







Acceso a servicios de salud por ribereños de un municipio en el interior del estado de Amazonas, Brasil

Access to health services for riverside residents in a municipality in Amazonas State, Brazil

Ananias Facundes Guimarães¹ , Victor Linec Maciel Barbosa¹ , Mariana Paula da Silva¹ , Jéssica Karoline Alves Portugal¹ , Marcelo Henrique da Silva Reis¹ , Abel Santiago Muri Gama¹ 

¹ Universidade Federal do Amazonas, Instituto de Saúde e Biotecnologia, Coari, Amazonas, Brasil

RESUMEN

OBJETIVO: Describir las características del acceso a servicios de salud por ribereños del municipio de Coari, estado de Amazonas, Brasil. **MÉTODOS:** Este estudio descriptivo, transversal y de base poblacional se realizó con ribereños residentes en la zona rural de Coari, de abril a julio de 2015. Las entrevistas se realizaron a través de un cuestionario previamente elaborado. Se utilizaron variables socioeconómicas, demográficas y de acceso a los servicios de salud. La muestra probabilística por conglomerados consistió en 492 temas. **RESULTADOS:** Más de la mitad (54,9%) de los ribereños utilizaba pequeñas embarcaciones de madera para acceder a los servicios de salud, navegando en promedio 60 km y un tiempo promedio de viaje de 4,2 h. El servicio de salud más buscado por los ribereños fue el hospital (65,0%), seguido de la Unidad Básica de Salud (26,6%) y farmacias (5,4%). Aproximadamente uno de cada cuatro ribereños (22,2%) afirmaron que intentaron programar una consulta médica sin éxito, y los principales motivos fueron la falta de fichas (vacantes) para la programación (57,8%), la falta de profesionales para la atención (28,4%) y la demora para marcar la consulta (13,8%). **CONCLUSIÓN:** El acceso a servicios de salud por los ribereños es limitado, sobre todo por barreras geográficas. Se necesita articulación entre estrategias que promuevan el acceso a los servicios de salud por los ribereños, viabilizando la continuidad de la asistencia a la salud de esa población.

Palabras clave: Población Rural; Poblaciones Vulnerables; Acceso Universal a los Servicios de Salud.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the characteristics of access to health services for riverside dwellers in the Municipality of Coari, Amazonas State, Brazil. **METHODS:** Descriptive, cross-sectional, population-based study was conducted with riverside dwellers in the rural area of Coari, from April to July 2015. The interviews were conducted using a previously prepared questionnaire. Socioeconomic, demographic and access to health services variables were used. The probabilistic sample by clusters was composed of 492 subjects. **RESULTS:** More than half (54.9%) of the riverside inhabitants used small wooden boats to access health services, sailing the average of 60 km and of 4.2 h travel time. The health service most sought by those populations was hospital (65.0%), followed by Basic Health Unit (26.6%), and pharmacies (5.4%). About one in four riverside dwellers (22.2%) stated that they tried unsuccessfully to book a medical appointment, with the main reasons being there were no appointments available (57.8%), the lack of professionals to assist them (28.4%), and the delay to get appointments (13.8%). **CONCLUSION:** The access to health services for riverside dwellers is limited, especially by geographical barriers. It is necessary to articulate strategies that promote access to health services, enabling the continuity of health care to this population.

Keywords: Rural Population; Vulnerable Populations; Universal Access to Health Services.

Correspondencia / Correspondence:

Abel Santiago Muri Gama

Estrada Coari Mamiá, 305. Bairro: Espírito Santo. CEP: 69460-000 – Coari, Amazonas, Brasil – Tel.: +55 (97) 98121-9295

E-mail: abelsmg@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La Amazonía brasileña tiene una superficie aproximada de 5.217.423 km², correspondiente a aproximadamente el 61% del territorio brasileño, entre los cuales alrededor de un tercio (1,6 millones de km²) pertenece al estado más grande de Brasil, la Amazonía. Inversamente proporcional a la extensa área territorial, el estado tiene la segunda densidad de población más baja del país (2,2 habitantes por km²)¹.

La dispersión demográfica y el vasto territorio, bañado por extensas cuencas hidrográficas y cubierto por la mayor selva tropical del planeta, imponen graves desigualdades en el acceso a la salud y otras distorsiones sociales en relación con otras regiones brasileñas².

