



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil

Projeto de Pesquisa

Coordenação Geral

Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Helena Maria Seidl Fonseca

Valéria Morgana Penzin Goulart

ABRIL/2019

Equipe de pesquisa

Angela Carneiro de Oliveira

Aylene Bousquat

Cassiano Mendes Franco

Cleide Lavieri Martins

Cristiano Gonçalves Moraes

Daniela de Moraes Santiago

Denis Fernandes da Silva Ribeiro

Edialy Cancian Tetemann

Edson Alves de Menezes

Fabiely Gomes da Silva Nunes

Fabíola Lana Iozzi

Fernando Ramalho Gameleira Soares

Helena Maria Seidl Fonseca

Hosana Machado Rodrigues Braz

Jéssica de Oliveira Sousa

Jôse Ribas Galvão

Juliana Gagno Lima

Larissa Ádna Neves Silva

Lígia Giovanella

Lucas Manoel da Silva Cabral

Marcia Cristina Rodrigues Fausto

Patty Fidelis de Almeida

Priscilla Caran Contarato

Silvio Almeida Ferreira

Wanhinna Regina Soares da Silva

Coordenação Executiva

Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Helena Maria Seidl Fonseca

Lucas Manoel da Silva Cabral

Introdução

No Brasil, historicamente a oferta de serviços de saúde se concentrou nos grandes centros econômicos. Nos últimos 20 anos esta situação foi amenizada especialmente pela importante expansão dos serviços de saúde de atenção primária à saúde (APS) em todo território nacional (FAUSTO et al., 2014). Ainda assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) é marcado por forte desigualdade socioespacial no que diz respeito à oferta de serviços, equipamentos, profissionais e recursos financeiros. O acesso à saúde no Brasil é fortemente determinado pela condição socioeconômica e pelo local de residência dos cidadãos. Aqueles que possuem melhores condições de renda e vivem em regiões inseridas no circuito econômico possuem mais chances de acesso aos serviços de saúde do que os que vivem em regiões menos desenvolvidas e com baixa condição socioeconômica (TRAVASSOS, OLIVEIRA, VIACAVA, 2006).

Estudos também apontam que no Brasil, o padrão de desigualdade econômica e social que prevalece nos territórios rurais determina as condições de vida e conseqüentemente as condições de saúde (KASSOUF, 2005; BEHEREGARAY e GERHARDT, 2010; TRAVASSOS e VIACAVA, 2007). As famílias nas faixas de renda mais baixas residem nos municípios rurais, onde também se apresentam as maiores taxas de analfabetismo (15 anos ou mais de idade) e se localizam os domicílios mais desprovidos de saneamento básico (IBGE, 2009; Soares et al., 2015). Entre os municípios brasileiros com alto percentual de população rural estão aqueles que apresentam os piores resultados para o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)¹, influenciado principalmente pelas dimensões renda e educação. Muitos territórios rurais caracterizam-se pelo que Milton Santos considerou como territórios opacos (Santos, 1996), não inseridos no circuito econômico. Nesses mesmos territórios prevalece a tendência para *Inverse Care Law* (Hart, 1971), ou seja, escassa disponibilidade dos recursos em saúde nas áreas de baixo desenvolvimento econômico e social, onde residem grupos sociais menos privilegiados com expressivas necessidades em saúde. Essa situação se torna mais grave quando pensamos que as desigualdades percebidas decorrem de iniquidades, ou seja, as oportunidades distribuídas desigualmente são desnecessárias, injustas e evitáveis (Barata, 2009).

Desde o final dos anos de 1990 o Ministério da Saúde (MS) vem induzindo financeiramente a adesão municipal à proposta de ampliação da oferta de serviços de atenção primária à saúde (APS) em todo território nacional. A expansão dos serviços de

¹ Dados disponíveis no site Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil.
<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>

APS em todo o país, ocorreu, inclusive, nas áreas rurais. Malta et al. (2016) ao analisar os dados de cobertura da Estratégia SF, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, identificou que 72,3% dos residentes em área rural eram cadastrados em unidades de saúde da família.

A despeito da multiplicidade de respostas municipais para a organização da APS, avanços têm sido mapeados em vários estudos, nos quais se observa a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família em quase todos os municípios brasileiros. São cerca de 39.000 equipes da ESF atuando em todo o país. Todavia, estudos também apontam para a permanência de importantes desafios que transitam entre aspectos comuns e particulares, com aproximações e com diferenças nos diversos territórios. Os desafios da APS estão relacionados a condições inadequadas da rede física das unidades (Bousquat et al., 2017); ao financiamento insuficiente (Mendes, 2014); as dificuldades de integração com os demais recursos em saúde (Almeida et al., 2010; Mendes, 2015); e a incorporação e fixação de profissionais de saúde qualificados (Dal Poz, Pierantoni & Girardi, 2013).

Nas áreas rurais e remotas estes desafios são ainda maiores, dado que os avanços conquistados na APS ainda são pouco desenvolvidos, se comparados às áreas urbanas. Dados analisados a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) sinalizam haver disparidades importantes no acesso às unidades básicas de saúde. A oferta de cuidados de uma equipe de atenção básica pode ser mais ou menos acessível, resolutiva, abrangente e integrada, a depender do lugar onde as equipes atuam. Essas disparidades, em parte, espelham as condições de desigualdade social do país, com repercussões importantes no acesso e uso dos serviços de APS (Fausto & Fonseca, 2013).

Dilemas relativos a disponibilidade e organização de serviços de saúde em áreas remotas localizadas fora do eixo urbano, com baixa densidade demográfica e pequeno porte populacional não é uma singularidade brasileira. Apesar das diferenças de problemas entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, o acesso tem sido considerado um dos principais temas a serem enfrentados na atenção à saúde em áreas rurais e remotas, em todo o mundo. Na maior parte dos países, observam-se nas localidades rurais, dificuldades com transporte e comunicação e enfrenta-se o desafio da escassez de médicos e demais profissionais de saúde (STRASSER, 2003).

Para o setor saúde, a inserção de serviços em áreas rurais e particularmente em áreas remotas constitui-se em importante desafio, considerando o princípio da universalidade e da equidade que rege o SUS. Atuar na perspectiva do direito à saúde

significa que, não basta que os serviços estejam presentes nestes espaços. É fundamental dimensionar as condições estruturais dos serviços locais e sua interligação com um conjunto maior de recursos do SUS, de forma a responder as necessidades de saúde específicas das populações desses territórios.

Este estudo parte da hipótese de que os modelos organizacionais propostos para os serviços de APS têm pouca expressividade para captar e considerar particularidades das áreas rurais e remotas. Ao contrário, perdem referência em contextos geográficos, sociais, culturais e epidemiológicos específicos, sendo quase uma exigência a adoção de abordagens alternativas (em geral informais) para prestação de cuidados, de forma a reconhecer e atuar a partir das necessidades em saúde da população local.

As comunidades isoladas e remotas, em geral são pequenas e rarefeitas. Essa característica do território impõe à população residente acessar os cuidados em saúde em centros urbanos, geralmente a sede do município. O acesso a serviços de saúde prestados em grandes centros continua a ser um problema para muitos residentes de áreas remotas, e as barreiras encontradas para acessar os serviços de saúde quando necessário contribuem para resultados negativos em saúde, decorrente do não acesso oportuno, adequado e pela falta de continuidade dos cuidados (Australian Institute of Health and Welfare, 2005).

O objetivo central deste projeto de pesquisa é reconhecer as características da oferta de serviços de atenção básica e de sua relação com a rede para garantia de atenção integral e integrada, em territórios brasileiros considerados rurais e remotos, suas especificidades, problemas e possíveis experiências em curso que tenham expressão local no sentido da melhoria do acesso e da qualidade do cuidado em saúde.

Dados de contexto são cruciais para compreensão dessas realidades. Em cenários onde as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica ainda permanecem como desafio a ser enfrentado é preciso rever os modelos, ou mesmo reconhecer que há a ausência de modelos de organização de cuidados que deem conta de capturar as especificidades das áreas rurais e remotas. Para isso, é imprescindível partir da própria realidade, reconhecer os obstáculos que persistem para ampliação do acesso aos serviços de APS, suas limitações na interface com a atenção especializada, as condições políticas, sociais e econômicas para colocar em prática as diretrizes ministeriais para a consolidação da APS como porta de entrada do sistema de saúde, serviço de procura regular, oferta de cuidados integrais, contínuos e articulados na rede de serviços de saúde. É fundamental também o reconhecimento das condições estruturais a partir das quais as equipes AB realizam o cuidado junto à população sob

responsabilidade sanitária. Sobretudo, reconhecer como os serviços são prestados, os elementos que favorecem ou desfavorecem o acesso aos serviços de APS e da rede assistencial a partir da experiência de uso dos cidadãos que vivem nestes contextos. O reconhecimento desta realidade é elemento chave para a construção de propostas, estratégias coerentes e sustentáveis para a organização e oferta de ações nos serviços de saúde, de modo a responder às demandas peculiares das populações residentes em territórios rurais e remotos do Brasil.

Este projeto tem como foco ampliar a lente para investigar lacunas de informação sobre a APS brasileira e reconhecer em maior profundidade questões que os inquéritos realizados nos dois primeiros ciclos do PMAQ apontaram como problemas que merecem investigações específicas.

Em acordo com o grupo técnico do Ministério da Saúde foi estabelecido que uma parte do recurso destinado ao grupo Fiocruz para execução da coleta de dados do terceiro ciclo do PMAQ seria utilizada para a realização de estudo qualitativo sobre a organização da atenção primária em áreas rurais e remotas.

Objetivo Geral

Compreender singularidades e especificidades da organização e do uso dos serviços de atenção primária à saúde e de sua relação com a rede para garantia de atenção integral e integrada, nos territórios considerados rurais e remotos.

