notas: *<https://cidades.ibge.gov.br/>. Censo 2010. Acesso em 29/07/2019; **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES: <http://cnes2.datasus.gov.br/> - Dez/2018. Acesso em 29/07/2019;

***<http://sage.saude.gov.br/#>. Dados referentes ao ano de 2018. Acesso em 29/07/2019;

****<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>, Dez/2018. Acesso em 29/07/2019

O PMAQ-AB foi desenvolvido em quatro fases. Os dados desse estudo correspondem a uma avaliação externa, que conta com instrumento de coleta de dados, dividido em seis módulos. Foram utilizados dados do módulo I, com questões de infraestrutura da UBS; do módulo II, sobre processo de trabalho das equipes da APS; e do módulo III, relativa à percepção e satisfação dos usuários quantos aos serviços das UBS.¹²

Para o estudo descritivo da quantidade de UBS, equipes e usuários participantes, foram considerados os dados dos três ciclos, a partir dos módulos I, II e III do instrumento. Para os dados referentes à HAS, utilizaram-se variáveis do ciclo 3 dos módulos II e III. Para organização dos dados, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS 22.0) e *Microsoft Excel*.

No SPSS 22.0, os dados do estado do Pará e dos municípios da região de saúde do BA foram filtrados no banco. As variáveis selecionadas para esse estudo envolveram questões referentes aos exames solicitados (creatinina, ecocardiograma, perfil lipídico, eletrocardiograma), acesso ao serviço e local de acesso na rede de serviços de saúde. Além disso, investigaram-se questões relacionadas às ações de registro e processo de trabalho direcionado ao cuidado de hipertensos: uso da estratificação de risco, avaliação da existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular, uso da ficha de cadastro ou

acompanhamento, acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca, programação de consultas e exames; e coordenação de fila de espera e acompanhamento. Outrossim, averiguaram-se as consultas realizadas com médico e/ou enfermeiro, motivos relacionados às consultas, funcionamento de agendamento das consultas e exames realizados (creatinina, perfil lipídico, eletrocardiograma).

Todas as variáveis foram identificadas e rotuladas no programa para melhor visualização das tabelas. Para a tabulação dos dados, foram realizados cálculos com porcentagens e frequências simples. Para o cálculo das porcentagens, foram desconsideradas todas as alternativas com respostas “não se aplica”, assim como respostas “não sabe/não respondeu”, e questões com múltiplas repostas, foram acrescidas ao final das tabelas.

Por fim, foi realizada uma discussão sobre avanços e desafios no cuidado de pessoas com HAS na região de saúde do BA, Pará. Não houve necessidade de submissão do estudo ao Comitê de Ética e Pesquisa, pois foram utilizados dados secundários de acesso público, previstas e em conformidade com o que está disposto na resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Perfil de participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

No recorte analisado municípios, região de saúde do BA, estado do Pará e do Brasil, houve um aumento de equipes que aderiram ao PMAQ-AB no decorrer dos ciclos 2 e 3, em relação ao ciclo 1. Tal resultado aponta para a expressiva participação das equipes dessa região de saúde do BA no PMAQ-AB.

Quando são analisados os dados referentes à adesão das equipes nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB, observa-se que houve um aumento no número de unidades de saúde, de equipes e de usuários participantes do PMAQ-AB na região de saúde do BA.

De forma geral, tanto no Brasil quanto no que diz respeito somente ao estado do Pará e à região de saúde do BA, no que se refere aos usuários, nota-se que o aumento geral no ciclo 3 se deve ao aumento do número de equipes, pois a metodologia do PMAQ-AB (recomendação de quatro usuários por equipe entrevistada) se manteve entre um ciclo e outro.

É importante salientar que, no ciclo 1, a região de saúde do BA, apresentou o maior número de UBS participantes quando comparado aos ciclos 2 e 3. Este fator é devido à metodologia adotada no ciclo 1, que realizou o censo de todos os equipamentos da APS (visita a todas as UBS brasileiras para avaliação de infraestrutura, independentemente da

adesão). Na região de saúde do BA, no comparativo entre os ciclos 2 e 3, houve um aumento de 44% no número de UBS participantes, 54% nas equipes participantes e 39% de usuários. No Ciclo 3, as UBS, as equipes e os usuários participantes da região do BA representaram 8% do total geral dos participantes do PMAQ-AB no Pará, sendo que o estado apresentou 3% do total de participantes no Brasil (Tabela 2).