Las poblaciones ribereñas de la Amazonía son descendientes de pueblos indígenas mezclados con nordestinos y otros migrantes y viven a orillas de ríos y lagos³. Estos habitantes sobreviven de la pesca, la caza, la agricultura familiar y los subsidios de los programas sociales del gobierno federal. Sus comunidades carecen de recursos básicos, como saneamiento básico y electricidad, y dependen de las zonas urbanas para la adquisición de bienes de consumo y atención de salud. El viaje a las zonas urbanas es por río, realizado con pequeñas embarcaciones, en viajes que pueden durar desde unos minutos hasta días de navegación². Junto con las condiciones adversas de la región, los ribereños están expuestos a enfermedades infecciosas (malaria, parasitosis, enfermedad de Chagas)⁴ asociadas a morbilidades típicas de grandes centros urbanos, como hipertensión y diabetes⁵.

Aunque la Constitución Federal de 1988 garantiza el derecho de acceso universal e igualitario a la salud para todos los brasileños⁶ hay evidencia de que el acceso ha sido un desafío para los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS).

Un estudio realizado a nivel nacional con datos de la Encuesta Nacional por Muestreo de Hogares (PNAD), excluyendo a la población rural de los estados de la Región Norte, señaló que la razón principal para no obtener atención de salud fue que no había una vacante o contraseña y no había médicos para esta atención⁷.

En la región metropolitana de Belo Horizonte, los profesionales de la salud señalaron algunos factores que dificultan el acceso a la salud de la población: la distancia desde la residencia del usuario hasta la Unidad Básica de Salud (UBS), la deficiencia del transporte público en el municipio y la imposibilidad de pagar por el transporte debido a las dificultades económicas de los usuarios⁸.

En la Región Norte, una investigación realizada con pescadores ribereños del río Machado de Ji-Paraná, en el estado de Rondônia, señaló que, al buscar un servicio de salud, los mayores problemas enfrentados fueron la falta de médicos especialistas, la demora en la realización de consultas y exámenes específicos y la falta de medicamentos en las UBS⁹.

Las limitaciones de acceso a los servicios de salud componen un contexto multifactorial, complejo y

subjetivo¹⁰, que puede implicar en diferentes aspectos en la forma de vida de estas poblaciones. En este sentido, el objetivo de este estudio fue describir las características del acceso a los servicios de salud por parte de los ribereños en el municipio de Coari, Amazonas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio es parte de la investigación "Salud, Medicamentos y Automedicación en Ribereños de Amazonas" (SAMARA).

Se trata de un estudio transversal, de base poblacional, realizado con ribereños residentes en la zona rural de Coari, de abril a julio de 2015.

Coari se sitúa en la región central del estado de Amazonas, en la vaguada media del río Solimões, distante 363 km de Manaus. El acceso al municipio se hace por el río (de 9 a 30 h de viaje, dependiendo de la embarcación) o por el aire (1 h a Manaus). Su población estimada en 2017¹ era de 84.762 habitantes. El área territorial de Coari es de 57.970 km² y la densidad de población es de 1,3 hab./km².

Los principales servicios de salud de Coari son un hospital de mediana complejidad (105 camas), 12 UBS, un Instituto Tropical de Medicina, una UBS fluvial, un barco hospital para cubrir todas las comunidades ribereñas, un Laboratorio Central de Análisis Clínicos, un Servicio de Emergencias, un Centro de Vigilancia de la Salud, una Policlínica y un Centro de Atención Psicosocial¹¹.

Los habitantes del campo se distribuyen en comunidades dispersas a lo largo de las orillas del río Solimões, lagos y arroyos, en áreas de tierra seca y llanuras de inundación.

La muestra calculada fue de 470 sujetos, dependiendo del número de comunidades ribereñas cubiertas por el Departamento Municipal de Salud de Coari (N = 135), con el fin de asegurar la representatividad del área territorial de la investigación y el número de habitantes adultos (N = 10.333). Se adoptó la técnica probabilística de muestreo por conglomerados, cuyos detalles pueden consultarse en una publicación anterior². Se incluyeron los individuos de 18 años o más que se encontraban en la residencia en el momento de la aplicación del cuestionario.

