

RELATÓRIO FINAL JANEIRO 2020



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL

COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO

MÁRCIA CRISTINA RODRIGUES FAUSTO
HELENA MARIA SEIDL FONSECA
VALÉRIA MORGANA PENZIN



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

cee
Centro de
Estudos
Estratégicos
da Fiocruz

EQUIPE DE PESQUISA

COORDENAÇÃO

Marcia Cristina R Fausto
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Helena Maria Seidl Fonseca
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Lígia Giovanella
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Patty Fidelis de Almeida
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Aylene Bousquat
Universidade de São Paulo (USP)

Juliana Gagno Lima
Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa)

PESQUISADORES - TRABALHO DE CAMPO

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
Cassiano Mendes Franco
Fernando Ramalho G. Soares
Hosana Machado R. Braz
Marcelly da Silva Barbieri
Matheus Luis Gouveia da Veiga
Renata Gomes Zuma

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Lucas Manoel da Silva Cabral

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
Maria Jacirema F Goncalves

Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Adriano Maia dos Santos
Eduarda Ferreira dos Anjos
Fabiely Gomes da Silva Nunes
Jéssica de Oliveira Sousa
Jôse Ribas Galvão
Livia dos Santos Mendes
Raisa Santos Cerqueira

Universidade Federal Fluminense (UFF)
Viviane Gouvêa dos Santos

Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa)

Cristiano Gonçalves Moraes
Geraldo Walter de Almeida Neto
Hendrick Nobre de Sousa
Ilvia Silva Gomes
Iolane Cristina de Brito Pereira
Laiane Jorge Campos
Larissa Ádna Neves Silva
Luciane Alfaia Soares
Marcos Pereira Santos
Marcos Roberto Galvão Castro
Silvio Almeida Ferreira
Victor Prado Camargo

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal)

Cristiane Maria Alves Martins

Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf)

Angela de Oliveira Carneiro
Kamila Juliana da Silva Santos

Universidade de São Paulo (USP)

Américo Yuiti Mori
Cláudia Maria Bógus
Cleide Lavieri Martins
Daniela de Moraes Santiago
Edialy Cancian Tetemann
Juliana Gaj Levra de Jesus
Maira Carolina Polydoro Ribeiro
Nathalia Chagas Rosa dos Santos
Wanhinna Regina Soares da Silva

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resumo das características dos municípios selecionados para o estudo	63
Quadro 2: Objetivos e estratégias metodológicas propostas para realização do estudo	69
Quadro 3: Quantitativo de entrevistas segundo entrevistados previstos para o estudo	72
Quadro 4: Quantitativo de entrevistas realizadas nos municípios selecionados para a pesquisa Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil.....	74
Quadro 5: Roteiros de entrevista aplicados nos municípios selecionados para a pesquisa Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil.	75
Quadro 6: Municípios da Região de Balsas (MA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)	80
Quadro 7: Indicadores Demográficos - Formosa da Serra Negra (MA)	83
Quadro 8: Indicadores Sociais - Formosa da Serra Negra (MA)	84
Quadro 9: Indicadores sanitários - Formosa de Serra Negra	86
Quadro 10: Indicadores de recursos humanos em saúde - Município de Formosa de Serra Negra/MA, 2010 e dezembro de 2018	88
Quadro 11: Caracterização de equipamentos de saúde - Formosa da Serra Negra (MA).....	88
Quadro 12: Indicadores de Atenção Básica - Formosa da Serra Negra (MA).....	89
Quadro 13: Municípios da Região de Saúde de Balsas (MA)), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).....	91
Quadro 14: Indicadores Demográficos - Tasso Fragoso (MA)	93
Quadro 15: Indicadores Sociais - Tasso Fragoso (MA).....	94
Quadro 16: Indicadores sanitários - Tasso Fragoso (MA)	95
Quadro 17: Caracterização de equipamentos de saúde - Tasso Fragoso (MA)	97
Quadro 18: Indicadores de Atenção Básica - Município Tasso Fragoso (MA)	98
Quadro 19: Região Médio Norte Araguaia	100
Quadro 20: Indicadores Demográficos - Campos Lindos (TO).....	103
Quadro 21: Indicadores Sociais - Campos Lindos (TO)	105
Quadro 22: Indicadores sanitários - Campos Lindos (TO)	106
Quadro 23: Caracterização de equipamentos de saúde do município de Campos Lindos - TO ..	109
Quadro 24: Indicadores de Atenção Básica - Campos Lindos (TO)	109
Quadro 25: Municípios da Região de Saúde da Chapada das Mangabeiras (PI), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e seleção na pesquisa	111
Quadro 26: Indicadores demográficos - Município Avelino Lopes (PI), 2019.....	114
Quadro 27: Indicadores Sociais - Avelino Lopes (PI), 2000, 2010 e 2014	116
Quadro 28: Indicadores sanitários - Avelino Lopes (PI), 2000, 2010 e 2016	117
Quadro 29: Número de Hipertensos Cadastrados e acompanhados pelas equipes de Saúde da Família - Avelino Lopes (PI), 2010 a 2015	118
Quadro 30: Caracterização dos equipamentos de saúde - Avelino Lopes (PI), 2019	121
Quadro 31: Municípios da Região de Saúde da Chapada das Mangabeiras (PI), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)	124
Quadro 32: Indicadores demográficos - Município Júlio Borges (PI), 2019	127
Quadro 33: Indicadores Sociais - Município Júlio Borges (PI), 2000 e 2010.....	129
Quadro 34: Indicadores sanitários - Júlio Borges (PI), 2000, 2010 e 2016	131
Quadro 35: Número de Hipertensos Cadastrados e acompanhados pelas equipes de Saúde da Família - Júlio Borges (PI), 2010 a 2015	132
Quadro 36: Caracterização dos equipamentos de saúde - Júlio Borges (PI), 2019	134
Quadro 37: Municípios da Região de Saúde da Chapada das Mangabeiras (PI), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)	137
Quadro 38: Indicadores Demográficos - Monte Alegre do Piauí (PI)	141
Quadro 39: Indicadores Sociais - Monte Alegre do Piauí (PI).....	142
Quadro 40: Caracterização de equipamentos de saúde - Monte Alegre do Piauí (PI).....	144
Quadro 41: Municípios da Região da Chapada das Mangueiras (PI)	146