Tabela 2. Unidades Básicas de Saúde, Equipes de atenção básica e usuários participantes dos ciclos 1, 2 e 3 do PMAQ-AB. Municípios da região de saúde do Baixo Amazonas, Pará e Brasil, 2012, 2014 e 2018

Variáveis	Unidades Básicas de Saúde participantes do PMAQ-AB			Equipes participantes do PMAQ-AB			Usuários participantes do PMAQ-AB		
	Ciclo 1*	Ciclo 2**	Ciclo 3	Ciclo 1	Ciclo 2**	Ciclo 3	Ciclo 1	Ciclo 2**	Ciclo 3
Santarém	56	18	26	16	26	40	46	104	145
Almeirim	5	3	5	2	3	6	8	13	19
Juruti	11	6	6	5	6	6	20	23	19
Oriximiná	18	-	6	-	-	6	-	-	22
Belterra	7	5	5	2	5	5	8	20	11
Óbidos	12	2	5	1	2	5	4	8	19
Prainha	7	5	5	3	5	5	12	20	15
Curuá	5	1	3	-	1	4	-	4	11
Monte Alegre	28	3	4	-	3	4	-	12	13
Terra Santa	6	4	4	2	4	4	8	16	16
Alenquer	4	2	2	1	2	2	4	8	1
Faro	3	-	1	-	-	2	-	-	4
Placas	2	1	2	-	1	2	-	4	5
Mojui dos Campos	-	-	1	-	-	1	-	-	4
Baixo Amazonas	164	50	75	32	58	92	110	232	304
Pará	1606	677	970	353	776	1182	1401	3130	3594
Brasil	38812	24055	30346	17202	29778	38865	65391	114615	140444

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Notas: Bancos de dados Ciclos 1, 2 e 3. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>. *O Ciclo 1 abrangeu todas as UBS brasileiras independentemente da adesão de equipes (Censo); **Não participaram do Ciclo 2: Faro, Mojuí dos Campos, Oriximiná. Dados da tabela organizados em ordem decrescente (Equipes participantes do PMAQ AB, Ciclo 3). N total de Equipes Brasil: 33.404 (2012), 39.228 (2014), 42.975 (2018). N total de Equipes Pará: 983 (2012), 1.160 (2014), 1.486 (2018). N total de Equipes Baixo Amazonas (PA): 56 (2012), 83 (2014), 124 (2018).

Cuidados da HAS na APS do Oeste do Pará, PMAQ-AB ciclo 3, 2018

Na perspectiva do usuário (Tabela 3), os dados revelam que 20,7% dos usuários entrevistados são hipertensos, tendo recebido essa informação dos médicos que os assistiram. Dos hipertensos entrevistados, 95,2% realizaram consultas na UBS de referência para seus territórios, com médicos e/ou enfermeiros. Sobre os procedimentos e consultas relacionadas à pressão alta, 98,4% informaram ser aferida a pressão na unidade de saúde, assim como 60,3% afirmaram saírem da UBS com suas consultas de acompanhamento agendadas. Nos últimos seis meses, os participantes informaram ter realizado alguns exames relacionados ao cuidado da hipertensão, tais como: creatinina (55,6%), perfil lipídico (68,3%) e eletrocardiograma (44,4%).