En esta investigación, se recogió información socioeconómica, demográfica y de acceso a los servicios de salud. Los cuestionarios fueron aplicados por entrevistadores previamente capacitados del Instituto de Salud y Biotecnología de la Universidad Federal de Amazonas. Los ribereños fueron abordados en sus casas e invitados a participar en el estudio.

Las variables analizadas fueron variables demográficas (sexo, edad, estado civil, residentes por hogar), socioeconómicas (educación, ingresos familiares mensuales, actividad laboral) y acceso a los servicios de salud (distancia y tiempo para acceder a los servicios de salud), búsqueda de servicios de salud en los últimos 30 días, transporte comúnmente utilizado para el acceso, tipo de profesional y servicio que busca en caso de

enfermedad, intentando programar consultas y por qué no obtuvo la consulta.

Los datos fueron introducidos a partir de una máscara de inserción de datos en el software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v22.0 para Windows. Las variables cualitativas fueron descritas mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas; y para las variables cuantitativas se calcularon las medidas de tendencia central.

Los individuos que consintieron en participar de este estudio firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Para los que no podían firmar, se pusieron a disposición cartuchos para recoger las huellas dactilares de los pulgares.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, bajo el dictamen N.º 33560914.0.0000.5392, el 5 de agosto de 2014.

Tabla 1 – Distribución de los sujetos de la investigación según variables socioeconómicas y demográficas, Coari, estado de Amazonas, Brasil, 2015

Variables	Ribereños	
	N = 492	%
Sexo		
Masculino	231	47,0
Femenino	261	53,0
Edad (años)		
18 a 39	287	58,3
40 a 59	149	30,3
≥ 60	56	11,4
Analfabeto		
Sí	109	22,2
No	383	77,8
Escolaridad (años de estudio)		
No estudió	48	9,7
1 a 4	146	29,7
5 a 9	143	29,1
≥ 10	155	31,5
Estrado conyugal		
Vive solo	94	19,1
Vive acompañado	398	80,9
Actividad laboral		
No ejerce actividad	103	20,9
Agricultura y pesca	311	63,2
Funcionario público*	59	12,0
Otras	19	3,9
Renta familiar mensual (SM) [†]		
< 1	205	41,7
1 a 2	195	39,6
> 2	92	18,7
Número de habitantes por domicilio		
1 a 5	246	50,0
≥ 6	246	50,0

* Empleado público: profesor, agente comunitario de salud y merendero; [†] SM: sueldo mínimo referente a abril de 2015 (R\$ 788,00).

RESULTADOS

Se entrevistaron 492 ribereños, entre los cuales un 53,0% pertenecía al sexo femenino, 88,6% era de adultos, 58,8% tenían baja escolaridad y 63,2% presentaba la pesca y la agricultura como actividad económica. Casi la mitad de los ribereños presentó renta familiar inferior a un sueldo mínimo (41,7%) (Tabla 1).

Entre los entrevistados, más de la mitad (54,9%) de los ribereños utilizaba pequeñas embarcaciones de madera, movidas a motor (*rabeta*), para llegar a los servicios de salud, navegando en promedio 60,4 km, con tiempo medio de viaje de 4,2 h (Tabla 2).

Con relación al tipo de profesional más buscado en caso de problemas de salud, 42,7% afirmaron la búsqueda por médicos, seguidos de los agentes comunitarios de salud (36,2%) y farmacéuticos (5,3%). En relación a los servicios de salud más buscados, 65,0% afirmó procurar atención directamente en el hospital de la ciudad, seguido por la UBS (26,6%) y farmacias (5,5%). Entre los entrevistados, 22,2% de los ribereños afirmó que ya había intentado marcar consultas sin éxito y los motivos más citados fueron la falta de números (vacantes) para marcar (57,8%), falta de profesionales para atención (28,4%) y demora en la atención para marcar la consulta (13,8%) (Tabla 3).

Tabla 2 – Distribución de los sujetos de la investigación según variables relativas al modo de acceso a los servicios de salud, municipio de Coari, estado de Amazonas, Brasil, 2015

Variables	Ribereños	
	N = 492	%
Transporte utilizado para llegar a los servicios de salud		
Rabeta*	270	54,9
Recreo [†]	169	34,4
Motocicleta	17	3,5
Canoa a remo	15	3,0
Lancha comunitaria	11	2,2
Otros [‡]	10	2,0
Distancia de la comunidad al servicio de salud (km)		
< 50	253	51,4
50 a 100	139	28,3
> 100	100	20,3
Promedio		60,4
Tiempo de desplazamiento de la comunidad al servicio de salud (hora)		
< 1	54	11,0
1 a 4	251	51,0
> 4	187	38,0
Promedio		4,2

* Pequeña embarcación de madera movida a motor; [†] Embarcación de gran porte; [‡] Otros: camión, a pie.