Objetivos Específicos

- Caracterizar os municípios rurais e remotos em relação aos seus aspectos econômicos, demográficos e sociais;
- Caracterizar a inserção dos municípios rurais e remotos nas regiões de saúde;
- Caracterizar os serviços de APS localizados em territórios rurais e remotos;
- Identificar modos de organização dos serviços de APS em territórios rurais e remotos;
- Reconhecer as estratégias de gestão da APS direcionadas para responder às necessidades em saúde das populações residentes em áreas rurais e remotas;
- Conhecer o processo de trabalho das equipes de atenção primária e como se conformam as intervenções em saúde em territórios rurais e remotos;

- Conhecer a trajetória assistencial de cidadãos residentes em territórios rurais e remotos para acesso à atenção integral, desde os serviços de APS até os de maior densidade tecnológica a partir do cuidado ofertado nos serviços de APS;
- Analisar a configuração dos fluxos regionais para garantia de continuidade dos cuidados desde a perspectiva dos municípios rurais e remotos.

Metodologia

Trata-se de estudo de casos múltiplos, exploratório, de natureza quantitativa e qualitativa, tendo como unidade de análise os municípios rurais remotos de atuação de equipes de saúde da família.

O contexto rural e remoto no Brasil

O conceito de ruralidade no Brasil não está bem estabelecido na literatura. Quando se trata de definição de políticas públicas evidenciam-se limitações conceituais do ponto de vista da geografia. A legislação vigente no país é ainda o Decreto Lei 311/38 (BRASIL, 1938) na qual a concepção de ruralidade se constitui a partir de uma perspectiva residual, a partir daquilo que não é urbano. O Decreto estabelece que as sedes dos municípios e dos seus distritos são os espaços urbanos, sendo área rural o que está fora do espaço urbano. Os limites entre os espaços urbanos e rurais são determinados por leis municipais, podendo se constituir em espaços geográficos diferenciados entre os municípios brasileiros.

Esta concepção tem sido bastante criticada porque limita a concepção de rural a um subproduto do urbano (Miranda & Silva, 2013), sem atentar para a diversidade dos contextos rurais. Elementos como a economia agropecuária, extrativismo, pesca ou modos de vida tais como ribeirinhos, quilombolas, assentados, pantaneiros, indígenas se mesclam e definem os espaços territoriais rurais e remotos no país. São contextos territoriais marcados por características geográficas, econômicas, políticas, históricas e culturais específicas que afetam diretamente a vida das pessoas que vivem nessas localidades.

A definição das fronteiras entre os espaços urbanos e os rurais é cada vez mais difícil, em decorrência do crescimento de diversas interconexões entre eles, com

destaque para a inserção da agropecuária no circuito econômico globalizado. Não obstante, ainda existem diferenças importantes entre os espaços urbanos e os rurais, especialmente no acesso a bens e serviços pela população moradora. Esta característica renova a importância deste tema para a análise e planejamento de políticas públicas, especialmente em um país com dimensões continentais e marcado por um padrão de extrema desigualdade sócio espacial como o Brasil.

O IBGE propôs uma nova caracterização dos espaços rurais e urbanos brasileiros em 2017 (IBGE, 2017), baseada nas tipologias da *Organisation for economic co-operation and development* (OECD) e União Européia. A tipologia proposta divide os municípios brasileiros em urbanos, intermediários adjacentes, intermediários remotos, rurais adjacentes e rurais remotos. Dois elementos foram centrais na classificação proposta: o tempo de deslocamento até um sub centro, centro ou metrópole regional; e a população residente em áreas de ocupação densa. Segundo o IBGE, a escolha da variável de deslocamento se deu com o intuito de diferenciar os municípios em sua relação com centros urbanos de maior porte, já que a maneira como os municípios se ligam a centros urbanos com maior complexidade de oferta de bens e serviços é um importante meio de qualificação das áreas não urbanas. Isto condiciona o acesso da população a economias maiores – centros de informação, comunicação, comércio e finanças – que se caracterizam como lugares centrais por onde as menores economias conectam-se aos mercados nacionais e internacionais.

O foco da presente pesquisa são os 323 municípios classificados pelo IBGE como rurais e remotos, nos quais vivem 3.856.692 cidadãos brasileiros. É evidente que esta definição traz em si características que dificultam a garantia de acesso universal e integral ao sistema de saúde, restringendo a consecução da equidade.

Nos parágrafos acima foram detalhados os dois traços comuns aos municípios rurais remotos, mas o que os diferencia? Santos (1978, 1979, 1982, 1994, 1996) demonstra, em sua vasta obra, que o processo de desenvolvimento socioespacial brasileiro é marcado pela inserção bastante desigual dos diversos lugares no circuito econômico nacional e global. Muitas vezes, convivem no mesmo município, locais que se ligam diretamente aos circuitos econômicos globais e outros marcados por forte desinserção econômica e social, onde a exclusão social é a tônica. Acreditamos que a utilização deste referencial teórico pode contribuir para uma melhor caracterização dos municípios rurais remotos, especialmente na análise do sistema de saúde em geral, e da APS em particular. O reconhecimento do território é um passo central para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para o

dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de corresponsabilidade entre os serviços de saúde e população.

Em suma, o referencial teórico adotado nesta pesquisa parte do pressuposto que a conformação socioespacial brasileira é elemento central para a análise das políticas de saúde em geral, e da APS em particular. Afinal, a APS e a conformação de sistemas de saúde em locais com rarefação de equipamentos e recursos humanos é distinta daquelas que ocorrem nos chamados espaços “luminosos”², nos quais ocorre concentração dos recursos econômicos, humanos e das diversas redes de informação e poder que configuram o capitalismo transnacional (Castell, 1998; Santos e Silveira, 2001). Há um enorme campo de conhecimento teórico-prático a ser deslindado, cuja compreensão poderá por um lado, identificar problemas que impedem uma melhor qualidade e cobertura da prestação de serviços de saúde pelo SUS e por outro, evidenciar as estratégias de superação desta realidade que vem sendo criados, recriados e vivenciados no dia a dia por gestores, profissionais de saúde e especialmente pelos cidadãos que aí vivem.

Critérios para escolha dos municípios participantes do estudo

Partindo da categoria de análise – o uso do território- elaborou-se uma proposta de tipologia dos municípios rurais remotos (MRR) para subsidiar a realização do campo da pesquisa. O procedimento se apoiou em análises cartográficas e fundamentalmente em referências bibliográficas que analisam os diferentes processos de conformação do território brasileiro destas regiões. Foram então identificadas seis áreas homogêneas, com lógicas espaciais distintas, que aglutinam 97,2% (307) dos MRR, são elas: Matopiba; Norte de Minas; Vetor Centro-Oeste; Semiárido; Norte das águas; e Norte das Estradas. Os municípios não classificados correspondem a municípios bastante dispersos, que não caracterizam uma dinâmica própria (Tabela 1).

Além dos municípios rurais remotos, optou-se também por incluir duas capitais de estados da Região Norte que possuem áreas rurais consideradas de difícil acesso: Manaus (AM) e Macapá (AP). Estas capitais possuem áreas rurais que apresentam características de rarefação populacional e de isolamento que implicam em barreiras de acesso aos serviços de saúde.

²Terminologia cunhada por Milton Santos.

Tabela 1: Distribuição dos municípios Rurais Remotos (IBGE, 2017) por áreas da pesquisa, Brasil.

Áreas Propostas	Municípios	%
Matopiba	92	28,5
Vetor Centro oeste	84	26,0
Semiárido	43	13,3
Norte água	45	13,9
Norte Estrada	28	6,5
Norte de Minas	22	6,8
Subtotal	314	97,2
Não classificados	9	5,0
Brasil	323	100,0

A amostra para o campo da pesquisa é do tipo intencional e foi estruturada a partir das seis áreas que caracterizam os municípios rurais remotos em todo o país. Em cada área da pesquisa foram selecionados municípios que correspondem ao “município médio”, com características mais comuns na área, considerando aspectos socioeconômicos, demográficos e de saúde. Aos municípios médios foram agregados municípios *outliers*, com características incomuns na área, segundo os mesmos critérios. Na Tabela 2 podem ser visualizadas as principais características socioeconômicas dos MRR segundo as áreas da pesquisa.

Tabela 2: Características Socioeconômicas por áreas Municípios Rurais Remotos

Área da Pesquisa	média hab	área média (km ²)	Densidade (hab/km ²)	PIB médio(R\$)	Faixa IDHM predominante	Percentual pop com bolsa família
Matopiba	8321	2652	4,47	11408	baixo	50,3
Vetor CO	9151	5885	2,27	25916	médio	21,4
Norte MG	9271	1059	11,26	6102	médio	45,6
Semiárido	11706	1847	10,06	6532	baixo	63,6
Norte Estrada	20703	13284	2,70	12791	baixo	48,3
Norte Água	21002	14997	3,32	6983	baixo	54,9

Garante-se assim a inclusão de diferentes realidades dos MRR, o que proporcionará uma análise aprofundada tanto dos constrangimentos para o sistema de

saúde, bem como das inúmeras estratégias utilizadas pela população e pelos serviços de saúde para vencer estes constrangimentos.

A seguir serão descritas as principais características de cada uma das seis áreas identificadas e em cada uma delas, os municípios selecionados para realização do estudo.

Características das áreas da pesquisa e municípios selecionados

Para a caracterização dos municípios foram analisados dados econômicos, sociais e demográficos; dados de composição da rede de saúde e da lógica de ocupação do território. Foram utilizadas bases de dados secundários oficiais do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; do IBGE e do Ministério da Saúde. As variáveis de análises escolhidas podem ser visualizadas na Tabela 1. No caso dos dados do Programa Bolsa Família (PBF), o percentual da população coberta foi calculado considerando 3.4 habitantes por família, que é a média de habitantes por domicílio brasileira. Esta opção leva em consideração uma subestimação do percentual da população municipal que é beneficiada pelo programa, mas como o procedimento foi realizado para todos os municípios é possível compará-los.

Tabela 3: Variáveis escolhidas, ano de referência e fonte utilizada.