Quadro 42: Indicadores Demográficos - Redenção do Gurguéia (PI).....	148
Quadro 43: Indicadores Sociais - Redenção do Gurguéia (PI).....	149
Quadro 44: Indicadores sanitários do município de Redenção da Gurguéia/PI, período de 2000, 2010 e 2016.....	151
Quadro 45: Indicadores de recursos humanos em saúde - Município de Redenção da Gurguéia/PI, 2010 e dezembro de 2018	152
Quadro 46: Indicadores de Atenção Básica - Redenção do Gurguéia (PI).....	153
Quadro 47: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Redenção da Gurgueia (PI).....	154
Quadro 48: Municípios da Região de Saúde de Ibotirama (BA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).....	159
Quadro 49: Indicadores demográficos - Município Ipupiara (BA)	162
Quadro 50: Indicadores Sociais - Ipupiara (BA)	163
Quadro 51: Indicadores sanitários - Município Ipupiara (BA).....	164
Quadro 52: Cadastro Atenção Básica Ipupiara BA 2019.....	166
Quadro 53: Indicadores de Atenção Básica Ipupiara 2015.....	167
Quadro 54: Indicadores de recursos humanos em saúde - Município de Ipupiara BA	167
Quadro 55: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Ipupiara (BA).....	168
Quadro 56: Municípios da Região de Saúde de Ibotirama (BA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).....	171
Quadro 57: Indicadores demográficos - Município Morpará (BA)	174
Quadro 58: Indicadores Sociais - Morpará (BA).....	176
Quadro 59: Indicadores sanitários - Município Morpará (BA)	177
Quadro 60: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Morpará, (BA).....	179
Quadro 61: Indicadores de Atenção Básica Morpará BA 2019.....	179
Quadro 62: Municípios da Região de Saúde de Juazeiro (BA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).....	181
Quadro 63: Indicadores Demográficos - Pilão Arcado (BA).....	184
Quadro 64: Indicadores Sociais - Pilão Arcado (BA)	185
Quadro 65: Indicadores sanitários - Município Pilão Arcado (BA)	186
Quadro 66: Indicadores de Atenção Básica Pilão Arcado (BA)	189
Quadro 67: Caracterização de equipamentos de saúde - Pilão arcado (BA).....	190
Quadro 68: Região de Saúde Floriano (CIR Vale dos Rios Piauí e Itaueiras) PI.	194
Quadro 69: Indicadores Demográficos - Rio Grande do Piauí (PI)	197
Quadro 70: Indicadores Sociais - Município Rio Grande do Piauí (PI).....	198
Quadro 71: Indicadores sanitários - Município Rio grande do Piaui (PA) em anos selecionados	199
Quadro 72: Caracterização dos equipamentos de saúde disponíveis no CNES - Rio Grande do Piauí -PI.....	202
Quadro 73: Indicadores de recursos em saúde - Rio Grande do Piauí (PI)	202
Quadro 74: Indicadores de Atenção Básica - Rio Grande do Piauí (PI).....	203
Quadro 75: Indicadores Sanitários - Nova Lacerda/MT.....	210
Quadro 76: Região de Saúde de Juara.....	213
Quadro 77: Indicadores Sociais - Município de Tabaporã (MT).....	217
Quadro 78: Indicadores Demográficos - Município de Tabaporã (MT)	218
Quadro 79: Indicadores sanitários - Tabaporã (MT) 200, 2010 e 2016.....	218
Quadro 80: Caracterização de equipamentos de saúde - Tabaporã	220
Quadro 81: Indicadores de Atenção Básica	221
Quadro 82: Municípios da Região de Saúde do Sudoeste Matogrossense (MT), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).	223
Quadro 83: Indicadores Demográficas - Vila Bela da Santíssima Trindade.....	226
Quadro 84: Indicadores Sociais - Vila Bela da Santíssima Trindade	226
Quadro 85: Indicadores sanitários - Vila Bela da Santíssima Trindade	228

Quadro 86: Caracterização de equipamentos de saúde - Vila Bela da Santíssima Trindade- 2018	230
Quadro 87: Indicadores de recursos em saúde - Vila Bela da Santíssima Trindade.....	231
Quadro 88: Municípios da Região de Saúde do Alto Acre (AC), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).....	237
Quadro 89: Indicadores Demográficos - Bonito de Minas (MG)	240
Quadro 90: Indicadores Sociais - Bonito de Minas (MG).....	240
Quadro 91: Indicadores sanitários - Bonito de Minas (MG)	242
Quadro 92: Indicadores de Atenção Básica - Bonito de Minas (MG).....	244
Quadro 93: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Bonito de Minas (MG)	245
Quadro 94: Municípios da Região de Saúde de Salinas (MG), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).....	248
Quadro 95: Indicadores demográficos - Município Indaiabira (MG).....	252
Quadro 96: Indicadores Sociais - Indaiabira (MG).....	253
Quadro 97: Esgotamento sanitário de Indaiabira último Censo IBGE	253
Quadro 98: Abastecimento de água de Indaiabira último Censo IBGE	254
Quadro 99: Destinação do lixo Indaiabira último Censo IBGE.....	254
Quadro 100: Indicadores sanitários - Município Indaiabira (MG).....	256
Quadro 101: Cadastro Indaiabira- MG, 2015.Atenção Básica.....	257
Quadro 102: Cobertura Vacinal da Tríplice Viral, Tetra Viral e Pentavalente no Município de Indaiabira no período de 2010 a 2019.....	257
Quadro 103: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Indaiabira (MG)	258
Quadro 104: Indicadores de recursos humanos em saúde - Município de Indaiabira MG	260
Quadro 105: Indicadores de Atenção Básica Indaiabira MG 2019	260
Quadro 106: Municípios da Região de Saúde de Salinas Taiobeiras (MG), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)	263
Quadro 107: Indicadores demográficos - Município Rubelita, (MG)	266
Quadro 108: Indicadores Sociais - Rubelita (MG)	267
Quadro 109: Indicadores sanitários - Município Rubelita (MG)	268
Quadro 110: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Rubelita, (MG).....	270
Quadro 111: Indicadores de Atenção Básica - Rubelita (MG).....	271
Quadro 112: Municípios da Região de Saúde do Tapajós (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).....	276
Quadro 113: Indicadores Demográficos - Município Aveiro (PA).....	279
Quadro 114: Indicadores Sociais - Município Aveiro (PA).....	279
Quadro 115: Indicadores sanitários - Município Aveiro (PA)	281
Quadro 116: Descrição dos equipamentos de saúde ativos de Aveiro/PA e classificação da área.	282
Quadro 117: Indicadores de Atenção Básica - Município Aveiro (PA)	284
Quadro 118: Municípios da Região de Saúde do Baixo Amazonas (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)	287
Quadro 119: Indicadores Demográficos - Município Curuá (PA)	290
Quadro 120: Indicadores Sociais - Município Curuá (PA)	290
Quadro 121: Indicadores sanitários - Município Curuá (PA).....	291
Quadro 122: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Curuá (PA).....	293
Quadro 123: Municípios da Região de Saúde Marajó II (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).....	296
Quadro 124: Indicadores Demográficos - Melgaço	299
Quadro 125: Indicadores Sociais - Melgaço.....	300
Quadro 126: Indicadores sanitários - Melgaço.....	302
Quadro 127: Caracterização de equipes de saúde - Melgaço.....	305
Quadro 128: Indicadores de recursos em saúde - Melgaço	306