Tabela 3. Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, municípios do Baixo Amazonas, 3º ciclo do PMAQ-AB, 2018-Respostas dos usuários

Variáveis	Sim	Não	Não sabe/não respondeu
Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem pressão alta (hipertensão)?	63 (20,7%)	239 (78,6%)	2 (0,7%)
O (A) senhor (a) se consultou com médico ou enfermeiro desta unidade básica/posto de saúde por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses? ¹	60 (95,2%)	3 (4,8%)	N/A
Na(s) consulta (s), o (s) profissional (ais) da equipe de saúde medem (verificam) sua pressão?	62 (98,4%)	N/A	1 (1,6%)
O(a) senhor(a) já sai das consultas de hipertensão com a próxima consulta marcada? ¹	38 (60,3%)	23 (36,5%)	2 (3,2%)
O(a) senhor(a) fez o seguinte exame para acompanhar pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses? Creatinina ¹	35 (55,6%)	28 (44,4%)	N/A
O(a) senhor(a) fez o seguinte exame para acompanhar pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses? Perfil lipídico ¹	43 (68,3%)	20 (31,7%)	N/A
O(a) senhor(a) fez o seguinte exame para acompanhar pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses? Eletrocardiograma ¹	28 (44,4%)	35 (55,6%)	N/A

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Notas: Módulo III - Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde (Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil), do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 2018;

N/A = Não se aplica; ¹n dos usuários que algum médico afirmou ter hipertensão: 63.

No presente estudo, foram observados outros resultados positivos relacionados às ações direcionadas ao cuidado à HAS, como o fato de a totalidade das equipes ter respondido que possui ficha de cadastro e acompanhamento de pessoas com HAS. Além disto, os resultados da estratificação de risco para hipertensos realizada por profissionais mostram que 76,1% utilizam protocolos de estratificação; 95,7% das equipes avaliam comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários; 94,6% das equipes programam consultas a partir da estratificação de risco; 92,4% acompanham pessoas com doença cardíaca; e somente 63% das equipes possuem registros dos pacientes hipertensos mais graves. Apesar de um percentual expressivo de equipes ter respondido sobre a programação de exames e consultas com estratificação de risco e elementos da gestão de cuidado, observa-se que 29,3% delas não coordenam a fila de espera e/ou acompanham os usuários de HAS, quando estes necessitam de atendimento em outros pontos de atenção. Ademais 47,8% das equipes responderam não possuir os registros dos usuários encaminhados para rede de atenção (Tabela 4).

Tabela 4. Atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, municípios do Baixo Amazonas, 3º ciclo do PMAQ-AB, 2018 – Respostas dos profissionais

Variáveis	Sim	Não
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão?	92 (100%)	0 (0%)
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	70 (76,1%)	22 (23,9%)
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	88 (95,7%)	4 (4,3%)
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica?	92 (100%)	0 (0%)
A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca?	85 (92,4%)	7 (7,6%)
A equipe programa as consultas e os exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	87 (94,6%)	5 (5,4%)
A equipe possui registros dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	58 (63%)	34 (37%)
A equipe possui registros dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade. Existe documento que comprove isto? ¹	49 (84,5%)	9 (15,5%)
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	65 (70,7%)	27 (29,3%)

Variáveis	Sim	Não
A equipe possui os registros dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?	48 (52,2%)	44 (47,8%)
A equipe possui registros dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção. Existe documento que comprove isto? ²	42 (87,5%)	6 (12,5%)

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Notas: Módulo II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde do 3 Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 2018; ¹n de equipes que possuem registros dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade: 58; ²n de equipes que possuem registros dos usuários com hipertensão de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção: 48.

Acesso a exames no acompanhamento de HAS, no Oeste do Pará, PMAQ-AB ciclo 3, 2018

A seleção de exames solicitados pelos profissionais da APS, que têm relação com o cuidado de pacientes hipertensos, abrangeu creatinina (97,8%), ecocardiograma (95,7%) e eletrocardiograma (97,8%), contudo 16,7%, 28,4% e 15,6% das equipes de saúde respondentes relataram como não satisfatório o acesso aos respectivos exames. Os dados do presente estudo mostram que a creatinina foi o exame mais realizado no município em que foi solicitado (94,4%), quando comparado ao ecocardiograma (68,2%) e ao eletrocardiograma (85,6%) (Tabela 5).

Tabela 5. Exames solicitados pela equipe da atenção básica, municípios do Baixo Amazonas, 3º ciclo do PMAQ-AB, 2018 - Respostas dos profissionais.