Dado	Ano de referência e mês quando houver	Fonte
População Residente	2015	IBGE via Datasus http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?novapop/cnv/popbr.def
PIB per capita	2016	IBGE Link: https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=resultados
Dado	Ano de referência e mês quando	Fonte

houver		
Distribuição do PIB pelos setores da economia: agropecuária, indústria, serviços.	2016	IBGE Link: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=resultados
Valor do PIB arrecadado através de impostos	2016	IBGE Link: https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=resultados
Área em km2 (municípios)	2010	IBGE Link: https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/todos-os-produtos-geociencias/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=downloads
Número de famílias beneficiárias do PBF	Agosto de 2018	SIBEC, Caixa. Link: https://www.beneficiosociais.caixa.gov.br/consulta/beneficio/04.01.00-00_00.asp
Rol de serviços público de saúde mês base	Atualização: 2018	CNES Link: http://cnes.saude.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp
Percentual da População cadastrada na ESF	Dezembro de 2017	Dados fornecidos pelo DAB
Número de serviços públicos e privados de saúde	Atualização: 2018	CNES Link: http://cnes.saude.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp
CIR a que estão vinculados	2010 - 2015	DATASUS
Números de médicos do PMM		Fiotec

A- MATOPIBA

Um dos principais vetores de crescimento do agronegócio brasileiro nos últimos anos é a chamada região de Matopiba, que engloba parcialmente os estados do Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia. Como se pode notar, Matopiba é o acrônimo criado a partir das iniciais destes estados. A delimitação desta área foi realizada pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), e pela Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA), formalizada através do decreto 8.477 de maio de 2015 da presidência da república.

Em Matopiba, um dos principais traços de ocupação do território reside nas mudanças recentes no uso e condição fundiária das terras, que incluiu a introdução de novas tecnologias de produção abarcando a irrigação. Este cenário se deu *pari passu* coma expansão do agronegócio no país. As mudanças no uso e ocupação do solo foram marcantes especialmente no oeste baiano, com a substituição muito rápida das pastagens extensivas em campos e cerrados por uma agricultura mecanizada e áreas de irrigação, levando ao crescimento econômico e chegada de indústrias. No Tocantins houve o crescimento de centros de suprimento, armazenamento e transporte.

A área então definida corresponde aos limites de 31 microrregiões geográficas do IBGE, englobando 337 municípios todos no bioma do cerrado. Vale ressaltar que destes, 92 foram considerados municípios rurais remotos pela classificação do IBGE.

No entanto, esta nova fronteira agrícola colide com a existência de milhares de pessoas que lá já viviam, a partir do uso tradicional do cerrado. São populações indígenas, quilombolas, de agricultores familiares e populações tradicionais. Em 2014, a região contava com 46 unidades de conservação (8.334.679 ha), 35 terras indígenas (4.157.189 ha) e 781 assentamentos de reforma agrária e áreas quilombolas(3.033.085 ha) (Miranda et al, 2014).

É uma área de importante conflito, onde diferentes projetos de desenvolvimento se confrontam que, sem dúvida, podem e devem ser considerados quando da análise de políticas públicas em geral, especificamente de saúde.

Com relação aos municípios RR de Matopiba, a população média é de 8.321(\pm 7.806), variando de 1.543 (São Félix do Tocantins) a 60.585 habitantes (Barrerinhas). A densidade populacional média é de 4,47 hab/km² e a mediana de 3,01hab/km², as áreas são pequenas com média de 2.652 km² e mediana de 1.958 km².

O PIB médio per capita foi de R\$ 11.408,89(±R\$11.571,76) e o mediano de R\$ 8.186,50, espelhando um quadro heterogêneo. A maior parte dos municípios é classificada nas faixas muito baixa e baixa do PIB percapita. Os municípios de Campos Lindos, Lavandeira, Mateiros, Sambaiba, Tasso Fragoso se comportam como *outliers* com PIB percapita de R\$ 31.756 R\$ 44.781 R\$46.757 R\$33.312 R\$88.449 respectivamente. A administração pública responde pela maioria do PIB destes municípios, seguida da agropecuária. O percentual médio da população beneficiária do Programa Bolsa Família, por município, é de 50,2 (±14,9) com mediana de 52,1. Caseara, Chapada da Natividade, Lagoa da Confusão e Simolândia tem maior peso da agropecuária nas suas economias.

Quanto a organização do setor saúde, os 92 municípios se distribuem em 18 CIR, sendo que a CIR da Chapada dos Mangabeiras aglutina 21 destes municípios. Em relação ao PMAQ a adesão foi quase integral no Ciclo 1 (97,8%) baixando para 72,8% no Ciclo 2. Apenas 27 municípios dos 92 contavam com profissionais dos PMM em maio de 2018. A maior parte dos municípios tem coberturas de 100% de ESF.

Na Tabela A1 é possível visualizar alguns indicadores socioeconômicos dos municípios desta região.

Tabela A1: População, IDHM, PIB, Composição do PIB pelos setores da Economia. Municípios Rurais Remotos – MATOPIBA, 2015/2016

Indicador	N	Percentual
Faixa populacional		
<5000	36	39,1
5000 a 9999	29	31,5
10000 a 14999	16	17,4
15000 a 39999	10	10,9
>40000	1	1,1
PIB per capita- faixa		
Muito baixo	36	39,1
Baixo	39	42,4
Médio	6	6,5
Alto	11	12
Faixa IDHM		
Alto	0	0
Médio	35	38
Baixo	55	59,8
Muito baixo	2	2,2

Composição média percentual do PIB

Agricultura e agropecuária		25,5
Industria		5
Serviços*		21,9
Administração		47,6
Percentual de Beneficiários do PBF		
Até 30%	9	9,8
30 a 49,9	32	34,8
50 a 74,9	48	52,2
+ 75	3	3,2

* Exclusive serviços de administração, saúde e educação públicas e seguridade social

Dentre os municípios da região Matopiba optou-se pela escolha intencional dos municípios médios da CIR da Chapada das Mangabeiras: Monte Alegre do Piauí, Redenção do Gurguéia e Júlio Borges. Como municípios *outliers* foram escolhidos: Campos Lindos(TO), Tasso Fragoso (MA), Formosa da Serra Negra (MA) e Avelino Lopes(PI). Campos Lindos (TO) sedia uma importante unidade da Cargill, tem PIB per capita alto com IDHM Baixo. Tasso Fragoso agrega população com menos de 9000 habitantes, com PIB percapita mais alto dentre os municípios do seu grupo. Avelino Lopes tem uma rede de saúde bem diversificada, incluindo CAPS, por outro lado Formosa do Serra Negra é da CIR de Balsas, que agrega o maior número de MRR no Maranhão. (Tabela A2)

Tabela A2: Características socioeconômicas e demográficas dos municípios selecionados na área de Matopiba.

MATOPIBA								
UF	Município	CIR	Pop	Área	Dens Demog	IDHM	PIB percapita	% pop bolsa fam.
TO	Campos Lindos	Médio/Norte Araguaia	9.409	3.240	2,90	0,544	31.756,000	26,52
PI	Avelino Lopes	Chapada Mangabeiras	11.430	1.305	8,76	0,554	4.410,000	78,87
PI	Júlio Borges	Chapada Mangabeiras	5.509	1.297	4,25	0,582	4.917,000	60,63
PI	Monte Alegre do Piauí	Chapada Mangabeiras	10.442	2.417	4,32	0,578	7.498,000	61,99
PI	Redenção do Gurguéia	Chapada Mangabeiras	8.599	2.468	3,48	0,589	5.619,000	73,92
MA	Formosa da Serra Negra	Balsas	18.572	3.950	4,70	0,556	5.665,000	51,18
MA	Tasso Fragoso	Balsas	8.306	4.383	1,90	0,599	88.489,000	47,97

B- NORTE DE MINAS

Norte de Minas é uma região que se caracteriza por lógica espacial própria, agrega também o Vale do Jequitinhonha. Sem dúvida, esta área pode ser considerada como uma das mais importantes “zonas opacas” da região concentrada, espelhando sobremaneira o desigual processo de constituição do território do estado de Minas Gerais. Especialmente, as regiões sul e leste do estado integraram-se comercialmente ao centro de expansão industrial paulista, com intensificação das relações capitalistas de produção. Acrescenta-se que Minas Gerais se caracterizou por fornecer mão-de-obra para o crescente mercado paulista, especialmente nas décadas de 50 e 60 do século XX, contribuindo ainda mais para perda da população rural (Cano, 2007; Rigotti e Campos, 2009). O mesmo não aconteceu com as demais regiões mineiras, acentuando as desigualdades regionais (Cano, 2007).

A região do Norte de Minas acabou por se caracterizar por uma baixa inserção no circuito econômico nacional, podendo ser caracterizada como uma área de grandes carências. De tal modo que a própria Sudene, criada pela lei 175 de 07 janeiro de 1936, inclui o Norte de Minas em sua área de atuação, incorporando-o funcionalmente ao Nordeste.

Do conjunto dos municípios RR brasileiros, 24 se localizam em Minas Gerais, sendo que destes, 22 no Norte, mais especificamente nas mesorregiões de Norte de Minas e Jequitinhonha.

No geral, são municípios com pequena população, mediana de 7.545 habitantes, média de 9.271(± 5.820) habitantes. As populações variam de 4.643 (José Gonçalves de Minas) a 30.732 habitantes (Rio Pardo de Minas). As áreas territoriais são pequenas, 1.059 km² média e 746 de mediana A densidade populacional média é de 11,26 habitantes por km² com mediana de 10,60.

O PIB médio per capita foi de R\$ 6.102,04; o mediano de R\$ 6.292,00, espelhando um quadro bastante homogêneo, o que se comprova quando se classifica o PIB per capita pelas faixas do IBGE. A maior parte dos municípios tem PIB per capita nas faixas muito baixa. Em todos os 22 municípios a principal atividade econômica é a da administração, defesa, educação e saúde públicas e seguridade social, demonstrando baixa capacidade econômica. Por outro lado, o IDH-M é médio na maioria (63,6%), como pode ser visualizado na Tabela B1.