Quadro 129: Indicadores de Atenção Básica - Melgaço.....	307
Quadro 130: Municípios da Região de Saúde do Baixo Amazonas (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)	309
Quadro 131: Indicadores demográficos - Município Prainha (PA)	312
Quadro 132: Indicadores Sociais - Município Prainha (PA).....	313
Quadro 133: Indicadores sanitários - Município Prainha (PA)	315
Quadro 134: Indicadores de recursos humanos em saúde - Município de Prainha/PA.....	318
Quadro 135: Indicadores de Atenção Básica - Município Prainha (PA), 2007, 2010, 2018.....	319
Quadro 136: Região de Saúde do Baixo Amazonas (AM).....	321
Quadro 137: Indicadores Demográficos - Boa Vista dos Ramos (AM)	324
Quadro 138: Indicadores Sociais - Boa Vista dos Ramos (AM).....	324
Quadro 139: Indicadores sanitários - Boa Vista dos Ramos (AM).....	325
Quadro 140: Indicadores de Atenção Básica - Boa Vista dos Ramos (AM).....	327
Quadro 141: Municípios da Região de Saúde do Baixo Amazonas (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)	330
Quadro 142: Indicadores demográficos - Município Maués (AM)	333
Quadro 143: Indicadores Sociais - Maués (AM).....	334
Quadro 144: Indicadores sanitários - Maués (AM)	336
Quadro 145: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município de Maués - AM	338
Quadro 146: Indicadores de recursos em saúde - Maués (AM).....	338
Quadro 147: Indicadores de Atenção Básica - Maués (AM).....	339
Quadro 148: Caracterização de equipamentos de saúde - Maués (AM)	340
Quadro 149: Região de Saúde Sudoeste do Estado do Amapá.....	343
Quadro 150: Indicadores Demográficos - Município de Vitória do Jari (AP)	345
Quadro 151: Distribuição populacional por município, sexo e área residente, Estado do Amapá, 2000 e 2010.....	346
Quadro 152: Indicadores Sociais - Município de Vitória do Jari (AP).....	346
Quadro 153: Indicadores sanitários - Vitória do Jari.....	348
Quadro 154: Caracterização de equipamentos de saúde do município de Vitória do Jari - AP.....	350
Quadro 155: Indicadores de Recursos em Saúde do município de Vitória do Jari - AP.....	351
Quadro 156: Municípios da Região de Saúde do Alto Acre (AC), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).....	355
Quadro 157: Indicadores Demográficos - Município Assis Brasil (AC)	358
Quadro 158: Indicadores Sociais - Município Assis Brasil (AC).....	358
Quadro 159: Indicadores sanitários - Município Assis Brasil (AC)	359
Quadro 160: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Assis Brasil (AC)	362
Quadro 161: Indicadores de Atenção Básica - Município Assis Brasil (AC).....	363
Quadro 162: Região de Saúde do Tapajós (PA)	365
Quadro 163: Indicadores Demográficos - Município Jacareacanga (PA)	368
Quadro 164: Indicadores Sociais - Município Jacareacanga (PA).....	369
Quadro 165: Indicadores sanitários - Município Jacareacanga (PA)	370
Quadro 166: Indicadores de Atenção Básica - Município Jacareacanga (PA)	372
Quadro 167: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Jacareacanga (PA)	372
Quadro 168: Indicadores de recursos em saúde - Município Jacareacanga (PA).....	373
Quadro 169: Região de Saúde do Tapajós	377
Quadro 170: Indicadores Demográficos - Município Rurópolis (PA).....	380
Quadro 171: Indicadores Sociais - Município Rurópolis (PA)	381
Quadro 172: Indicadores sanitários - Município Rurópolis (PA)	381
Quadro 173: Indicadores de Atenção Básica - Município Rurópolis (PA)	383
Quadro 174: Entrevistas realizadas e Manaus - AM	391
Quadro 175: Taxas demográficas do município de Manaus.....	392

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1: Formosa da Serra Negra - MA.....	78
Fotografia 2: Tasso Fragosso - MA.....	90
Fotografia 3: Campos Lindos - TO.....	99
Fotografia 4: Avelino Lopes - PI.....	110
Fotografia 5: Júlio Borges - PI	123
Fotografia 6: Monte Alegre do Piauí - PI	136
Fotografia 7: Redenção da Gurgueia - PI	145
Fotografia 8: Ipupiara - BA.....	158
Fotografia 9: Morpará - BA	169
Fotografia 10: Pilão Arcado - BA	180
Fotografia 11: Rio Grande do Piauí - PI.....	193
Fotografia 12: Nova Lacerda - MT	207
Fotografia 13: Tabaporã - MT	212
Fotografia 14: Vila Bela da Santíssima Trindade - MT	222
Fotografia 15: Bonito de Minas - MG	235
Fotografia 16: Indaiabira - MG.....	246
Fotografia 17: Rubelita - MG.....	262
Fotografia 18: Aveiro - PA	274
Fotografia 19: Curuá - PA.....	286
Fotografia 20: Melgaço - PA	295
Fotografia 21: Prainha - PA	308
Fotografia 22: Boa Vista do Ramos - AM.....	320
Fotografia 23: Maués - AM	328
Fotografia 24: Vitória do Jari - AP	342
Fotografia 25: Assis Brasl - AC.....	354
Fotografia 26: Jacareacanga - PA	364
Fotografia 27: Rurópolis- PA	376

LISTA DE MAPAS

Mapa 1: Municípios Rurais Remotos Brasileiros, 2017	30
Mapa 2: Tipologia dos municípios rurais e remotos, segundo áreas definidas na pesquisa	34
Mapa 3: Esquema para esquema da amostra de municípios rurais e remotos.....	34
Mapa 4: Recortes territoriais.....	38
Mapa 5: Delimitação Territorial do Matopiba com 31 microrregiões do IBGE.....	39
Mapa 6: Mapas da regional de saúde de Balsas (MA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa.....	79
Mapa 7: Mapa das UBS do município Formosa da Serra Negra (MA).....	87
Mapa 8: Mapas da regional de Saúde de Balsas (MA) com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa.....	91
Mapa 9: Distribuição geográfica das unidades básicas de saúde do município de Tasso Fragoso (MA)	98
Mapa 10: Mapas da Regional de Saúde de Sudoeste (AP), com a classificação dos municípios pela tipologia rural-remoto do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa.....	100
Mapa 11: Distribuição geográfica da Unidade Básicas de Saúde de Campos Lindos - TO	108
Mapa 12: Municípios da Região de Saúde da Chapada das Mangabeiras (PI), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e seleção na pesquisa	111
Mapa 13: Localização geográfica das Unidades Básicas de Saúde de Avelino Lopes (PI), 2019119	
Mapa 14: Municípios da Região de Saúde da Chapada das Mangabeiras (PI), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e seleção na pesquisa	124
Mapa 15: Localização geográfica das Unidades Básicas de Saúde de Avelino Lopes (PI), 2019133	
Mapa 16: Municípios da Região de Saúde da Chapada das Mangabeiras (PI), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e seleção na pesquisa	137
Mapa 17: Distribuição geográfica das unidades básicas de saúde do município de Monte Alegre do Piauí - PI.....	143
Mapa 18: Municípios da Região de Saúde da Chapada das Mangabeiras (PI), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e seleção na pesquisa	146
Mapa 19: Distribuição geográfica das unidades básicas de saúde do município de Redenção da Gurgueia (PI).....	152
Mapa 20: Mapas da regional de saúde do Ibotirama (BA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa.....	159
Mapa 21: Mapa das unidades de saúde	166
Mapa 22: Mapas da regional de saúde de Ibotirama (BA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa.....	170
Mapa 23: Distribuição geográfica das Unidades de Saúde do município de Morpará BA.....	178
Mapa 24: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município de Pilão Arcado - BA.	189
Mapa 25: Municípios da Região de Saúde Vale dos Rios Piauí e Itaueiras-PI	194
Mapa 26: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município de Rio Grande do Piauí - PA	201
Mapa 27: Mapas da Regional de Saúde de Juara (MT), com a classificação dos municípios pela tipologia rural-remoto do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa.....	213
Mapa 28: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do Município de Tabaporã - MT	220
Mapa 29: Mapas da regional de Saúde do Sudoeste Matogrossense (MT), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa	223
Mapa 30: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município de Vila Bela que participaram do PMAQ	229

Mapa 31: Mapas da micro regional de saúde de Januária (MG), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa	237
Mapa 32: Distribuição geográfica das Unidades de Saúde do município de Bonito de Minas -MG	243
Mapa 33: Mapas da regional de saúde de Salinas (MG), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa	247
Mapa 34: Distribuição geográfica das Unidades de Saúde do município de Indaiabira MG	259
Mapa 35: Mapas da regional de saúde de Salinas (MG), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa	263
Mapa 36: Distribuição geográfica das Unidades de Saúde do município de Rubelita-MG.....	270
Mapa 37: Localização da regional de saúde do município de Aveiro.	276
Mapa 38: Distribuição das unidades básicas de saúde do município de Aveiro/PA.....	282
Mapa 39: Mapas da regional de saúde do Baixo Amazonas (PA) e Tapajós (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e municípios selecionados para a pesquisa	287
Mapa 40: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município de Curuá - PA	293
Mapa 41: Localização da regional de saúde do município de Melgaço - PA.....	296
Mapa 42: Distribuição geográfica das unidades básicas de saúde do município de Melgaço (PA)	305
Mapa 43: Mapas da regional de saúde do Baixo Amazonas (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa	309
Mapa 44: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município de Prainha - PA	318
Mapa 45: Mapas da regional de saúde do Baixo Amazonas (AM), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa	321
Mapa 46: Mapas da região do Baixo Amazonas (AM), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa	329
Mapa 47: Mapas da Regional de Saúde de Sudoeste (AP), com a classificação dos municípios pela tipologia rural-remoto do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa	343
Mapa 48: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do Município de Vitória do Jari - AP	350
Mapa49: Mapas da regional de saúde do Alto Acre (AC), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa	355
Mapa50: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do Município de Assis Brasil - AC	361
Mapa51: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do Município de Assis Brasil - AC	362
Mapa 52: Mapas da regional de saúde do Tapajós (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa	365
Mapa 53: Mapa da regional de Saúde do Tapajós, de acordo com a tipologia rural-urbano do IBGE, com destaque ao município de Rurópolis	377
Mapa 54: Distribuição geográfica das Unidades de Saúde do Município de Rurópolis -PA.....	383
Mapa 55: Mapa da Comunidade São Sebastião do Rio Cuieiras	389