Variáveis	Sim	Não	No município	Em outro município
Equipes que solicitam exame de Creatinina	90 (97,8%)	2 (2,2%)	N/A	N/A
Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde? (Creatinina)	N/A	N/A	85 (94,4%)	5 (5,6%)
O acesso ao exame é satisfatório? (Creatinina)	75 (83,3%)	15 (16,7%)	N/A	N/A
Equipes que solicitam exame de Ecocardiograma	88 (95,7%)	4 (4,3%)	N/A	N/A
Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde? (Ecocardiograma)	N/A	N/A	60 (68,2%)	28 (31,8%)
O acesso ao exame é satisfatório? (Ecocardiograma)	63 (71,6%)	25 (28,4%)	N/A	N/A
Equipes que solicitam exame de Eletrocardiograma	90 (97,8%)	2 (2,2%)	N/A	N/A
Qual o principal local onde o exame é ofertado na rede de serviços de saúde? (Eletrocardiograma)	N/A	N/A	77 (85,6%)	13 (14,4%)
O acesso ao exame é satisfatório? (Eletrocardiograma)	76 (84,4%)	14 (15,6%)	N/A	N/A

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Notas: Módulo II, 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 2018; N/A = Não se aplica.

Discussão

A proximidade das UBS à população é algo favorável, como apontado por hipertensos. Isto faz com que estes as tenham como, serviço preferencial para a realização de seus cuidados. Embora os dados do presente estudo sejam positivos, tratando-se de acessibilidade às UBS, outros fatores devem ser considerados, visto que existem problemas no funcionamento destas instituições de saúde, somados à falta de resolução das demandas expressas da população, o que gera a insatisfação dos usuários com o serviço.¹³ Além disto, mesmo quando há um acesso satisfatório a consultas e medicamentos pelo SUS, podem ser observadas dificuldades na adesão medicamentosa e no controle da pressão arterial de hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família – ESF. Isto demonstra a complexidade que o cuidado com HAS requer da APS.¹⁴

Os dados obtidos evidenciaram lacunas quanto à qualidade do cuidado da APS com hipertensos na região de saúde do BA, principalmente, no acompanhamento e na gestão do cuidado. Tais resultados corroboram o estudo de Aleluia *et al.*¹⁵ sobre coordenação de cuidado na APS, no qual descrevem a falta de critérios para uma estratificação de risco e fluxos, bem como apontam as dificuldades na articulação e comunicação com a atenção especializada, além dos problemas no planejamento de ações relacionadas a consultas e exames especializados. Esses fatores evidenciam problemas da APS na realização do acompanhamento e na coordenação de cuidado de pessoas com doenças crônicas.

Desse modo, os resultados adquiridos no presente estudo demonstram fragilidades na integração da APS com outros pontos de atenção, o que poderia estar aliado ao pouco desenvolvimento na atenção especializada e à falta de mecanismos de referência e contrarreferência na região de saúde do BA. O estudo de Garnelo *et al.*¹⁶ também aponta lacunas no cuidado de pessoas com condições crônicas acompanhadas por equipes da ESF na região Norte do Brasil, nítidas pela falta de recursos na unidade, pouca adesão a protocolos de acompanhamento de usuários, bem como pela dificuldade de realizar exames especializados para o acompanhamento de usuários. Estas fragilidades contrapõem os atributos essenciais da APS descritos por Starfield:¹⁷ primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

Considerando o contexto de comunidades rurais na região Norte, a situação se agrava, já que existem outros fatores que comprometem a integralidade e continuidade do cuidado em HAS, com potencial para afetar os cuidados aos hipertensos. Um deles é a dificuldade de recrutamento e fixação de médicos nos municípios de pequeno porte,

principalmente, na área rural da Amazônia.¹⁸ Isso, somado às fragilidades dos vínculos empregatícios e aos problemas de fixação de profissionais nas equipes da ESF na Amazônia, desfavorece a atuação da APS.¹⁶ A escassez de recursos humanos é também uma desvantagem de parte da realidade das comunidades rurais remotas no acesso a serviços de saúde em vários países do mundo, situação que afeta o atendimento de pessoas com doenças crônicas.¹⁹

Além disso, a organização do processo de trabalho da APS deve ser levada em consideração no cuidado da HAS. De acordo com os achados de Curioletti *et al.*,²⁰ existem problemas relacionados ao acesso dos usuários aos profissionais médicos, além da ausência de consultas programadas, das barreiras no acesso à informação, do enfoque na doença e das dificuldades para a realização da referência e contrarreferência entre APS e os serviços especializados, aspectos que permeiam o cuidado direcionado à doença crônica.