Tabela B1: População, IDHM, PIB, Composição do PIB pelos setores da Economia.
Municípios Rurais Remotos – Norte de Minas, 2015/2016

Indicador	N	Percentual
Faixa pop		
<5000	4	18,2
5000 a 9999	10	45,5
10000 a 14999	6	27,3
15000 a 39999	2	9,1
>40000	0	
PIB per capita- faixa		
Muito baixo	20	90,9
Baixo	2	9,1
Médio	0	
Alto	0	
Faixa IDHM		
Alto	0	0
Médio	8	36,4
Baixo	14	63,6
Muito baixo	0	0
Composição média percentual do PIB		
Agricultura e agropecuária		12,5
Industria		4,8
Serviços*		27
Administração		55,7

* Exclusive serviços de administração, saúde e educação públicas e seguridade social

O percentual médio da população beneficiária pelo Programa Bolsa Família (PBF), por município é de 45,5 ($\pm 9,0$) com mediana de 46,8%.

Os 22 municípios se distribuem em 9 CIR, sendo que a CIR da Salinas/Taiobeiras aglutina 5 municípios, seguida de Manga e Aruçai cada qual com 4 municípios. Em relação ao PMAQ todos os municípios participaram do Ciclo 1 e do Ciclo2. Profissionais dos PMM atuavam em 17 municípios (77,3%) em maio de 2018. Todos os municípios têm coberturas de 100% de ESF.

Para a amostra de municípios na área Norte de Minas foram selecionados 3 municípios, dentre os quais Indaiabira e Rubelita são pertencentes a CIR de Salinas/Taiobeiras, escolhidos como municípios médios. Como *outlier* foi escolhido o município de São João das Missões, pertencente a CIR Montes Claros/Manga que apresenta o menor PIB per capita (R\$ 4.222), com uma população acima do percentil 75%; com o maior percentual de peso relativo da administração pública na composição do PIB (69%) e com IDHM baixo (Tabela B2).

Tabela B2: Características socioeconômicas e demográficas dos municípios selecionados na área de Norte de Minas.

NORTE DE MINAS								
UF	Município	CIR	Pop	Área	Densid Demog	IDHM	PIB percapita	% pop c/ bolsa familia
MG	Indaiabira	Salinas Taiobeiras	7.526	1.004	7,50	0,610	6.650,000	46,73
MG	Rubelita	Salinas Taiobeiras	7.095	1.110	6,39	0,582	5.598,000	48,63
MG	São João das Missões	Manga	12.655	678	18,67	0,529	4.222,000	53,39

C- VETOR EXPANSÃO CENTRO-OESTE

No vetor de expansão centro-oeste brasileiro o meio técnico-científico informacional se estabeleceu sobre um território de herança técnica rarefeita, que absorveu o novo numa rede de cidades que se assenta sobre moderna produção agrícola. O aspecto não apenas tecnológico, mas ideológico que o sustenta pode ser inferido pelos termos escolhidos por Santos e Silveira (2001) para caracterizar a área – agricultura globalizada, mundo da informação – combinados à participação do Estado pela via do financiamento. As áreas de densidade de mecanização agrícola são as maiores do país, bem como a utilização de tecnologia de ponta: “*Não havendo rugosidades materiais e organizacionais consideráveis, os novos objetos e as novas ações criam um espaço inteiramente novo e com grande participação da globalização*” (Santos e Silveira, 2001p.271).

A região agrega 84 municípios, 26,0% do total dos MRR brasileiros, sendo que a maioria se localiza no estado do Mato Grosso. No geral, são municípios com população média de 9.151(± 6.730,1) habitantes com mediana de 7.890,5 habitantes. As populações variam de 975 (Araguaína) a 37.165 habitantes (Machadinho do Oeste). A densidade populacional média é de 2,27 hab/km² com mediana de 1,58 hab/Km². As

áreas são extensas com 5.885,8 km² média e 4.396,0 km² de mediana. O maior município (Colniza) tem área de 27 924 km².

O PIB médio per capita foi de R\$ 25.916(± 2.461) com mediana de R\$ 16.681. Na classificação do PIB per capita pelas faixas do IBGE, a maior parte dos municípios tem PIB per capita nas faixas alta e média (Tabela C1). De todas as áreas da pesquisa é a única em que metade dos municípios tem como atividades econômicas principais: agropecuária, comércio, eletricidade ou gás.

Tabela C1: População, IDHM, PIB, Composição do PIB pelos setores da Economia. Municípios Rurais Remotos – Vetor Centro-Oeste, 2015/2016

Indicador	N	Percentual
Faixa pop		
<5000	26	31
5000 a 9999	25	29,8
10000 a 14999	19	22,6
15000 a 39999	14	16,7
>40000	0	0
PIB per capita- faixa		
Muito baixo	1	1,2
Baixo	24	28,6
Médio	26	31
Alto	33	39,3
Faixa IDHM		
Alto	12	14,3
Médio	64	76,2
Baixo	8	9,5
Muito baixo	0	0
Composição média percentual do PIB		
Agricultura e agropecuária		39,6
Indústria		8,9
Serviços*		23
Administração		28,5

* Exclusive serviços de administração, saúde e educação públicas e seguridade social

A faixa de IDHM predominante é a média (Tabela C1) O percentual médio da

população beneficiária do Bolsa Família, por município, é de 21,4(± 9,1) com mediana de 20,0.

Os 84 municípios se distribuem em 24 CIR, sendo que a CIR da Sudoeste Matogrossense aglutina 7 destes municípios, seguida pelas CIR de Campo Grande e Teles Pires cada uma com 6 municípios.

Em relação ao PMAQ a adesão foi integral no ciclo 1 (100,0%) baixando para 91,7 no ciclo 2. Menos da metade dos municípios(34) contava com profissionais dos PMM em maio de 2018. A maior parte dos municípios tem ESF (75 municípios), com cobertura média de 89,1%.

Para a amostra de municípios na área Vetor centro-Oeste foram selecionados 3 municípios: Nova Lacerda, Vila Bela da Santíssima Trindade, ambos da CIR Sudoeste Matogrossense; e Tabaporã, pertencente a CIR Vale dos Arinos. Como município *outlier* optou-se por Vila Nova da Santíssima Trindade por ter PIB considerado alto e por ser fronteira com a Bolívia, ademais é uma cidade muito antiga, tendo sido a primeira capital da Capitania de Mato Grosso (Tabela C2).

Tabela C2: Características socioeconômicas e demográficas dos municípios selecionados na área Vetor Expansão Centro-Oeste.

VETOR EXPANSÃO CENTRO-OESTE								
UF	Município	CIR	População	Área	Densid Demog	IDHM	PIB percapita	% pop PBF
MT	Nova Lacerda	Sudoeste Matogrossense	6.049	4.729	1,28	0,636	20.447,000	29,10
MT	Tabaporã	Vale dos Arinos	9.490	8.317	1,14	0,695	35.680,000	12,32
MT	Vila Bela da Santíssima Trindade	Sudoeste Matogrossense	15.274	13.421	1,14	0,645	21.813,000	22,06

D- SEMIÁRIDO

A partir da delimitação do Semiárido Brasileiro (SAB) estabelecida pelos Ministérios da Integração Nacional e do Meio Ambiente, Decreto nº 8.276, de 27 de junho de 2014, alterado pela proposição 105/2017, 39 dos MRR brasileiros estão localizados na região do semiárido e simultaneamente fora da região de Matopiba. Estes municípios correspondem a 13% do total do RR brasileiros, e se localizam nos estados da Bahia e Piauí. Em 2017, nove destes municípios tiveram estado de calamidade pública decretado em virtude da seca. A seca tem se intensificado nesta

região, e o atual período de estiagem que iniciou em 2012 tem afetado a subsistência de várias populações (Sena, 2017).

A população média destes municípios é de 11706 habitantes, com desvio padrão de 11420 habitantes. As populações variam de 2478 (Pedro Laurentino) a 54.186 habitantes (Barra). A densidade populacional média é de 10,6 hab. por km², com desvio de 8,6. As áreas são pequenas com 1847 km² em média e desvio de 2410(Tabela G1). O menor município (Barra da Alcântara) tem área de apenas 166 km² e o maior de 11.732 km² (Pilão Arcado).

O PIB médio per capita foi de R\$ 6.532,00; com desvio de R\$878,00, espelhando um quadro bastante homogêneo, quando se classifica o PIB per capita pelas faixas do IBGE. Quase todos os municípios estão classificados com PIB per capita muito baixo, apenas um município alcança o patamar de baixo (Brotas de Macaúbas). As economias são frágeis e dependem sobremaneira de transferências de recursos. A faixa de IDHM predominante é a baixa. O percentual médio da população beneficiária do Programa Bolsa Família, por município, é de 64,0% (Tabela D1).

Os 43 municípios se distribuem em 9 CIR, sendo que a CIR da Vale do Rio Piauí/Itaueiras aglutina 11 destes municípios, seguida pelas CIR de Ibotirama com 6 municípios.

Em relação ao PMAQ a adesão foi de 93% no ciclo 1 subindo para 97,7 no ciclo 2. Um pouco menos da metade dos municípios (21) contava com profissionais dos PMM em maio de 2018. A maior parte dos municípios é coberta pela ESF (44 municípios), com cobertura média de quase 100%.

Tabela D1:População, IDHM, PIB, Composição do PIB pelos setores da Economia. Municípios Rurais Remotos – Semiárido, 2015/2016

	Indicador	N	Percentual
Faixa pop	<5000	15	34,9
	5000 a 9999	10	23,3
	10000 a 14999	8	18,6
	15000 a 39999	8	18,6
	>40000	2	4,7
PIB per capita- faixa	Muito baixo	42	93

Baixo	1	2,3
Médio	0	0
Alto	0	0

Faixa IDHM

Alto	0	0
Médio	6	14
Baixo	36	83,7
Muito baixo	1	2,3

Composição média percentual do PIB

Agricultura e agropecuária	10,2
Industria	5
Serviços*	26,5
Administração	58,2

* Exclusive serviços de administração, saúde e educação públicas e seguridade social

Para a amostra da área do Semiárido foram selecionados 4 municípios, dentre os quais três encontram-se no estado da Bahia e 1 no estado do Piauí. No caso dos municípios da Bahia, Ipupiara e Morpará encontram-se na mesma CIR, Ibotirama e Pilão Arcado pertence a CIR de Juazeiro. O município *outlier* deste grupo é Pilão Arcado devido ao tamanho de sua população, sua extensão territorial e densidade demográfica que foge do padrão apresentado pelos demais municípios (Tabela D2).