Tabla 3 – Distribución de los sujetos de la investigación según variables relativas al modo de acceso a los servicios de salud, Coari, estado de Amazonas, Brasil, 2015

Variables	Ribereños	
	N = 492	%
A quien busca en caso de enfermedad		
Médico	210	42,7
Agente comunitario de salud	178	36,2
Farmacéutico	26	5,3
Enfermero	23	4,7
Amigo, vecino o conocido	23	4,7
No busca	16	3,2
Otro*	16	3,2
Establecimiento de salud que busca en caso de enfermedad		
Hospital Regional de Coari	320	65,0
UBS ribereña	131	26,6
Farmacias	27	5,5
Otras†	14	2,9
Intento de marcar consulta sin éxito		
Sí	109	22,2
No	367	74,6
Nunca marcó	16	3,2
Motivo por el cual no consiguió (N = 109)		
Falta de fichas (vacantes) para marcar	63	57,8
Falta de profesionales para atención	31	28,4
Demora en la atención para marcar la consulta	15	13,8

* Rezador: curandero local; † Instituto de Medicina Tropical de Coari; clínica particular.

DISCUSIÓN

La población ribereña de Coari presentó bajo nivel escolar y económico. Las principales actividades realizadas son la agricultura y la pesca; teniendo, como principal medio de transporte, embarcaciones rústicas a motor (*rabeta*) que recorren largas distancias para acceder al casco urbano.

La baja educación de los ribereños puede implicar directamente en la forma en que se gestiona su salud. Además, retrata la necesidad de acciones específicas que consideren la realidad local y el contexto educativo.

Históricamente, las poblaciones rurales de todo el mundo carecen de condiciones favorables para mejorar la calidad de vida, lo que incluye el acceso a la educación, la salud, al agua potable y al saneamiento. El Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2015 encontró que, en las poblaciones rurales de los países en desarrollo, los niños tienen cuatro veces más probabilidades de no asistir a la escuela, y las tasas de mortalidad son casi dos veces más altas que los niños de familias con condiciones económicas favorables. Además, en estas zonas, sólo el 56,0% de los nacimientos son seguidos por profesionales de la salud especializados, mientras que el porcentaje es del 87,0% en las zonas urbanas. Otro aspecto preponderante es el acceso a las fuentes de agua potable (cuatro veces menor) y el acceso al saneamiento (tres veces menor) en las zonas rurales en comparación con las zonas urbanas¹².

Las limitaciones educativas también impiden el desarrollo económico y, en consecuencia, el acceso a bienes de consumo (medicamentos, alimentos, planes de salud), lo que afecta negativamente la expectativa de vida. Además, la salud preventiva se ve obstaculizada por las limitaciones de comprensión del proceso salud-enfermedad y de la forma de prevenir las morbilidades y promover la salud¹³.

En el contexto de la salud, las limitaciones educativas contribuyen a las altas tasas de morbilidad y mortalidad debidas a enfermedades parasitarias prevenibles. Sólo entre 2001 y 2009, Brasil registró 13.449 muertes por enfermedades relacionadas al saneamiento inadecuado, correspondiendo a 1,31% de todas las muertes en el período y aproximadamente R\$ 2,1 mil millones en gastos del SUS con consultas médicas e internaciones hospitalarias¹⁴.

La Amazonía brasileña tiene una lista de enfermedades infecciosas típicas de la región, y otras enfermedades crónicas resultantes de los cambios en los hábitos alimenticios en los últimos años⁵ proporcionando un ambiente preocupante en cuanto al control y prevención de estas enfermedades. Muchas comunidades no tienen electricidad, lo que limita el acceso a la información transmitida por Internet, radio y televisión. Además, no existe saneamiento básico y el acceso al agua tratada se realiza únicamente mediante el uso de hipoclorito, no siempre disponible o con una orientación inadecuada sobre su modo de uso, lo que puede dar lugar a una falsa impresión de prevención².