Embora existam múltiplas causas institucionais que afetam o tratamento de hipertensos tempo de espera longo, vínculo frágil com a equipe de saúde e horário de atendimento inconveniente, por exemplo, existem outras causas relacionadas a crenças, comportamentos, e aspectos socioeconômicos, que devem ser levadas em conta no cuidado da HAS, podendo ser identificadas e avaliadas na consulta de enfermagem.²¹ Os demais fatores que afetam o tratamento na APS abrangem a formação e atuação profissional, se atrelam ao pouco uso das diretrizes recomendadas no cuidado da hipertensão e às dificuldades na escolha terapêutica adequada às necessidades de cada usuário, além de ao excesso de encaminhamentos. Experiências com apoio matricial demonstram êxito na qualificação profissional, evidente na maior capacidade resolutiva dos profissionais, bem como na diminuição de encaminhamentos e das filas de espera.²²

Os exames laboratoriais (creatinina, perfil lipídico) fazem parte da avaliação e do acompanhamento de hipertensos, sendo indicada realização anual. Outros exames que também servem para estes fins são o eletrocardiograma e o ecocardiograma.² Embora todos os exames sejam solicitados pela maioria dos profissionais entrevistados, o eletrocardiograma e ecocardiograma requerem certa densidade tecnológica com equipamentos mais específicos, além de profissionais especialistas para a sua avaliação, situação nada comum na maioria dos municípios da Amazônia brasileira, dependentes diretamente dos recursos do fundo de participação dos municípios para todas as ações, o que pode implicar menores percentuais de acesso e satisfação. Esse quadro se agrava, principalmente pelas peculiaridades relacionadas às locomoções, pois a concentração de recursos e serviços especializados está mais

presente nos municípios de referência da região de saúde ou na capital do estado, havendo a necessidade de deslocamentos para tais centros urbanos em busca de serviços de saúde.

A região Norte, quando comparada às demais regiões do Brasil, se destaca pelas fragilidades de acesso e acessibilidade da APS, evidenciadas pela baixa cobertura de seus serviços, o que se torna um fator agravante quando considerado que a região já apresenta lacunas proeminentes no acesso aos serviços de saúde de modo geral.²³ Além disto, a regionalização na Amazônia enfrenta inúmeros problemas no desenvolvimento de ações direcionadas ao acesso aos serviços de saúde. Em estudo na região de saúde no Entorno de Manaus (AM), observou-se falta de interação sanitária entre os municípios da região de saúde no desenvolvimento de estratégias para a solução de problemas.²⁴

As dificuldades no acesso dos pacientes hipertensos aos serviços de saúde, são aspectos encontrados no estudo de Sousa *et al.*,²⁵ no qual a demanda por serviços especializados supera a disponibilidade e há pouca oferta de exames complementares, o que gera aos usuários uma longa espera. Possivelmente devido a fragilidades tanto na atuação da APS quanto na articulação com o setor especializado, a integralidade na atenção aos hipertensos é afetada, e não devem ser excluídos os longos deslocamentos dos pacientes em busca de acesso aos serviços.