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Variáveis escolhidas para caracterização dos municípios rurais e remotos (IBGE, 2017), ano de referência e fonte utilizada.	30
Tabela 2: Distribuição dos MRR por faixa populacional. Brasil, 2015.....	31
Tabela 3: Distribuição dos Municípios Rurais Remotos por Faixa de IDHM. Brasil, 2010.....	33
Tabela 4: Características Socioeconômicas dos municípios rurais e remotos segundo áreas definidas na pesquisa	35
Tabela 5: Municípios Rurais Remotos na área MATOPIBA.....	40
Tabela 6: População, IDHM, PIB, Composição do PIB pelos setores da Economia, Municípios Rurais Remotos, MATOPIBA, 2015/2016.	40
Tabela 7: Distribuição dos municípios RR pelas CIR da área MATOPIBA	41
Tabela 8: Faixa de Cobertura Populacional da ESF, Municípios Rurais Remotos, MATOPIBA- 2017	42
Tabela 9: Critérios acumulativo, MATOPIBA 2017.....	42
Tabela 10: Primeira Seleção de Município para Amostra, Município, Estado e CIR, MATOPIBA ..	42
Tabela 11: População, IDHM, PIB, Composição do PIB pelos setores da Economia. Municípios Rurais Remotos - Norte de Minas, 2015/2016	45
Tabela 12: Distribuição dos municípios rurais e remotos pelas Comissão Intergestores Regional - CIR Norte de Minas	46
Tabela 13: Critérios cumulativo, Norte de Minas.....	46
Tabela 14: Primeira Seleção de Município para Amostra, Município e CIR- Norte de Minas Gerais	46
Tabela 15: População, IDHM, PIB, Composição do PIB pelos setores da Economia, Municípios Rurais Remotos - Vetor Centro Oeste, 2015/2016	47
Tabela 16: Distribuição dos municípios RR pelas CIR, Expansão Vetor Centro Oeste.....	48
Tabela 17: Cobertura ESF, Vetor CO, 2016.....	49
Tabela 18: Critério cumulativo, Vetor Centro-Oeste.....	49
Tabela 19: Primeira Seleção de Município para Amostra, Município e CIR- Vetor Expansão Centgro-Oeste.....	50
Tabela 20: População, IDHM, PIB, Composição do PIB pelos setores da Economia, Municípios Rurais Remotos - Norte Estradas, 2015/2016.....	54
Tabela 21: Distribuição dos municípios RR pelas CIR, Norte Estradas	55
Tabela 22: Cobertura ESF MRR, Norte das Estradas, 2017	55
Tabela 23: Critérios cumultivo, Norte Estrada.....	55
Tabela 24: Primeira Seleção de Município para Amostra, Município e CIR- Norte Estradas	55
Tabela 25: População, IDHM, PIB, Composição do PIB pelos setores da Economia Municípios Rurais Remotos - Norte das Águas, 2015/2016	56
Tabela 26: Distribuição dos municípios RR pelas CIR, Norte das Águas	58
Tabela 27: Cobertura ESF MRR, Norte das Águas, 2017	58
Tabela 28: Critério cumulativo, Norte Águas.....	58
Tabela 29: Primeira Seleção de Município para Amostra, Município e CIR- Norte Águas	59
Tabela 30: População, IDHM, PIB, Composição do PIB pelos setores da Economia, Municípios Rurais Remotos - Semiárido, 2015/2016	60
Tabela 31: Distribuição dos municípios RR pelas CIR, Semiárido	61
Tabela 32: Cobertura ESF, MRR Semiárido, 2017	61
Tabela 33: Critérios cumulativos, Semiárido.....	62
Tabela 34: Primeira Seleção de Município para Amostra, Município e CIR- Semiárido	62
Tabela 35: Beneficiários do bolsa família segundo perfil epidemiológico da ESF São Sebastião, município de Prainha, 2019	315
Tabela 36: Beneficiários do bolsa família segundo perfil epidemiológico da ESF Jatuarana, município de Prainha, 2019	315

SUMÁRIO

PARTE I - A PESQUISA	17
INTRODUÇÃO	18
OBJETIVOS DO ESTUDO	25
OBJETIVO GERAL	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
METODOLOGIA	25
CARACTERIZAÇÃO DOS 323 MUNICÍPIOS BRASILEIROS CLASSIFICADOS COMO RURAL REMOTO	29
CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	33
PARTE II - ÁREAS DE PESQUISA	36
A - MATOPIBA	37
B - NORTE DE MINAS	44
C - EXPANSÃO VETOR CENTRO-OESTE	47
D - REGIÃO AMAZÔNICA	51
D1 - NORTE ESTRADAS	53
D2 - NORTE ÁGUAS	56
E - SEMIÁRIDO	60
PARTE III - CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	64
EVENTOS MARCADORES	65
GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO	66
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	67
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	68
ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE PARA O ESTUDO	68
QUESTÕES ÉTICAS	70
PARTE - IV ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO DA PESQUISA	71
ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS	72
ESTRATÉGIA PARA ARMAZENAMENTO DOS DADOS COLETADOS	73

PARTE V RESULTADOS PRELIMINARES - [CASOS MÚLTIPLOS: MATOPIBA] 76

FORMOSA DA SERRA NEGRA - MA.....	78
TASSO FRAGOSO - MA	90
CAMPOS LINDOS - TO	99
AVELINO LOPES - PI	110
JULIO BORGES - PI.....	123
MONTE ALEGRE DO PIAUÍ - PI	136
REDENÇÃO DA GURGUEIA - PI	145

PARTE VI RESULTADOS PRELIMINARES - [CASOS MÚLTIPLOS: SEMIÁRIDO] 156

IPUPIARA - BA	158
MORPARÁ - BA.....	169
PILÃO ARCADO - BA	180
RIO GRANDE DO PIAUÍ - PI	193

PARTE VII RESULTADOS PRELIMINARES - [CASOS MÚLTIPLOS: VETOR EXPANSÃO CENTRO-OESTE] 205

NOVA LACERDA - MT.....	207
TABAPORÃ - MT	212
VILA BELA DA SANTÍSSIMA TRINDADE - MT	222

PARTE VIII RESULTADOS PRELIMINARES - [CASOS MÚLTIPLOS: NORTE DE MINAS] 233

BONITO DE MINAS - MG.....	235
INDAIABIRA - MG.....	246
RUBELITA - MG	262

PARTE IX RESULTADOS PRELIMINARES - [CASOS MÚLTIPLOS: NORTE ÁGUAS] 272

AVEIRO - PA	274
CURUÁ - PA	286
MELGAÇO - PA	295
PRAINHA - PA	308
BOA VISTA DO RAMOS - AM	320
MAUÉS - AM.....	328

VITÓRIA DO JARI - AP 342

PARTE X RESULTADOS PRELIMINARES - [CASOS MÚLTIPLOS: NORTE ESTRADA]
_____ 352

ASSIS BRASIL - AC 354

JACAREACANGA - PA 364

RURÓPOLIS - PA 376

PARTE XI RESULTADOS PRELIMINARES - [CASO ÚNICO: MANAUS] _ 385

CONSIDERAÇÕES FINAIS _____ 396

BIBLIOGRAFIA _____ 398

PARTE I
A PESQUISA

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 daqueles que vivem nestes territórios (KASSOUF, 2005; BEHEREGARAY e GERHARDT, 2010; TRAVASSOS e VIACAVAL, 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. São exemplos, o município de Melgaço, no Pará, com 78% da sua população residindo em área rural e com pior IDHM (0,418); e o município Uiramutã, em Roraima, que possui 87% da sua população residindo em área rural e IDHM de 0,453. São territórios opacos (Santos, 2009), não inseridos no circuito econômico, nos quais prevalece a tendência para Inverse Care Law (Hart, 1971), ou seja, a disponibilidade dos recursos em saúde mantém-se escassa nas áreas de baixo desenvolvimento econômico e social, onde residem grupos sociais menos privilegiados com expressivas e maiores 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 APS

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

em todo território nacional. A expansão dos serviços de 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.