Con respecto al bajo nivel económico de los ribereños, es importante discutir el impacto de cualquier problema de salud y la carga económica sobre el individuo y su familia. Es necesario considerar la distancia para acceder a los servicios de salud (promedio de 60 km), la duración del viaje (promedio de 4 h), los costos de desplazamiento (las pequeñas embarcaciones de madera requieren combustible) y, en el caso de las hospitalizaciones, los costos de alojamiento y alimentación de los acompañantes, debido a que los ribereños generalmente no tienen residencia en el área urbana; además del impacto causado por la necesidad de interrumpir las actividades de la agricultura, la pesca, entre otras, por veces, las únicas fuentes de ingresos en las comunidades. La suma de estos temas puede afectar los ya limitados ingresos de los ribereños y el desenlace del problema de salud, obligándolos a recurrir a los recursos disponibles en la propia comunidad¹⁵, lo que puede agravar el problema de fondo, en un intento de resolver o retrasar la demanda del servicio de salud con la expectativa de mejorar el cuadro mórbido.

Otros estudios realizados en poblaciones ribereñas en la Amazonía han demostrado que las cuestiones geográficas interfieren directamente con el acceso a los servicios de salud^{2,15,16}. En otros países, como Australia, a pesar de las diferencias sociopolíticas, geográficas y culturales, las poblaciones rurales también sufren consecuencias negativas impuestas por las mismas cuestiones¹⁷, lo que demuestra que las características geográficas pueden limitar el alcance de los servicios de salud por parte de esas poblaciones.

Algunas estrategias fueron dirigidas por el gobierno brasileño con el fin de reducir las desigualdades de acceso a la salud que enfrentan las poblaciones vulnerables, incluidas las poblaciones ribereñas de la Amazonía. El Programa Más Médicos fue creado en 2013 (Medida Provisional No. 621/2013), con el objetivo de satisfacer las necesidades de los médicos en regiones vulnerables de Brasil¹⁸. En el mismo año, la Región Norte de Brasil tenía la lista más baja de médicos por cada 1.000 habitantes (1,0 médicos/1.000 habitantes), una realidad agravada en el estado de Amazonas, especialmente en el interior (0,2 médicos/1.000 habitantes), correspondiente a una proporción 10 veces menor en comparación con la capital Manaus (2,0 médicos/1.000 habitantes)¹⁶. Entre 2013 y 2017, el Programa Más Médicos contó con 18.240 médicos (62,6% era de médicos cubanos), distribuidos en 72,8% de los municipios brasileños¹⁸. Este programa, notoriamente, trajo una mayor cobertura de médicos en áreas de difícil acceso y mayor vulnerabilidad; sin embargo, de forma aislada, es incapaz de llenar los vacíos en la atención de la salud a estas poblaciones^{19,20}.

Otra estrategia que permitió avances en el acceso a la salud por parte de las poblaciones ribereñas fue la implementación de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) (Ordenanza MS/GM N.º 2.488/2011 y Ordenanza MS/GM N.º 2.490/2011). Según el PNAB, los municipios de la Amazonía Legal y Mato Grosso do Sul pueden elegir entre dos arreglos de organización

para los Equipos de Salud de la Familia: los Equipos de Salud de Familia Ribereñas (ESFR) y los Equipos de Salud de Familia Fluviales (ESFF), que deben estar compuestos por, al menos, un médico, una enfermera, un técnico o asistente de enfermería y de seis a 12 agentes comunitarios de salud (ACS)²¹.

Aunque las estrategias planteadas pueden haber avanzado en el contexto de la reducción de las desigualdades en el acceso a la salud entre las poblaciones ribereñas de Amazonas, en 2016 se aprobó la enmienda constitucional N.º 95, que prevé la congelación del gasto público para las dos décadas siguientes, entre las que se encuentra el gasto sanitario²². En este contexto, considerando la situación de vulnerabilidad ya impuesta a las poblaciones ribereñas en la Amazonía, es posible que esta medida incurra en impactos dramáticos con la reducción de las inversiones y el aumento de las desigualdades socioeconómicas y el acceso a la salud.