Em estudo específico sobre o itinerário terapêutico de hipertensos que sofreram acidente vascular encefálico, uma complicação da HAS, foi relatada a constante necessidade da busca de serviços privados na realização de exames e serviços, sendo custeada pelos próprios usuários. Além disto, a APS não é vista como a instituição de saúde de referência e protagonista de cuidados por usuários que, por vezes, a utilizam para fins básicos e pontuais como aferição de pressão.²⁶

Santos *et al.*²⁷ descrevem que a relação entre AB e atenção especializada deve considerar recursos humanos, financiamento, informações, comunicação e transporte, pois a integralidade do cuidado torna-se incipiente quando tais elementos não são considerados na atenção à saúde. Afirmam, ainda, que tal comunicação entre os pontos de atenção deve acontecer baseada em relações horizontais, a fim de promover a reorganização dos serviços, de forma a atender às necessidades de saúde dos usuários de doenças crônicas. Corroborando a isto, Street *et al.*¹⁰ destacam a comunicação entre os profissionais de saúde em áreas de serviços locais e de referência como sendo uma das ações facilitadoras que podem ser adotadas no cuidado de pessoas com condições crônicas de comunidades distantes dos centros especializados.

Conclusão

O presente estudo reafirmou os avanços e desafios de operacionalizar o acesso e o acompanhamento à HAS pelos serviços de saúde da APS. Este panorama pode ser vislumbrado com base nos dados do PMAQ-AB, que demonstraram que a maioria dos exames bioquímicos de rotina foi realizada pelos usuários no município, no entanto serviços que requerem maior densidade tecnológica e especializada apresentaram maiores dificuldades na sua realização. Questionar se os resultados desses exames disponíveis na rede estão chegando a tempo adequado e estão conseguindo se converter em melhor cuidado em saúde para a população pode ser considerada uma iniciativa plausível, mas neste estudo não foi possível tal aprofundamento.

O município polo, referência da RAS, por apresentar maior densidade tecnológica e de profissionais de saúde da região de saúde analisada, naturalmente apresentou os maiores percentuais nas respostas referentes ao acesso aos serviços, a exames clínicos e serviços especializados, elevando os resultados gerais da região. Em contrapartida, observou-se que os demais municípios de pequeno porte apresentaram características opostas a essas, com baixa disponibilidade de ações e serviços. Observa-se, ainda, que hipertensos vêm tendo acesso aos serviços da APS, todavia, esta não tem atuado em toda sua potencialidade na avaliação e no acompanhamento desses usuários. Entre as necessidades de melhoria identificadas estão: estratificação de risco, acompanhamento da fila e gestão do cuidado, que quando bem executados favorecem o cuidado no sistema de saúde, evitando complicações e agravos à saúde.

Reitera-se que áreas com as características da Amazônia, com grande dispersão e baixa densidade populacional, apresentam problemas na qualidade da assistência que afetam o cuidado direcionado à HAS, e ressaltam a necessidade de maior articulação entre os municípios que compõem as regiões de saúde. Além disto, há uma necessidade latente de organizar a rede e divulgar o modelo para que os usuários possam ter um norte de seu tratamento, assim como organizar a rede, no sentido de mitigar os custos para o usuário, que necessita de deslocamento para realizar exames simples para o controle da HAS.

Apesar de o estudo trazer questões importantes sobre a coordenação do cuidado e o acesso de exames para a HAS, ele não alcança a totalidade da discussão sobre o cuidado a ela. Esta é uma necessidade de aperfeiçoamento do próprio instrumento do PMAQ-AB. Serão necessários novos estudos, que abordem outros aspectos importantes sobre o cuidado da HAS na APS, tais como: visitas domiciliares, grupos de educação em

saúde e, assistência farmacêutica, ou seja, aspectos que se aproximem da integralidade do cuidado na HAS.

Contribuição autoral

CGM, LÂNS, CLFC, HGSJ, JGL participaram da concepção, construção, análise, interpretação dos dados, revisão do texto completo e aprovaram a versão final encaminhada.

Referências

1. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016 [citado 15 jul. 2020];107(3 Supl. 3):1-83. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/pt_0066-782X-abc-107-03-s3-0007.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica [Internet]. Brasília, DF: MS; 2013 [citado 15 abr. 2020]. (Cadernos de atenção básica, 37). Disponível em: http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 483, de 1 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 [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: MS; 2014 [citado 18 mar. 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 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; 22 set. 2017 [citado 18 mar 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
5. Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF; 28 jun. 2011 [citado 18 mar. 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
6. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saude Soc*. 2015;24(2):438-46. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200004>.