Os serviços de APS se expandiram no país tendo como referência as diretrizes dadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída pelo Ministério da Saúde. A PNAB desde a sua primeira versão (2006) propõe que se estabeleça nas unidades básicas de saúde uma APS de cunho integral, por meio de oferta de ações e serviços que se estende desde a promoção à reabilitação da saúde, de forma a impactar nos determinantes sociais da saúde da população. Embora os governos Federal e estaduais tenham responsabilidades com a política de fortalecimento da APS no SUS, sua execução é de responsabilidade dos entes governamentais municipais. Deve-se considerar que na PNAB os termos, atenção básica e atenção primária à saúde, são equivalentes e serão tratados neste projeto como sinônimos.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal dispositivo de reorganização dos serviços de atenção básica nos municípios brasileiros, embora possa coexistir com outros modelos. Seus princípios e fundamentos são: i) ter território definido como base para o planejamento e desenvolvimento das ações de saúde e intersetoriais; ii) garantir acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade resoluto, devendo consolidar-se como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, iii) atuar em território adscrito, com população definida, desenvolvendo vínculo e corresponsabilização pela atenção às necessidades que se apresentam no território; iv) coordenar e efetivar a integralidade em suas várias dimensões, ligando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e, ao mesmo tempo, garantir e integrar ações programáticas e demandas espontâneas, atuando em rede e desenvolvendo articulação entre equipes de saúde e a população dos territórios sob sua responsabilidade de forma a garantir a longitudinalidade; v) Estimular a participação social. As ações de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) devem ser desenvolvidas por equipes multiprofissionais, composta no mínimo por um médico, um enfermeiro e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes de saúde da família (SF) devem ser responsáveis por população adstrita, territorializada, com no máximo 3.000 pessoas. Devem ainda constituir suas ações a partir do estabelecimento de vínculos com as famílias do território sob sua responsabilidade, ofertar ações individuais e coletivas, ser o primeiro contato, se responsabilizar pelo encaminhamento para outros pontos do sistema de serviços de saúde e pelo cuidado longitudinal dos pacientes (BRASIL, 2006; 2011).

Em 2017 a PNAB foi reeditada, introduziu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS (Brasil, 2017). Entre as principais mudanças proposta pela atual PNAB, a flexibilidade em relação a presença do Agente Comunitário de Saúde,

a carga horária dos médicos; aspectos relacionados ao financiamento; o rompimento da prioridade dada à ESF como modelo de organização da APS no país. O estabelecimento de padrões essenciais e ampliados para este nível de atenção.

Do ponto de vista da implementação da política de atenção básica no território nacional, deve-se considerar que as singularidades do desenho federativo do Estado brasileiro resultaram em respostas muito variadas entre os estados e municípios no que tange à política de descentralização, e conseqüentemente à política de fortalecimento da atenção básica traçadas no âmbito do SUS. Isto porque o federalismo brasileiro pauta-se na autonomia relativa dos municípios, estados, União e na ausência de vinculação hierárquica entre as esferas de governo (Abrucio & Couto, 1996:40).

A despeito da multiplicidade de respostas municipais para a organização da APS, avanços na APS 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).

Como se pode observar, os serviços de APS enfrentam obstáculos estruturais para a garantia da atenção integral, coordenada e contínua. Os dilemas enfrentados neste nível de atenção são, ao mesmo tempo, o dilema do Sistema Único de Saúde (SUS), fortemente marcado pela fragmentação e desarticulação dos serviços de saúde que o compõe (Paim et al., 2011).

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).

A experiência de realização de coleta de dados para avaliação de desempenhos das equipes AB no âmbito do PMAQ trouxe reflexões importantes para análises sobre o acesso das populações residentes em áreas rurais e remotas aos serviços de saúde. Relatos de experiência produzidos por pesquisadores envolvidos com a coleta de dados identificaram que municípios de estados e regiões reconhecidamente diferenciados como Paraná, Amapá e Alagoas apresentaram condições de oferta da atenção básica muito análogas quando os territórios apresentavam condição de ruralidade ou de distanciamento dos centros urbanos, ainda que em maior ou menor grau. Os relatos expõem desafios relacionados a questões como: acesso geográfico aos serviços de AB; retenção e fixação de profissionais de saúde; as particularidades de populações como as indígenas, ribeirinhas, quilombolas e outras comunidades; e o desafio permanente, cotidiano para o enfrentamento das desigualdades de acesso e uso dos serviços de saúde no SUS, o gargalo relativamente maior no acesso à atenção especializada, especialmente nessas localidades (Fausto & Fonseca, 2013).

Em diferentes estados observou-se a utilização de estratégias itinerantes para a organização do trabalho das equipes de atenção básica e de saúde bucal nas áreas rurais de municípios com população inferior a 3.000 habitantes. Equipes deslocavam-se com equipamentos e insumos para as áreas mais distantes onde o profissional de saúde não permanece rotineiramente nas UBS. O argumento do gestor municipal para justificar a estratégia era a subutilização dos profissionais e equipamentos nessas localidades. Em muitos municípios foram observadas diversas propostas de simplificação das ações, de forma improvisada. São circunstâncias em que o atendimento oportuno, adequado e a continuidade do cuidado ficam prejudicados. A ausência de recursos disponíveis e acessíveis faz com que os usuários, por conta própria percorram longas distâncias para acessar um serviço de saúde para obter os cuidados que necessitam, mesmo em serviços de APS.

Na Região Norte do Brasil, território marcado pelas especificidades geográficas e também pelas desigualdades de acesso e uso dos serviços de saúde, a implementação da política de atenção básica tem-se mostrado um desafio (Viana, 2007; Garnelo et al., 2014; Miclos, Calvo, Colussi, 2015; Garnelo & Sousa, 2017). As grandes extensões territoriais dos municípios com ampla dispersão populacional, sendo os rios os caminhos que interligam as cidades, colocam em discussão a possibilidade das diretrizes nacionais para AB efetivamente se consolidarem. A questão do parâmetro equipe/população é um exemplo.

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, mundialmente. Populações definidas como rural e urbana possuem importantes diferenças entre si quanto ao acesso e utilização de serviços de saúde (Kassouf, 2005). Estudos comparativos demonstram que populações rurais têm menor acesso aos serviços e cuidados de saúde, além de piores estados e indicadores de saúde, ao mesmo tempo que são as que utilizam a menor quantidade de assistência médica, quando comparados às populações urbanas (Wonca, 2013). Cerca de 70% dos 1,4 bilhões de pessoas extremamente pobres do mundo vive em áreas rurais (IFAD, 2011) e nessas áreas de difícil acesso, ainda é maior a incidência de problemas sociais como desemprego, insegurança alimentar, desnutrição e saneamento básico precário.