Tabela D2: Características socioeconômicas e demográficas dos municípios selecionados na área Semiárido.

SEMIÁRIDO								
UF	Município	CIR	População	Área	Dens demog	IDHM	PIB percapita	% popPBF
		Vale Rio						
PI	Rio Grande do Piauí	Piauí / Itaeiras	6.325	635	9,96	0,572	5.085,000	70,76
BA	Ipupiara	Ibotirama	10.118	1.061	9,54	0,590	5.119,000	52,26
BA	Morpará	Ibotirama	8.967	1.696	5,29	0,558	5.010,000	67,98
BA	Pilão Arcado	Juazeiro	35.429	11.732	3,02	0,506	4.493,000	62,03

Região Amazônica

A Região Norte é caracterizada por rarefações demográficas e baixa densidade técnica, herdadas de períodos pretéritos do processo de ocupação espacial brasileira, tendo sido a última região a ampliar a mecanização. Sem dúvida, a vastidão do território influencia a configuração de pontos de interligação. Os pontos fluviais foram e são centrais na região, mas a partir das últimas décadas do século XX os pontos de conexão terrestre e aéreos ganham importância (Santos e Silveira, 2001).

Se o rural no país ainda convive com um cenário de indefinição quanto às suas particularidades e conceitos que não dão conta da sua realidade, isto é muito mais agravado no que se refere ao rural amazônico, território de bioma florestal com uma vasta complexidade de relações ecológicas e sociais, que se distancia sobremaneira da concepção do rural ligado à agricultura. Becker (2006) destaca que esta região tem uma história marcada por surtos externos baseados na exploração de recursos naturais, predominando sob este território uma geopolítica associada a interesses econômicos, que, entretanto, segundo a autora foram malsucedidos em sua implantação. No que tange a ocupação territorial desta região, a autora enfatiza, ao longo da história, as preocupações relacionadas a ideia de controle do território, com destaque para os anos entre 1950 e 1960, período em que a população desta região passou de 1 para 5 milhões, mantendo-se acelerada a partir de então. No projeto de modernização da sociedade, primou-se pela ocupação da Amazônia entendida como possibilidade de abrigo para os agricultores expulsos do Nordeste e do Sudeste, em virtude da modernização da agricultura, como também, como território estratégico para contenção de focos revolucionários. (Becker, 2006)

Neste vasto e complexo território houve uma expansão da população iniciando entre os anos 1950 e 1960, que resultaram no crescimento de 1 para 5 milhões de pessoas vivendo na Amazônia (IMAZON, 2014). Esta tendência se mantém desde então. Atualmente na Amazônia legal estima-se que viva uma população de 20,3 milhões de pessoas, das quais 31,1% vivem em território rural (IBGE, 2011). No norte e oeste, predomina a bacia Amazônica, sendo ocupada predominantemente por indígenas e onde se concentram as grandes áreas de preservação.

No que tange às condições de vida nas áreas rurais desta região, Silva (2006) demonstra a existência de perfis e condições de vida distintos dos residentes em espaços urbanos e de outras regiões do país. Além de uma predominância indígena, visto que este território abriga 60% dos 220 povos indígenas residentes no território

brasileiro, com aproximadamente 370 mil indivíduos no país (ISA, 2005). Em seus limites também vivem uma imensa variedade de populações que, de acordo com suas origens, o contexto e a história das mesmas são concebidas como campesinas, mestiças, ribeirinhas ou caboclas, não havendo consenso sobre o modo mais adequado para designá-las quando não indígenas (LIMA; POZZOBON, 2005).

No que diz respeito a forma de vida e trabalho dessas populações, segundo NUGENT (2006) foi o extrativismo – e não a produção agrícola de tipo *plantation* – que ofertou a base produtiva que integrou a economia regional amazônica à economia mundial, o que contraindica classificar essas populações como camponesas. Entre os argumentos para refutar a ideia de um campesinato histórico amazônico, ele critica o uso elástico do conceito de camponês, ao se perguntar qual seria a validade de incluir no rótulo de “camponeses”, pessoas que são pescadores, construtores e condutores de barco, extratores de madeira e de borracha e outras ocupações tipicamente amazônicas. Os argumentos de NUGENT (2006) reafirmam a inadequação dessas abordagens ao estudo das condições de vida na Amazônia.

LIMA (1999) relembra que a maioria dos habitantes da zona rural se define como agricultores, porém estes costumam manter múltipla vinculação laborativa, extraíndo madeira e outros produtos da selva, como a coleta de castanha-do-pará, além de pescar, caçar e realizar outras atividades voltadas para garantir o consumo das famílias e não para suprir o mercado (LIMA e POZZOBON, 2005). ADAMS et al. (2006) reafirmam esse regime de pluriatividade, no qual o trabalho agrícola tem o caráter sazonal, sendo apenas mais uma, entre as várias ocupações do trabalhador rural, que diferem do que é considerado um perfil tipicamente campesino. São características que levam HARRIS (2006) a reconhecer o caráter ambíguo e paradoxal das sociedades caboclas, as quais, simultaneamente tradicionais e regionais, cosmopolitas e modernas, além de multidiversificadas e multiétnicas, pouco se deixam classificar e categorizar.

Uma das singularidades nas relações econômicas dessas populações que transita entre campo e cidade, entre economia de subsistência e economia de mercado é a persistência de relações sociais baseadas no parentesco e na vizinhança, acionadas tanto para desenvolver a produção no meio rural, quanto para buscar oportunidades no mundo urbano. NODA et al (2006) entendem que o trabalho, a propriedade, o acesso e apropriação dos bens na Amazônia rural estão intimamente ligados à família, que permanece como elemento estabilizador do processo produtivo, da organização social e da reprodução da cultura singular dessas populações

PACE (2006) e NUGENT (2006) chamam atenção para a necessidade de reconhecimento da liminaridade e multivariabilidade sociológica vigente na Amazônia e de não se prender a um regime de identidade exclusivamente étnica. Algo que o movimento ambientalista tenderia a fazer, ao enfatizar o rótulo de “tradicional” e de valorizar esses grupos exclusivamente em função de seus vínculos com a natureza, desprezando outras dimensões de suas vidas e a forte influência do acelerado processo de urbanização que ocorre na região, o que acabaria por reiterar a supracitada invisibilidade dessas populações (LITTLE, 2004).

Por outro lado, no Sul e no Leste a pressão pela disputa de terras com o agronegócio é intensa, sendo consideradas zonas de tensão (THÉRY, 2005). Outro ponto importante na análise destas áreas foram as mudanças ocorridas a partir da expansão do capitalismo que se processou *pari passu* a criação de empresas sob o incentivo e a direção do Estado, com marcada ênfase na matriz de transporte rodoviário. A partir da década de 1940, sobretudo com a construção da Belém-Brasília (1957-60), ocorreu uma diversificação das atividades e das formas de povoamento da região, com peso na mineração (Cardoso e Müller, 2008), que vai se acentuar com a Transamazônica e o crescimento do agronegócio.

Frente a este cenário, optou-se por classificar os MRR da região Amazônica em 3 grupos. Em primeiro lugar, os MRR localizados em Rondônia foram incluídos no Vetor de Expansão CO, esta opção se deu devido a importante modernização do agronegócio, especialmente da soja, mas também da pecuária, que extravasa na direção de Rondônia especialmente dos municípios do Sul do Estado, que levou a um uso corporativo do território. (Silva, 2006).

O outro grupo que se constituirá como uma área da pesquisa denominada Norte das Águas são os MRR fortemente pautados pela lógica dos rios, representando as formas mais antigas de ocupação deste território, com uma interação profunda entre homem e o meio geográfico. O outro vetor é denominado Norte Estradas, mais recente, como explicitado nos parágrafos anteriores. Os 73 MRR dos estados do Amazonas, Pará, Acre, Roraima e Amapá, foram estudados um a um, a partir das informações disponíveis no IBGE, buscando identificar qual a sua principal forma de interligação com os demais municípios do estado e da federação, bem como os principais traços de sua economia. No grupo denominado Norte das Águas foram incluídos 45 municípios e no grupo Norte Estradas, inicialmente 21. Outros poucos municípios têm um perfil misto, assemelhando-se a municípios que transitam entre estes dois perfis, optou-se por incluí-los no grupo Norte Estradas.

A seguir serão detalhadas as principais características das duas áreas da pesquisa: Norte das Estradas e Norte das Águas.

E- NORTE DAS ESTRADAS

Esta área da pesquisa agrega 28MRR, distribuídos nos estados do Pará, Roraima, Amazonas, Acre e Amapá, respectivamente com 12, 6, 4, 3 e 3 municípios. A população média é de 20.703 (± 13465) habitantes, a densidade populacional média é de 2,78 ($\pm 3,9$) hab/km²; as áreas são extensas com 13.284,8($\pm 12.776,6$) km² em média. O PIB médio per capita foi de R\$ 12.791,00(± 4.998). Os serviços de administração, saúde e educação públicas e seguridade social respondem pela maior parcela do PIB em 23 municípios. A faixa de IDHM predominante é a baixa. O percentual médio da população beneficiária do Programa Bolsa Família é de 48,31%(Tabela E1).