7. Pereira FJR, Silva CC, Lima Neto EA. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. *Saude Debate*. 2015;39(107):1008-17. <https://doi.org/10.1590/0103-110420161070142>.
8. Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Cienc Saude Colet*. 2017;22(4):1055-64. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>.
9. Garnelo L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia [Editorial]. *Cad Saude Publica*. 2019;35(12):1-4. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00220519>.
10. Street TD, Somoray K, Richards GC, Lacey SJ. Continuity of care for patients with chronic conditions from rural or remote Australia: a systematic review. *Aust J Rural Health*. 2019;27(3):196-202. <https://doi.org/10.1111/ajr.12511>.
11. Ministério da Saúde (BR) Instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica: PMAQ-AB [Internet]. 2013 [citado 29 jul. 2019]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo
12. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saude Debate*. 2018;42(spe 1):52-66. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s104>.
13. Souza IL, Paz EPA, Guimarães RM, Castro AA. Acesso às unidades de saúde da família na perspectiva de hipertensos. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25:e14442. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.14442>.
14. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégia saúde da família. *Saude Soc*. 2010;19(3):614-26. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300013>.
15. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Cienc Saude Colet*. 2017;22(6):1845-56. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>.
16. Garnelo L, Lucas ACS, Parente RCP, Rocha ESC, Gonçalves MJF. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de saúde da família na Amazônia. *Saude Debate*. 2014;38(spe):158-72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S012>.

17. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; 2002.
18. Silveira RP, Pinheiro R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia - Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(4):451-9. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000400006>.
19. Brundisini F, Giacomini M, DeJean D, Vanstone M, Winsor S, Smith A. Chronic disease patients' experiences with accessing health care in rural and remote areas: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser [Internet]*. 2013 Sep 1 [acesso em 2020 jun 10];13(15):1-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3817950/pdf/ohtas-13-33.pdf>
20. Curioletti RM, Colliselli L, Madureira VSF, Tombini LHT. O cuidado a hipertensos e diabéticos na perspectiva da política nacional de humanização. *J Nurs Health*. 2018;8(1):e188110. <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v8i1.12495>.
21. Pierin AMG, Silva SSBE, Colósimo FC, Toma GA, Serafim TS, Meneghin P. Cronicidade e doença assintomática influenciam o controle dos hipertensos em tratamento na atenção básica. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):763-70. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600008>.
22. Hoepfner C, Longo M, Coiradas AO, Teixeira LMR. Apoio matricial e controle da hipertensão arterial. *Int J Cardiovasc Sci* 2017;30(3):199-206. <http://dx.doi.org/10.5935/2359-4802.20170045>.
23. Pinho ECC, Cunha TAN, Lemos M, Ferreira GRON, Lourenção LG, Pinheiro HHC, et al. Acesso e acessibilidade na atenção primária à saúde no Brasil. *Enferm Foco*. 2020;11(2):168-75. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.3449>.
24. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Cienc Saude Colet*. 2017;22(4):1225-34. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>.
25. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do sistema único de saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Cienc Saude Colet*. 2014;19(4):1283-93. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>.

26. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Cienc Saude Colet*. 2017;22(4):1141-54.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.
27. Santos CM, Barbieri AR, Gonçalves CCM, Tsuha DH. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cad Saude Publica*. 2017;33(5):e00052816 <https://doi.org/10.1590/0102-311x00052816>.

Minicurrículo

Cristiano Gonçalves Morais | <https://orcid.org/0000-0002-4418-8282>
<http://lattes.cnpq.br/6000517420025367>

Larissa Ádna Neves Silva | <http://orcid.org/0000-0003-4287-5844>
<http://lattes.cnpq.br/4946807220189581>

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha | <https://orcid.org/0000-0002-1891-4201>
<http://lattes.cnpq.br/9603271880856443>

Hernane Guimarães dos Santos Junior | <https://orcid.org/0000-0002-9998-2141>
<http://lattes.cnpq.br/2613678676803885>

Juliana Gagno Lima | <https://orcid.org/0000-0002-5576-0002>
<http://lattes.cnpq.br/5426198496044277>