Cuando se analizaron las búsquedas por tipo de servicio y profesional de la salud, en caso de enfermedad entre los ribereños, los datos indican la preferencia por el servicio hospitalario y la atención médica. Esto puede estar relacionado con la creencia de que los profesionales médicos son los únicos capaces de resolver los problemas de salud de la población y el hecho de que los servicios ofrecidos por la atención primaria son limitados en su capacidad de resolución de problemas²³. Por otro lado, las limitaciones de acceso a la salud y la posibilidad de procesos mórbidos complejos, posiblemente agravados hasta la llegada al servicio de salud, pueden llevar a la necesidad de atención especializada en el hospital.

Cabe considerar que, debido a que el funcionamiento de la UBS es diurno y que existe la necesidad de programar consultas para una atención de emergencia o en otro momento, el único servicio de salud disponible sería el hospital. Por otra parte, aunque los ribereños acceden al casco urbano del municipio mensualmente², la duración limitada de la estancia en el mismo y el tiempo de la búsqueda del servicio pueden no coincidir con el funcionamiento de la UBS. Estos hallazgos advierten sobre la necesidad de cuidados con libre demanda, para contemplar las premisas del SUS de universalidad e integralidad en el cuidado²⁴.

Los ACS fueron frecuentemente buscados por los ribereños para la resolución de morbilidades. Como no hay servicios de salud en las comunidades ribereñas, los ACS son los únicos profesionales en estos lugares y actúan como mediadores entre la población y la red de servicios de salud. Ellos son residentes de las comunidades y trabajan en la Estrategia de Salud de la Familia mediante el registro y el acompañamiento de las familias, a través de visitas domiciliarias, y también orientan y desarrollan actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y lesiones, junto a la comunidad^{21,25}.

Las farmacias representaron la tercera opción en caso de problemas de salud, así como los farmacéuticos. Es posible que estos establecimientos

sustituyan, en algunas situaciones, la demanda de servicios sanitarios, especialmente en casos de morbilidades de resolución "fácil"²⁶ como los problemas de dolor, muy prevalentes en poblaciones ribereñas debido a intensas actividades laborales. En este punto, es importante preocuparse por el enmascaramiento de enfermedades, que pueden dar lugar a otras enfermedades más graves. Además, la demanda de farmacias puede incentivar el consumo de medicamentos, aumentando su stock en los hogares, proporcionando uso irracional y automedicación en comunidades ribereñas².

Cerca de uno de cada cuatro ribereños no consiguió programación de consulta cuando buscó servicios de salud en el área urbana del municipio, principalmente debido a la falta de registros o profesionales para la atención. Esos datos están en línea con los de la PNAD, que señaló tales aspectos como las principales razones de no conseguir atención de salud por la población brasileña⁷. Cabe mencionar que la citada investigación excluyó a la población rural de los estados de la Región Norte, lo que apunta a la necesidad de estudios que abarquen el acceso a los servicios de salud en esta región.

Entre las limitaciones del presente estudio, se considera que la captura de información sobre el tiempo y la distancia de acceso a los servicios de salud por parte de los ribereños puede sufrir grandes variaciones en relación al período de la investigación. Este estudio se realizó durante el período en el que los lagos y el río permitieron la navegación con facilidad (durante las inundaciones), de manera diferente a lo que ocurre en los períodos de sequía (entre agosto y noviembre), lo

que resulta en el aislamiento de algunas comunidades y aumenta sustancialmente el tiempo transcurrido para acceder a los servicios de salud.

CONCLUSIÓN

El acceso a servicios de salud por los ribereños se hace en pequeñas embarcaciones de madera, que pueden recorrer largas distancias entre las comunidades hasta el servicio de salud. Los ribereños suelen buscar, con más frecuencia, el hospital, siendo constatado que la dificultad en marcar la atención es uno de los principales motivos que limitan el acceso a las UBS.

Es necesaria la articulación entre estrategias que promuevan el acceso a los servicios de salud por los ribereños, viabilizando la continuidad de la asistencia a la salud de esas poblaciones.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Guimarães AF, Barbosa VLM, Silva MP, Portugal JKA y Reis MHS contribuyeron en la adquisición de los datos, revisión e interpretación de los resultados. Gama ASM contribuyó en la concepción del trabajo, adquisición, análisis e interpretación de datos, redacción y revisión crítica del contenido.

APOYO FINANCIERO

Fundación de Amparo a la Investigación del Estado de Amazonas.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no hay conflictos de interés relativos a la realización de la presente investigación.