Tabela E1: População, IDHM, PIB, Composição do PIB pelos setores da Economia. Municípios Rurais Remotos – Norte das Estradas, 2015/2016

Indicador	N	Percentual
Faixa pop		
<5000	1	3,6
5000 a 9999	6	21,4
10000 a 14999	5	17,9
15000 a 39999	12	42,9
>40000	4	14,3
PIB per capita- faixa		
Muito baixo	6	21,4
Baixo	15	53,6
Médio	6	21,4
Alto	1	3,6
Faixa IDHM		
Alto	1	3,6
Médio	7	25
Baixo	18	64,3
Muito baixo	2	7,1

Composição média percentual do PIB

Agricultura e agropecuária	25
Industria	6,3
Serviços*	17,9
Administração	50,8

* Exclusive serviços de administração, saúde e educação públicas e seguridade social

Os 28 municípios se distribuem em 15 CIR, sendo que as CIR do Sul de Roraima e do Xingú aglutinam 4 cada. Em relação ao PMAQ a adesão foi integral no Ciclo 1 baixando para 92,9% no Ciclo 2. Apenas 42,9% dos municípios contava com profissionais dos PMM em maio de 2018. A maior parte dos municípios tem ESF (26), com cobertura média de 79,61%.

Para a amostra da área Norte Estrada foram selecionados 4 municípios, dentre os quais dois encontram-se no estado do Pará, 1 no Acre e 1 em Roraima. Como municípios *outliers* foram selecionados Jacareacanga e Rurópolis, ambos por aglutinarem populações de mais de 40.000 habitantes, sendo que o primeiro conta com uma imensa área territorial e baixíssima densidade demográfica. Os dois municípios apresentam coberturas baixas da ESF. (Tabela E2).

Tabela E2: Características socioeconômicas e demográficas dos municípios selecionados na área Norte Estrada.

NORTE ESTRADA								
UF	Município	CIR	População	Área	Dens demog	IDHM	PIB percapita	% popPBF
		Centro						
RR	Pacaraima	Norte	11.911	8.028	1,48	0,650	11.673,000	42,99
PA	Jacareacanga	Tapajós	41.329	53.303	0,78	0,505	9.556,000	19,54
PA	Rurópolis	Tapajós	46.625	7.021	6,64	0,548	5.086,000	26,61
AC	Assis Brasil	Alto Acre	6.735	4.974	1,35	0,588	9.959,000	67,10

F- NORTE DAS ÁGUAS

Esta região da pesquisa agrega 45 MRR, distribuídos nos estados do Amazonas, Pará, Amapá e Acre, respectivamente com 25, 14, 3, e 3 municípios. No geral, são municípios com população média de 21.002(±11523). Maués é o município mais populoso, com quase 60.000 habitantes. A densidade populacional média é de 3,32 (±3,28) hab/km². As áreas são muito extensas com média de 14.997(±17155) km². O PIB médio per capita foi de R\$ 8.5390,0 (±3157,98) espelhando um quadro razoavelmente heterogêneo. Quase metade dos municípios é classificada nas faixas de

PIB per capita baixa. Os serviços de administração, saúde e educação públicas e seguridade social respondem pela maior parcela do PIB. A faixa de IDHM predominante é a baixa. O percentual médio da população beneficiária do Bolsa Família é de 46,8 (± 17,8). As características dos MRR na área Norte Águas podem ser observadas na Tabela F1.

Tabela F1: População, IDHM, PIB, Composição do PIB pelos setores da Economia. Municípios Rurais Remotos – Norte das Águas, 2015/2016

Indicador	N	Percentual
Faixa pop		
<5000	1	2,2
5000 a 9999	6	13,3
10000 a 14999	8	17,8
15000 a 39999	29	64,4
>40000	1	2,2
PIB per capita- faixa		
Muito baixo	30	66,7
Baixo	12	26,7
Médio	3	6,7
Alto	0	0
Faixa IDHM		
Alto	0	0
Médio	4	8,9
Baixo	30	66,7
Muito baixo	11	24,4
Composição média percentual do PIB		
Agricultura e agropecuária		27,8
Industria		3,7
Serviços*		14,9
Administração		53,6

* Exclusive serviços de administração, saúde e educação públicas e seguridade social

Os 45 municípios se distribuem em 17 CIR, sendo que as CIR do Marajó(1 e 2), concentram cada um, 5 municípios. Em relação ao PMAQ a adesão foi integral no Ciclo 1 (100,0%) e no Ciclo 2 apenas um município não aderiu. Mais da metade dos municípios (52,4%) contava com profissionais dos PMM em maio de 2018. A maior parte dos municípios tem ESF (20 municípios), com cobertura média de 77,5%.

Para a amostra da área Norte das Águas foram selecionados 7 municípios, dentre os quais 4 encontram-se no estado do Pará, 2 no Amazonas e 1 no Amapá. Maués é o município *outlier*, principalmente considerando a maior população desta área da pesquisa; Aveiro que conta com implantação de unidades fluviais e com o distrito de Fordlândia, que ainda repercute processo de exploração do látex conduzido por Henry Ford na primeira metade do século XX; além de Prainha no Pará, considerando o alto percentual de população cadastrada no PBF (Tabela F2).

Tabela F2: Características socioeconômicas e demográficas dos municípios selecionados na área Norte das Águas.

NORTE DAS ÁGUAS								
UF	Município	CIR	População	Área	Dens demog	IDHM	PIB percapita	% pop PBF
PA	Aveiro	Tapajós	15.888	17.073	0,93	0,541	5.497,000	45,62
PA	Chaves	Marajó 1	22.476	13.084	1,72	0,453	6.281,000	48,82
PA	Melgaço	Marajó2	26.297	6.774	3,88	0,418	4.846,000	51,83
PA	Prainha	Amazonas	29.088	14.786	1,97	0,523	7.772,000	82,67
AM	Boa Vista do Ramos	Baixo Amazonas	17.663	2.586	6,83	0,565	5.950,000	43,62
AM	Maués	Baixo Amazonas	59.983	39.989	1,50	0,588	6.272,000	54,67
AP	Vitória do Jari	Area Sudoeste	14.364	2.482	5,79	0,619	10.994,000	53,16

Crítérios para seleção das Unidades Básicas de Saúde

Em acordo com o gestor municipal serão selecionadas duas unidades básicas de saúde (UBS), pelo menos uma na sede e uma na área rural do município, nas quais os profissionais participarão do estudo. Sempre que possível, serão entrevistados profissionais de UBS com modalidades distintas de Atenção Básica, a fim de captar as diferentes ruralidades existentes nos municípios, como por exemplo Equipes de saúde

da família ribeirinha ou Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Os usuários deverão ser selecionados nestas mesmas UBS.

No caso das mulheres com histórico de diagnóstico de câncer de colo de útero dar-se-á prioridade na escolha da UBS à qual a usuária participante do estudo estiver cadastrada.

Eventos Marcadores

Para elucidar o percurso assistencial que os usuários da APS fazem para acessar os serviços de saúde, foram delimitados três eventos marcadores: acompanhamento pré-natal e parto; detecção precoce (rastreamento e diagnóstico) do câncer de colo de útero; e hipertensão arterial sistêmica.

A seleção de eventos ou agravos como marcadores parte do pressuposto de que a análise das condições de assistência pode sinalizar aspectos substantivos da qualidade da atenção em geral (Kessner et al., 1992). Esta perspectiva está presente neste estudo.

A trajetória assistencial será reconstituída por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, no intuito de reconstituir o percurso assistencial desde o início da identificação do evento e o momento da busca por cuidado, identificando as unidades de saúde percorridas e outras fontes de cuidado acionadas, identificação dos fatores que interferiram no processo do cuidado e a percepção do entrevistado sobre os cuidados ofertados nos serviços de saúde.

A equipe de atenção básica será a informante chave para se chegar aos usuários-entrevistados potenciais para o estudo. Os usuários deverão ser cadastrados nas unidades básicas de saúde e atender aos seguintes critérios de participação:

- mulheres que tiveram gestação/parto nos últimos 12 meses;
- mulheres que tiveram exame de Papanicolau alterado pelo menos há 12 meses;
- Usuário (a) com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica que precisou de consulta com especialista nos últimos 12 meses.

Há evidências científicas de que a Atenção Primária à Saúde (APS) quando exerce função central na rede de atenção à saúde, está associada a ações e serviços mais custo efetivos, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores globais de saúde (Boerma, 2007; Kringos et al., 2010a; Strandberg-Larsen and Krasnik, 2009).

Uma APS bem integrada é condição necessária para que este nível de atenção esteja em condições de coordenar o percurso terapêutico e possibilitar o acesso dos

usuários aos serviços e ações em local e tempo oportunos (Wagner et al, 2014) e, conseqüentemente, favorecer a produção de impactos positivos na saúde da população. (Kringos et al, 2010b; Boerma, 2007; Hudon et al, 2015)

Nesta perspectiva, a APS deve estar articulada a uma rede de saúde local/regional, em um território delimitado, favorecendo a integralidade, o acesso e a equidade, otimizando recursos e racionalizando gastos. Nesta proposta organizativa, espera-se que o usuário busque, inicialmente, as soluções para os seus problemas de saúde em serviços presentes no território de seu município e posteriormente em outros locais pertencentes à rede regional de saúde previamente estabelecida, de acordo com as necessidades em saúde que apresente. Assim, cabe aos gestores da saúde a responsabilidade de identificar as necessidades de saúde dos usuários e desenvolver em seu território ações e serviços de saúde, principalmente de atenção básica. É certo que por razões de escala, eficiência e qualidade da atenção, nem todos os municípios devem dispor de todos os serviços que compõem a rede assistencial, mas tais recursos devem estar disponíveis e acessíveis fora dos limites geográficos do território municipal para a garantia do atendimento integral, em escala regional.

Entende-se que a atenção integral e contínua aos usuários se relaciona à integração dos municípios com articulação dos serviços de APS aos demais pontos de atenção secundária e terciária de seu próprio território e/ou de outros municípios que compõem a região de referência.

Assim, reconhecer os inúmeros fatores e situações que permeiam os processos reveladores da singularidade dos deslocamentos dos usuários/pacientes na procura por cuidados de saúde; identificar o que determina e influencia esta busca e o movimento formal e informal produzido pelos usuários/pacientes é o que se espera revelar a partir da reconstituição das trajetórias assistenciais de eventos considerados marcadores importantes para a atenção primária à saúde.