Na maior parte dos países observam-se em territórios rurais, dificuldades com transporte e comunicação e enfrenta-se o desafio da escassez/distribuição desigual de médicos e demais profissionais de saúde (Strasser, 2003; ILO, 2015). Outras desigualdades nas populações rurais envolvem: exclusão do direito à proteção à saúde; iniquidades de acesso aos cuidados de saúde; exclusão social por baixa renda; maior mortalidade materna em áreas rurais que urbanas (ILO, 2015).

Três grandes blocos temáticos aparecem na literatura como centrais para a discussão sobre saúde rural: acesso às populações de territórios rurais, fixação de profissionais e financiamento da saúde envolvendo as especificidades da saúde rural.

No Brasil, a inserção de serviços em áreas rurais e particularmente nas 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 preciso que os serviços de saúde locais disponham de condições estruturais para responder as necessidades de saúde específicas destas coletividades e estejam interligados ao conjunto maior de recursos do SUS.

No caso brasileiro, os modelos organizacionais predominantes nos serviços de saúde, em geral, são formulados a partir da realidade dos espaços urbanos do país e até mesmo rurais adjacentes a centros urbanos. Neste estudo parte-se da hipótese de que tais modelos organizacionais 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. Queremos chamar atenção para a implementação da política nacional de AB em contextos municipais rurais, especialmente para as áreas remotas. São áreas com baixa densidade

demográfica, com pequena população dispersa em vasto território. Estas localidades ficam a longa distância dos centros urbanos nos quais se concentram bens e serviços.

Deve-se considerar ainda que no Brasil é muito diversa a configuração dos 5.565 municípios em termos estruturais e quanto ao tamanho da população. Segundo o Censo 2010 (IBGE, 2011), 2.513 municípios brasileiros (70,4%) são de pequeno porte, com população até 20.000 habitantes, onde vivem 17,1% da população (32 milhões). Nas cidades consideradas de médio porte (1.368 municípios entre 20 e 100 mil habitantes) vivem 28,1% da população, o que corresponde a 53,6 milhões de pessoas. Nas cidades com população maior do que 100 mil até 500 mil habitantes (245 municípios) vivem 25,5% da população (48,5 milhões). As 38 cidades com mais de 500 mil habitantes concentram 29,3% da população.

Para os residentes das áreas rurais remotas ter acesso aos recursos necessários ao bem estar individual, familiar ou comunitário implica em horas, dias de trajetos em estradas com condições precárias ou longos deslocamentos por rios. 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).

Nas últimas décadas observa-se crescentes esforços empreendidos por centros acadêmicos e fortemente induzidos pelo Ministério da Saúde por meio de financiamento de pesquisas na área de monitoramento e avaliação no sentido de avaliar a atenção básica em saúde (Almeida e Giovanella, 2007). Nesta mesma direção, em 2011 o Ministério da Saúde propôs mudanças nas diretrizes da atenção primária à saúde com o objetivo de incentivar os gestores locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde (MS, 2011). O conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), tem se apresentado como uma das estratégias indutoras da qualidade pelo Ministério da Saúde.

Inúmeros estudos tem sido produzidos a partir da base de dados do PMAQ seja no formato de artigos, trabalhos de conclusão de curso, teses e dissertações, envolvendo alunos, docentes e pesquisadores das mais de quarenta instituições de ensino participantes da coleta de dados para o PMAQ.(Giovanella et al, no prelo). Por se tratar de inquérito de base nacional, o PMAQ permite traçar um panorama atual da AB no Brasil que possibilita reconhecer alguns desafios quanto às condições estruturais de organização dos serviços de saúde e do processo de cuidado em saúde bem como da gestão do trabalho em saúde. A análise dos dados do PMAQ aponta que investir na melhoria da qualidade e

do acesso é uma necessidade real para a adequação dos processos de cuidado na AB que se pretende implementar no país.

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 para investigação sobre a organização da atenção primária em áreas rurais e remotas.

O objetivo central deste estudo foi 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 com expressão local no sentido da melhoria do acesso e da qualidade do cuidado em saúde.

OBJETIVOS DO ESTUDO

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 atenção básica 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; e
-  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 para: atenção ao pré-natal, parto e puerpério; prevenção ao câncer de colo de útero; e cuidados direcionados a usuários com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

METODOLOGIA

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.

Quando se trata de definição de políticas públicas evidencia-se limitações conceituais do ponto de vista da geografia para o que se considera como espaços urbanos e rurais no Brasil. 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.

Há, portanto, heterogeneidade, pluralidade e singularidade de modos de vida dos grupos populacionais que vivem nesses territórios e que precisam alcançar visibilidade nas políticas públicas. A indefinição do conceito e o caráter residual como o rural tem sido abordado reflete sua invisibilidade e a forma inapropriada como o Brasil lida com esses territórios.

No âmbito das políticas a ausência de concepção mais aprofundada sobre os contextos rurais resultou em leituras restritas à sua face agrária dos espaços rurais, que por sua vez não expressam completamente a realidade rural contemporânea (SILVEIRA e PINHEIRO, 2013). Ademais, dentro de uma visão geral de rural, mesmo reconhecendo a diversidade do território nacional, são poucos os avanços sobre a definição de critérios que possam particularizar realidades distintas, como é o caso dos territórios remotos, caracterizados pela baixa ocupação, isolamento e dificuldades de acesso (WAKERMAN et al., 2017).

Na política de saúde brasileira destacam-se como iniciativas que buscam discriminar especificidades dos territórios rurais e remotos, o financiamento das Equipes de Saúde da Família ribeirinhas ou fluviais para o contexto da Amazônia Legal ou Pantanal Sul Matogrossense; a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas; e a Política de Práticas Integrativas e complementares do SUS. Contudo, ainda insuficientes em sua implementação.

Em contextos internacionais já está em curso, há algumas décadas, propostas que buscam imprimir uma concepção de espaço rural para além da simples oposição ao espaço urbano. Dentre as propostas existentes, uma das mais influentes tem sido a proposta da

OCDE, que tem avançado na definição de uma tipologia cujo principal critério é a densidade demográfica, mas também considera o tamanho dos centros urbanos e a influência da distância da área rural em relação ao centro urbano, classificando as regiões isoladas e próximas ao mesmo e admitindo o critério de acessibilidade. A OCDE classifica os espaços territoriais em: predominantemente urbanas, intermediárias próximas de uma cidade, intermediárias isoladas, predominantemente rurais próximas de uma cidade e predominantemente rurais isoladas (OCDE, 2011).

Em 2017, o IBGE enfrentou este desafio e propôs uma nova caracterização dos espaços rurais e urbanos brasileiros (IBGE, 2017). A tipologia proposta divide os municípios brasileiros em urbanos, intermediários adjacentes, intermediários remotos, rurais adjacentes e rurais remotos. Vale ressaltar, que como qualquer generalização tem vários limites, entre as quais se destaca a escala de análise utilizada - município. Praticamente em todos os municípios brasileiros observa-se uma variedade de situações que vão desde espaços eminentemente rurais às grandes densidades urbanas, mas sem dúvida esta categorização pode contribuir para a formulação de políticas públicas e para o planejamento territorial no país.

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.

A partir do uso dos dados do Mapa Logística de transportes (2014), as sedes municipais foram vinculadas às rodovias e/ou hidrovias mais próximas. E a partir desta malha foram calculadas o tempo de deslocamento, em minutos, para as três maiores hierarquias do projeto Regiões de Influência das Cidades - REGIC21 (IBGE, 2007) mais próximas (metrópole, capital regional, centro sub-regional). Vale, aqui, a ressalva que foram definidos valores médios de velocidade em função das condições de transportes: em uma estrada pavimentada de duas faixas foram consideradas velocidades maiores do que uma estrada de mão dupla não asfaltada que, por sua vez, teria uma velocidade média acima de uma hidrovia

Dessa forma, os municípios que estão a uma distância relativa acima da média nacional, simultaneamente, em relação a maiores hierarquias das cidades mais próximas (metrópole, capital regional, centro sub-regional) foram classificados como remotos. Já os

municípios cuja distância for igual ou inferior à média nacional em relação a pelo menos um dos centros REGIC considerados foram classificados como adjacentes. A análise da distância relativa foi realizada também em escala estadual, o que redundou em resultados distintos. Na presente investigação, utilizou-se ou critério de remoto em relação a média nacional.