REFERENCIAS

- 1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cadastro de municípios localizados na Amazônia Legal [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; c2016 [citado 2019 abr 5]. Disponible em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/informacoes-ambientais/vegetacao/15819-amazonia-legal.html?t=o-que-e>.
- 2 Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2018 fev;34(2):e00002817.
- 3 Fraxe TJP, Pereira HS, Witkoski AC, organizadores. Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais. Manaus: EDUA; 2007.
- 4 Santos FS, Gama ASM, Fernandes AB, Reis Jr JDD, Guimarães J. Prevalência de enteroparasitismo em crianças de comunidades ribeirinhas do Município de Coari, no médio Solimões, Amazonas, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2010 dez;1(4):23-8.
- 5 Oliveira BFA, Mourão DS, Gomes N, Costa JMC, Souza AV, Bastos WR, et al. Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad Saude Publica*. 2013 ago;29(8):1617-30.
- 6 Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- 7 Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):687-707.
- 8 Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saude Soc*. 2015 jan-mar;24(1):100-12.

- 9 Prosenewicz I, Lippi UG. Acesso aos serviços de saúde, condições de saúde e exposição aos fatores de risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. Saude Soc. 2012;21(1):219-31.
- 10 Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Cienc Saude Coletiva. 2012 nov;17(11):2865-75.
- 11 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Estabelecimento de saúde do município: Coari [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2017 jun 7]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.a
- 12 United Nations. The millennium development goals report: 2015 [Internet]. New York: United Nations; 2015. [cited 2017 Jun 7]. Available from: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf>.
- 13 Molina-Salazar RE, Aguilar-Bustamantes F, Amozurrutia-Jiménez JA. Acceso con equidad en los servicios de salud en México un enfoque institucional. Horiz Sanitario. 2018;17(3):197-207.
- 14 Teixeira JC, Oliveira GS, Viali AM, Muniz SS. Estudo do impacto das deficiências de saneamento básico sobre a saúde pública no Brasil no período de 2001 a 2009. Eng Sanit Ambient. 2014 jan-mar;19(1):87-96.
- 15 Sousa IS. As condições de vida e saneamento nas comunidades da área de influência do gasoduto Coari-Manaus em Manacapuru – AM. Hygeia. 2009 dez;5(9):88-98.
- 16 Silveira RP, Pinheiro R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia – Brasil. Rev Bras Educ Med. 2014 out-dez;38(4):451-9.
- 17 Mcgrail MR, Humphreys JS, Ward B. Accessing doctors at times of need-measuring the distance tolerance of rural residents for health-related travel. BMC Health Serv Res. 2015 May;15:212.
- 18 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 36 p.
- 19 Medina MG, Almeida PF, Lima JG, Moura D, Giovanella L. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. Saude Debate. 2018 set;42(esp):346-60.
- 20 Veras KB, Feitosa ANA, Quental OB, Seabra CAM, Gondim FSS. Impacto do programa mais médicos na atenção básica: uma análise de literatura. Rev Interdisciplin Saude. 2018 abr-jun;5(2):294-309.
- 21 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF), 2011 out 27; Seção 2:28. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
- 22 Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2016 dez 16; Seção 1:2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.
- 23 Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. Rev Econ Sociol Rural. 2005 jan-mar;43(1):29-44.
- 24 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1990 set 20; Seção 1:18055.
- 25 Ministério da Saúde (BR). O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 80 p. (Série F. Comunicação e educação em saúde). [Link]
- 26 Matos JF, Pena DAC, Parreira MP, Santos TC, Coura-Vital W. Prevalência, perfil e fatores associados à automedicação em adolescentes e servidores de uma escola pública profissionalizante. Cad Saude Colet. 2018;26(1):76-83.

Recibido en / Received: 13/1/2019
Aceptado en / Accepted: 6/12/2019

Se refiere al doi: 10.5123/S2176-6223202000178, publicado originalmente en portugués.

Traducido por: Lota Moncada

Cómo citar este artículo / How to cite this article:

Guimarães AF, Barbosa VLM, Silva MP, Portugal JKA, Reis MHS, Gama ASM. Acceso a servicios de salud por ribereños de un municipio en el interior del estado de Amazonas, Brasil. Rev Pan Amaz Saude. 2020;11:e202000178. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-6223202000178>