Gestação, parto e puerpério

O evento da gestação e nascimento são processos considerados naturais e, na maioria das vezes não implicam em riscos para mães e bebês. Há muito se sabe que a atenção pré-natal de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, e os serviços de APS no Brasil tradicionalmente fazem o acompanhamento das mulheres durante a gestação e posteriormente ao parto as ações de seguimento do recém-nascido até os dois anos de idade (Victora et al, 2011; França e Lansky, 2011; Lansky et al, 2014).

No entanto, no Brasil, as mulheres grávidas ainda enfrentam dificuldades na atenção pré-natal ofertada nos serviços de AB em muitos municípios brasileiros, assim como para admissão nas maternidades para a assistência ao parto, condições essas que aumentam os riscos de desfechos negativos para as mulheres e os bebês. A pesquisa Nascer no Brasil evidenciou que a maior parte das gestações são consideradas de risco habitual com acompanhamento pré-natal realizado nas unidades básicas de saúde. Pouco mais de 50% das mulheres entrevistadas relataram ter sido orientadas sobre a maternidade de referência, e 16% procuraram mais de um serviço para a admissão para obter assistência hospitalar no momento do parto, sendo este quadro ainda pior para as mulheres residentes em áreas remotas (Vilelas et al, 2014).

Em relação ao momento do nascimento do bebê, a peregrinação de mulheres em busca de um local para ter seu parto assistido é um problema que há décadas vem sendo denunciado como um grave problema de saúde pública no país, incidindo nos altos índices de mortalidade materna (Reis, Pepe e Caetano, 2011) e na mortalidade infantil, no seu componente neonatal (Victora et al, 2011; Lansky et al, 2014).

Frente a gravidade do problema, iniciativas legais foram tomadas com vistas a garantir o direito da gestante de ter conhecimento e a vinculação, com garantia de leito obstétrico, em maternidade no âmbito do SUS³. No entanto, ainda estão presentes no sistema de saúde brasileiro problemas de qualidade da atenção pré-natal nas unidades básicas brasileiras (Vilelas et al; 2014); lacunas entre o pré-natal e o encaminhamento seguro da mulher para as maternidades (Albuquerque et al, 2011).

Doenças crônicas não transmissíveis

Sistemas de saúde em todo o mundo têm enfrentado desafios importantes frente às mudanças demográficas e epidemiológicas. A expectativa de vida da população é cada vez mais longa e também é crescente a presença das condições crônicas na população, seja pelo envelhecimento ou por razões relacionadas a hábitos de vida e aos seus determinantes sociais (Schmidt et al, 2011; Alves e Faerstein, 2016).

A literatura tem destacado que a APS tem assumido papel central na coordenação assistencial, especialmente para as ações de prevenção de situações agudas e na condução de cuidados contínuos direcionados para o manejo de pacientes com doenças crônicas. (Saltman, Rico e Boerma, 2006; Hansen et al, 2015; Tricco et al, 2014). O

³Lei Nº 11.634, DE 27 De Dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

cuidado adequado e oportuno no processo assistencial das doenças crônicas exige que os serviços de saúde estejam organizados de modo a ofertar ações de promoção e prevenção contínuas aos seus usuários, além de intervenções para acompanhamento, cura e ou reabilitação com possibilidade de acesso aos vários pontos da rede de atenção.

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm se apresentado como a principal causa de mortalidade, sendo as doenças cardiovasculares, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes as principais responsáveis pelas proporções de óbitos neste grupo de doenças (Schmidt et al, 2011). O inquérito realizado em 2013 a partir da Pesquisa Nacional de Saúde evidenciou que ao menos uma doença crônica estava associada ao maior uso de serviços de saúde para a população adulta brasileira (Malta et al, 2017). A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus estão entre as primeiras causas de hospitalizações no Sistema Único de Saúde. Frente a magnitude deste quadro epidemiológico, o Ministério da Saúde lançou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao Diabetes Mellitus(DM) com o objetivo de qualificar as ações de promoção e prevenção desses agravos na atenção básica.

Câncer de colo de útero

Entre as neoplasias, o câncer de colo de útero (CCU) ainda é uma das que mais incidem nas taxas de mortalidade entre mulheres, sendo que as taxas brasileiras de incidência e mortalidade são altas quando comparadas com as de países com sistemas de saúde universais. A mortalidade por CCU tem-se mantido estável no país, mas é possível reconhecer importantes diferenças regionais. Enquanto em estados da Região Sul observa-se melhores resultados no rastreamento do CCU e redução dos índices de mortalidade, em alguns estados das regiões Norte, Nordeste, principalmente, encontram-se os piores resultados. (Thuler, 2008; Tomasi et al, 2015; Barcelos et al, 2017). De acordo com as estimativas do INCA, o CCU se destaca como primeiro tipo de câncer mais incidente na Região Norte, o segundo na Região Nordeste e o terceiro na Região Centro-Oeste (INCA, 2011).

No entanto, é uma doença com alta possibilidade de prevenção e cura. O exame Papanicolau é o meio diagnóstico para a prevenção do CCU, sendo preconizada a sua realização em larga escala entre as mulheres na faixa etária elegível. A UBS é

responsável pela coleta do exame e responsável por captar as mulheres para a realização do exame em tempo oportuno.

Estudos têm demonstrado fragilidades em todo o processo do cuidado para a prevenção e tratamento oportuno do CCU. Na atenção básica observou-se que somente metade das UBS brasileiras dispõe de estrutura adequada para realização do rastreamento do CCU por meio do exame citopatológico. Pouco mais de um quarto das equipes AB incorporam processo de trabalho adequado para detecção do CCU (Tomasi et al, 2015). Como se trata de um agravo prevenível, as estratégias de intervenção para diagnóstico precoce e tratamento em estágios iniciais da doença são cruciais para aumentar as chances de cura e sobrevida.

Estratégias de análise para o estudo

As estratégias metodológicas definidas para a realização do estudo contemplam dois eixos de análise: a institucionalidade da política de saúde, especificamente da atenção básica e a conformação das práticas de saúde e seu uso nos territórios rurais e remotos. A perspectiva do território é a base para a análise dos dois eixos, compreendidos aqui de maneira articulada e interdependentes. O quadro 1 apresenta um resumo das estratégias metodológicas do estudo.

Para análise das questões sobre APS em áreas rurais remotas contidas neste estudo, será aplicado o framework proposto por BOURKE et al.(2012), adaptado à realidade rural remota brasileira. Os autores propõem um modelo conceitual, cuja premissa pressupõe que a relação entre as atividades humanas e a estrutura societal formata as práticas sociais ordenadas no tempo e no espaço. O modelo conceitual proposto conecta as ações individuais, aspectos geográficos, respostas dos serviços de saúde locais, estruturas sociais e o sistema de saúde mais amplos às questões sociais e ao campo de forças e de poder, que envolvem o território rural. Na linguagem de Santos (1999) trata-se do território usado, dinâmico, ativo, o lugar onde se constrói a coerência e a solidariedade entre eventos. O modelo conceitual proposto considera, assim, que as ações promovidas e os usos feitos dos recursos em saúde são decorrentes dessas interações sociais. Parte da noção de que o que se produz nos contextos tem influência de estruturas mais amplas da sociedade global, mas também daquelas estabelecidas no plano local. Desta forma, estruturas sociais, relações de poder, ações e relações humanas (globais e locais) determinam e configuram o modo como os serviços de saúde se estruturam e são usados nos contextos rurais (BOURKE et al., 2012).

Quadro 1: Objetivos e estratégias metodológicas propostas para realização do estudo

Objetivos	Eixos de análise	Fontes	Informantes
1- Institucionalidade da política e sua relação com a dinâmica geopolítica dos territórios rurais e remotos, observando os seguintes aspectos.			
Caracterizar os municípios rurais remotos em relação aos aspectos econômicos, demográficos e sociais.	Caracterização dos territórios rurais e remotos, segundo indicadores socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos.	MS; IBGE, DATASUS, PNUD... Documentos	NSA
Caracterizar a inserção dos municípios rurais e remotos nas regiões de saúde.	Caracterização dos municípios a partir da CIR com identificação da tipologia rural urbano do IBGE	Pesquisa Regiões e Redes; Planos estaduais de saúde;	Secretarias estaduais de saúde
Caracterizar os serviços de APS localizados em territórios rurais remotos.	Análise das políticas e diretrizes formuladas nacionalmente e sua implantação em contextos específicos, especialmente as realidades rurais e remotas.	Banco PMAQ Documentos Observação	NSA
Reconhecer as estratégias de gestão da atenção básica direcionadas para responder às necessidades em saúde das populações residentes em áreas rurais remotas.	Análise das bases do planejamento e da organização da APS tendo em perspectiva a formulação nacional, a abrangência da incorporação de elementos específicos dos contextos rurais e remotos neste processo.	Entrevistas Documentos	Gestor: SMS, Distrito rural; SES; Instância Regional de Saúde COSEMS
2- O território usado (Santos,1999): Conformação e utilização dos serviços de APS e da rede assistencial nos territórios rurais remotos			
Identificar modos de organização dos serviços de APS em territórios rurais e remotos Conhecer o processo de trabalho das equipes de APS e como se conformam as intervenções em saúde em territórios rurais remotos.	Caracterização dos serviços de saúde de atenção primária à saúde no que tange ao escopo, abrangência e articulação com os recursos em saúde e intersetoriais, no território rural e remoto e na região de referência. Análise da estrutura e do processo de trabalho das equipes de atenção básica, tendo em vista os atributos conferidos a APS no SUS.	Entrevistas PMAQ Documentos Observação	Profissionais
Conhecer a trajetória assistencial de cidadãos residentes em territórios rurais remotos para acesso à atenção integral, desde os serviços de APS até os de maior densidade tecnológica.	Análise das trajetórias assistenciais, segundo eventos marcadores	Entrevistas	Usuários
Analisar a configuração dos fluxos regionais para garantia de continuidade dos cuidados desde a perspectiva dos municípios rurais remotos.	Comparação dos fluxos cotidianos da população para garantir seu acesso a bens e serviços de uma forma geral, com aqueles realizados na busca do cuidado em saúde	Entrevistas Documentos	Usuários Profissional Gestor

Questões Éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, podendo ser identificado pela CAAE 92280918.3.0000.5240 e pelo parecer de aprovação nº 2.832.559. Segue as orientações da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 que apresenta as normas éticas para a realização de pesquisas com seres humanos e a Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

O estudo proposto neste projeto será custeado com parte do recurso financeiro repassado pelo Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica/Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação a Fiocruz, por meio do Termo de Cooperação 085/2015, destinado a realização da coleta de dados para avaliação externa do PMAQ - ciclo 3. O projeto tem a concordância e anuência da área técnica do Ministério da Saúde responsável pela implementação do PMAQ.