A definição da população residente em áreas de ocupação densa foi realizada através de cruzamentos matriciais sucessivos com base nos seguintes critérios: população em áreas de ocupação densa, proporção da população em áreas de ocupação densa em relação à população total e localização, feito com auxílio de varredura de satélite. Inicialmente os municípios foram classificados pelo número de habitantes vivendo em áreas de ocupação densa (25.000 a 50.000; 10.000 a 25.000; 3.000 a 10.000; e menos de 3.000 habitantes) e pelo percentual da população vivendo em área de ocupação densa (mais de 75% ; entre 50 a 75%, menos de 50%).

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, constringendo 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, 1993, 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 não inserção 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, e 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

² Terminologia cunhada por Milton Santos.

concentração dos recursos econômicos, humanos e das diversas redes de informação e poder que configuram o capitalismo transnacional (Castell, 1998; Santos e Silveira, 2001). Em síntese, há um enorme campo de conhecimento teórico-prático a ser deslindado e 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 criadas, recriadas e vivenciadas no dia a dia por gestores, profissionais de saúde e especialmente pelos cidadãos que aí vivem.

Santos e Silveira propuseram em 2001 uma nova divisão regional brasileira pautada tanto pela difusão diferencial do meio técnico científico informacional quanto pelas das heranças do passado, ou seja, das rugosidades, que ainda é extremamente atual. Os autores intitularam esta divisão como os 4 Brasis, que seriam: a Região Concentrada; a Região de Ocupação Periférica Recente; o Nordeste; e a Amazônia.

A heterogeneidade está presente nas quatro regiões, e pode ser apreendida na força da caracterização imageticamente rica de Santos: um arquipélago composto por uma região concentrada, manchas e pontos (p.103); um mosaico de espaços luminosos e opacos, rápidos e lentos, do mandar e do fazer, do mandar e do obedecer. Numa primeira aproximação os municípios rurais remotos seriam os espaços opacos, lentos, do fazer, do obedecer. Ressalta-se que não se trata de igualar as áreas de exclusão, claramente distintas em inúmeros aspectos, como se pode apreender da caracterização acima.

Apresenta-se neste texto inicialmente uma caracterização dos Municípios Rurais Remotos (MRR) e posteriormente uma tipologia destes baseada na sua lógica de inserção na dinâmica territorial brasileira, partindo da categoria de análise “uso do território”. Na sequência detalha-se as principais características dos grupos (áreas da pesquisa) definidos e também do processo de escolha dos municípios para a realização do campo da pesquisa.

CARACTERIZAÇÃO DOS 323 MUNICÍPIOS BRASILEIROS CLASSIFICADOS COMO RURAL REMOTO

A distribuição dos 323 municípios rurais e remotos (MRR) brasileiros pode ser visualizada no Mapa 1, é evidente a concentração nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Para uma primeira caracterização dos MRR foram analisados dados sócio-demográficos, econômicos, da lógica de ocupação do território. Na sequência dados relacionados a saúde foram coletados. Foram utilizadas as bases de dados secundários do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, do IBGE, e do Ministério da

Saúde. As variáveis de análise escolhidas podem ser visualizadas na Tabela 1. No caso do Bolsa Família o percentual da população coberta foi calculado considerando 3.4 habitantes por família, que é a média de habitantes por domicílio nacional. Esta opção leva 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.

Para a análise da população foram criadas as seguintes faixas populacionais: menor de 5.000 habitantes; entre 5.000 e 9.999 habitantes; entre 10.000 e 14.999 habitantes; entre 15.000 a 39.999 habitantes; acima de 40.000 habitantes.

Mapa 1: Municípios Rurais Remotos Brasileiros, 2017

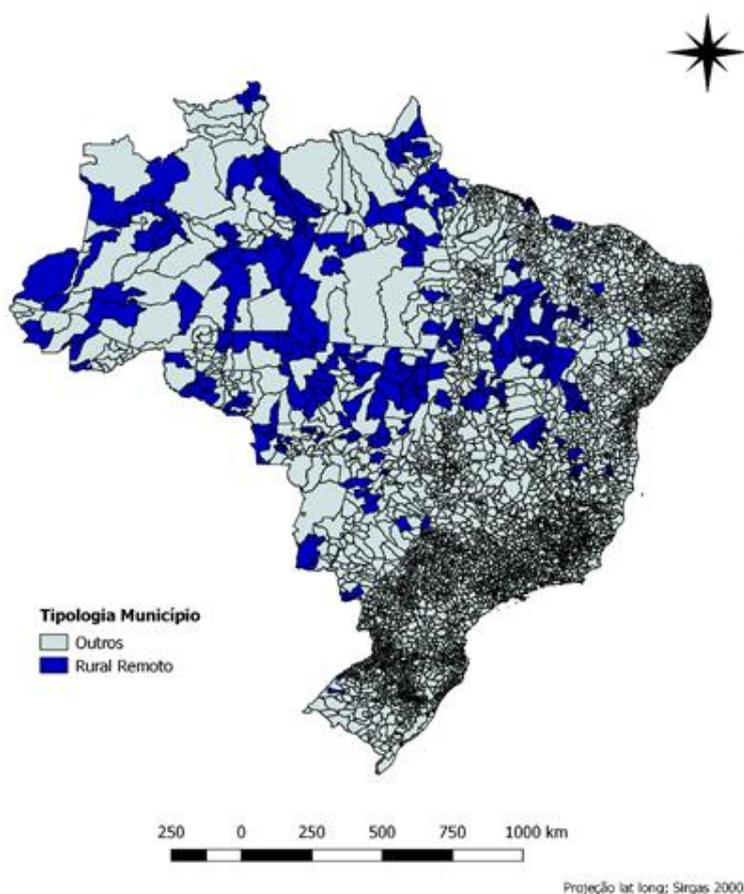


Tabela 1: Variáveis escolhidas para caracterização dos municípios rurais e remotos (IBGE, 2017), ano de referência e fonte utilizada.

Dado	Ano de referência e mês quando houver	Fonte
População Residente	2015	IBGE via Datasus http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhttm.exe?novapop/cnv/popbr.def

PIB per capita	2016	IBGE https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=resultados
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 https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=resultados
Área em km ² (municípios)	2010	IBGE https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/todos-os-produtos-geociencias/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=downloads
Número de famílias beneficiárias do Bolsa Família	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

O número médio de habitantes dos municípios é de 11.940,19 ($\pm 10.336,9$) (Tabela 2). Os municípios com população maior de 40.000 habitantes são: Barreirinhas (MA), Maués (AM), Barra (BA), Manicoré (AM), Rurópolis (PA), Pacajá (PA) e Jacareacanga (PA) com 60.585, 59.983, 54.186, 53.054, 46.625, 44.609 e 41.329 habitantes respectivamente.