Cronograma

Quadro 2: Cronograma previsto para execução do projeto.

Identificação da Etapa	Início (mês/ano)	Término (mês/ano)
Construção dos Instrumentos de pesquisa	07/18	04/19
Levantamento de dados secundários	08/18	05/19
Piloto - testagem dos instrumentos	02/19	02/19
Capacitação dos entrevistadores	04/19	04/19
Contato com os municípios para convite para participação no estudo e agendamento do trabalho de campo	04/19	06/19
Levantamento de dados - trabalho de campo	05/19	07/19
Elaboração e discussão de relatórios	06/19	09/19
Análise dos dados	08/19	12/19

Referências Bibliográficas

- Adams, Cristina; Murrieta, Rui; Neves, Walter (org). Sociedades caboclas amazônicas; modernidade e invisibilidade. São Paulo: Annablume, 2006.
- Albuquerque VN, Oliveira QM, Rafael RMR, Teixeira RFC. Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. *Rev. pesqui.: cuid. fundam.* 2011; 3(2):1935-46
- Alves RFS, Faerstein E. Educational inequalities in hypertension: complex patterns in intersections with gender and race in Brazil. *International Journal for Equity in Health.* 2016; 15: 146
- Australian Institute of Health and Welfare: Rural, regional and remote health – Indicators of health. In Cat. No. PHE 59 Canberra:AIHW; 2005.
- Barata, Rita Barradas. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection. 120p.
- Barcelos, Mara Rejane Barroso et al . Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev. Saúde Pública, São Paulo* , v. 51, 67, 2017 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100261&lng=en&nrm=iso>. access on 31 May 2018.
- Becker, Bertha K. Amazônia, Geopolítica na virada do III Milênio, São Paulo: Garamond. 2006
- Beheregaray, L. R.; Gerhardt, T. E. Integrality in the Care Provided for Maternal and Child Health in a Rural Context: an experience report. *Saude E Sociedade*, v. 19, n. 1, p. 201–212, 2010.
- Boerma W. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman DC, Rico A, Boerma W, eds. *Primary care in the driver's seat?* Berkshire: University Press; 2007: 3-21.
- Bourke, L. et al. Understanding drivers of rural and remote health outcomes: A conceptual framework in action. *Australian Journal of Rural Health*, v. 20, n. 6, p. 318–323, 2012.
- Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça, MHM, Gagno J. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad. Saúde* 2017; 33:8: 01-13.
- Brasil. Decreto-Lei n. 311, de 2 de março de 1938. Dispõe sobre a divisão territorial do país e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-311-2-marco-1938-351501-publicacaooriginal-1-pe.html>>
- Cano, Wilson. Desconcentração produtiva regional do Brasil: 1970-2005, São Paulo: Editora Unesp. 2007
- Cardoso, FH; Müller, G. Amazônia: expansão do capitalismo [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.168 p. ISBN: 978-85-99662-73-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- Dal Poz MR, Pierantoni CR, Girardi S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz, organizador. *A Saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde.* v. 3. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. p. 187-233.

Fausto MCR, Fonseca MHS, organizadores. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes editora; 2013.

Fausto, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 38(no.spe): 13-33, 2014.

França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: Situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador. *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. p. 83-112. (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências)

Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WG, Kringos DS. Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. *Health affairs Sep 2015*; 34(9):1531-1537.

Harris, Mark. Presente ambivalente: uma maneira amazônica de estar no tempo", in Adams, Cristina; Murrieta, Rui; Neves, Walter (org). *Sociedades cablocas amazônicas; modernidade e invisibilidade*. São Paulo: Annablume, 2006.

Hart, J. T. The Inverse Care Law. *The Lancet*, v. 297, n. 7696, p. 405–412, 1971.

Hudon C, Chouinard MC, Diadiou F, Lambert M, Bouliane D. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. *Ann Fam Med 2015*; 13(6):523-528.

IMAZON. IPS Amazônia. 2014. Disponível em: <<http://amazon.org.br/categorias/ips-amazonia-2014/>>. Acessado em Fev.2016.

INCA. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação / IBGE, Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: 2009. v. 30.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). 2005. Povos indígenas no Brasil. Disponível em:<<http://www.socioambiental.org/pib/portugues/quonqua/ondeestao/indexon.shtml>>. Acesso em: 18 jun. 2005.

Kassouf, A. L. Acesso aos Serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil. *RER*, Rio de Janeiro, vol. 43, no 01, p. 29-44, jan/mar 2005.

Kessner E, Kalk CY, Singer J. Assessing health quality. The case for tracers. *The New England Journal of Medicine 1992*; 2888(1):1888-1894.

Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszczyk M, Pavlic DR, Svab I, Tedeschi P, Wilson A, Windak A, Dedeu T, Wilm S. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC family practice 2010a*; 11:81.

Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC health services research 2010b*; 10:65.

- Lansky, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en&nrm=iso>. access on 31 May 2018
- Lima, Débora; POZZOBON, Jorge. Amazônia socioambiental. Sustentabilidade ecológica e diversidade social. *Estudos Avançados USP (São Paulo)*, v. 19, n. 54, p.45-76, 2005. DOI: 10.1590/S0103-40142005000200004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142005000200004>.
- Lima, DM. A construção histórica do termo caboclo. Sobre estruturas e representações sociais no meio rural Amazônico. *Novos Cadernos do Naea*, v. 2, n.2, p. 5-32, 1999.
- Little, P. Territórios Sociais e Povos Indígenas no Brasil: por uma antropologia da territorialidade. *Anuário Antropológico 2002/2003*, Rio de Janeiro, p.251-290, 2004.
- Malta, Deborah Carvalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 51, supl. 1, 4s, 2017 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&nrm=iso>. access on 31 May 2018. Epub June 01, 2017.
- Malta, Deborah Carvalho et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.2, pp.327-338. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>.
- Miranda C; Silva, H (Org). Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras. *Série Desenvolvimento Rural Sustentável*; v.21. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.iicabr.iica.org.br/wp-content/uploads/2014/03/S%C3%A9rie-DRS-vol-21.pdf>
- Miranda, E. E. de.; Magalhães, L. A.; Carvalho, C. A. de. 2014a. Proposta de Delimitação Territorial do MATOPIBA. Disponível em: https://www.embrapa.br/gite/publicacoes/NT1_DelimitacaoMatopiba.pdf
- Noda, Hiroshi. *Agricultura Familiar na Amazônia, Segurança Alimentar e Agroecologia: Artigo para Leitura*. Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA), 2006
- Nugent, Stephen. Utopias e Distopias na Paisagem Social Amazônica in ADAMS, Cristina; MURRIETA, Rui; NEVES, Walter (org). *Sociedades cablocas amazônicas; modernidade e invisibilidade*. São Paulo: Annablume, 2006.
- Pace, Richard. Abuso científico do termo 'caboclo'? Dúvidas de representação e autoridade. *Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum.*, Belém, v. 1,n. 3,p. 79-92, Dec. 2006. Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-81222006000300004&lng=en&nrm=iso>.
- Reis LGC, Pepe VLE, Caetano R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis: revista de saúde coletiva*. 2011; 21(3):1139-60.
- Rigotti, JIR; Campos J. Movimentos populacionais e as cidades médias de Minas Gerais. In: VI Encontro Nacional sobre Migrações, 2009, Belo Horizonte. *Anais VI Encontro Nacional sobre Migrações*. Belo Horizonte: ABEP, 2009.
- Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary care in the driver's seat?* New York: Open University Press; 2006.
- Santos, M. *Espaço e Sociedade*. Petrópolis: Vozes, 1979.
- Santos, M. *Pensando o espaço do homem*. São Paulo: Hucitec, 1982.

- Santos, M. Por uma Geografia Nova. São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978.
- Santos, M. Território globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec, 1994.
- Santos, M. A natureza do espaço – Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.
- Santos, Milton e Silveira, Maria Laura. O Brasil. Território e Sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro, Record, 2001. Castell, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.
- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. DOI:10.1016/S0140-6736(11) 60135-9.
- Sena, Aderita Ricarda Martins. Seca, vulnerabilidade socioambiental e saúde: Impactos no Semiárido Brasileiro. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2017.
- Silva, Hilton. A saúde humana e a Amazônia no século XXI: reflexões sobre os objetivos do milênio. *Novos Cadernos NAEA*, v. 9, n. 1, p. 77-94, jun. 2006. Disponível em: <http://www2.unifap.br/ppcs/files/2012/10/Artigo_PPGCS_02.pdf>.
- Soares, et al. Determinantes Socioambientais e Saúde: o Brasil Rural versus o Brasil Urbano. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 9(2), 221-235, jun, 2015.
- Strandberg-Larsen M, Krasnik A. Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. *Int J Integr Care* 2009; 9:e01.
- Strasser, R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Family Practice* 2003; 20: 457–463.
- Thery, Hervé. Situações da Amazônia no Brasil e no continente. *Estud. av.* [online]. 2005, vol.19, n.53 [cited 2019-04-15], pp.37-49. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142005000100003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-4014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142005000100003>.
- Thuler. LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(5):216-8.
- Tomasi, Elaine et al . Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife , v. 15, n. 2, p. 171-180, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200171&lng=en&nrm=iso>. access on 31 May 2018.
- Travassos, C.; Oliveira, E. X. G.; Viacava, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.
- Travassos, C.; Viacava, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 10, p. 2490–2502, 2007.
- Victoria CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; 377:1863-76.
- Vilelas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, Bastos MH et al. Prenatal care in Brazil. *Cad. saúde pública*. 2014; 30(supl1):85-100.