Tabela 2: Distribuição dos MRR por faixa populacional. Brasil, 2015

Faixa População	N(%)
< 5000	86 (26.6)
5000 a 9999	88 (27.2)
10000 a 14999	63 (19.5)
15000 a 39999	78 (24.1)
40000 ou +	8 (2.5)

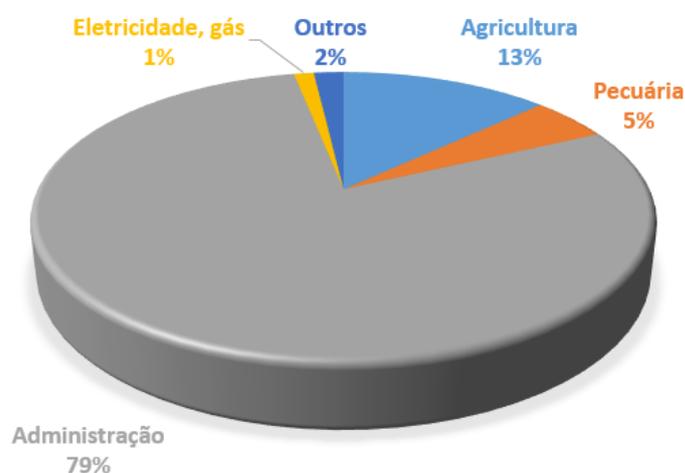
Fonte: IBGE

A extensão territorial média é de 5.871,21(± 9.322,7) km² com densidade demográfica de 5,61 (±11,16) hab/km². No entanto, há importante diferença tomando como referência as macrorregiões brasileiras. No geral os municípios do Norte e Centro Oeste apresentam maiores áreas territoriais, enquanto os situados no Nordeste têm as menores. A densidade demográfica apresenta o comportamento inverso.

A média do PIB per capita foi de R\$16.620,64(± 19.973,67) abaixo do PIB nacional que foi de R\$30.411,00, tomando por base o ano de 2016. O PIB per capita pode ser considerado muito baixo em 60% dos municípios. Destacam-se alguns municípios com PIB considerado alto: Campos Lindos (TO), Ribeiro Gonçalves (PI) e Vila Bela da Santíssima Trindade (MT). Os dois primeiros fazem parte do circuito do agronegócio com destaque para o primeiro, que tem sede de multinacionais como, por exemplo, a CARGILL.

A economia dos MRR é fortemente dependente de transferências dos governos federal e estaduais, em 255 municípios a principal atividade com maior valor adicionado bruto é a Administração, Defesa, Educação e Saúde públicas e Seguridade Social (Gráfico 1).

Gráfico 1: Principal Atividade Econômica. Municípios rurais e remotos, Brasil, 2106



Fonte: IBGE

Os municípios com maiores valores adicionados pela agropecuária na economia são: Nova Uiratã (MT), Campos de Júlio (MT), Itiquira (MT), Curralinho (PA), Tapurah (MT), Brás Norte (MT), Querencia (MT), São Félix do Araguaia (MT) e Tasso Fragoso (MA).

A maioria dos MRR apresentam IDHM baixo ou médio (Tabela 2), em situação pior do que a nacional.

Tabela 3: Distribuição dos Municípios Rurais Remotos por Faixa de IDHM. Brasil, 2010

Faixa IDHM	Número (percentual)
alto	16 (5,0%)
médio	132 (40,9%)
baixo	159 (49,2%)
Muito baixo	16 (5,0%)

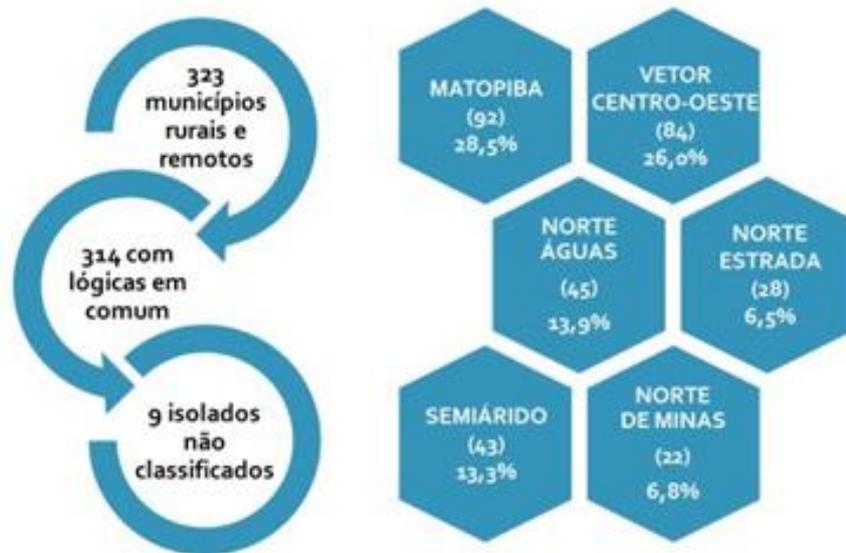
Fonte: PNUD

CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Partindo da categoria de análise - o uso do território- elaborou-se uma proposta de tipologia dos 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; Expansão Vetor Centro-Oeste; Semiárido; Norte das águas; e Norte das Estradas (Figura).

Dos 323 MRR, apenas nove não foram agrupados nas seis áreas. Os municípios não classificados correspondem a municípios bastante dispersos, que não caracterizam uma dinâmica própria; são eles: Garrunchos e Maçambará no Rio Grande do Sul, Fernando de Noronha em Pernambuco e os municípios mineiros de Carneirinho e Limeira do Oeste, que se localizam em regiões distantes do Norte de Minas Gerais. A estes se agregam os municípios maranhenses de Bacuri, Apicu-Açú, São João do Carú, Lagoa Grande do Maranhão que não se incluem na região de Matopiba, vale ressaltar que os dois primeiros são dos poucos MRR litorâneos. Na Figura 1 é possível visualizar o processo de classificação elaborado.

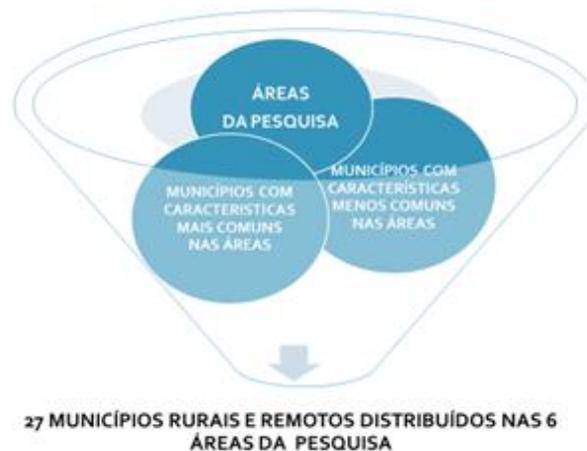
Mapa 2: Tipologia dos municípios rurais e remotos, segundo áreas definidas na pesquisa



Fonte: Elaboração própria

A amostra para o campo da pesquisa foi do tipo intencional, estruturada a partir destas seis áreas. Em cada área da pesquisa um ou dois municípios que correspondem ao “município médio” foram selecionados, considerando aspectos sócio econômicos demográficos e de saúde. Ao município médio se agregou um município(s) outliers, segundo os mesmos critérios: municípios com características mais comuns na área e municípios com características incomuns na área. Buscou-se garantir 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 partir deste procedimento chegou-se a uma amostra intencional de 27 municípios rurais e remotos para a realização do estudo (Figura 2).

Mapa 3: Esquema para esquema da amostra de municípios rurais e remotos



Fonte: Elaboração própria

Além dos municípios rurais remotos, optou-se também por incluir o município de Manaus no estado do Amazonas por se tratar de uma capital com áreas rurais que apresentam características de rarefação populacional e de isolamento que implicam em barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Na Tabela 5 podem ser visualizados as principais características socioeconômicas dos MRR das áreas da pesquisa. As áreas onde os municípios apresentaram maiores médias quanto ao tamanho da população e área territorial foram Norte Águas e Norte Estradas. Já as menores médias relacionadas à densidade populacional foram verificadas em Expansão Vetor Centro-Oeste e Norte Águas. A maior parte dos municípios apresentaram IDH-M baixo, exceto aqueles localizados nas áreas Expansão Vetor Centro-Oeste e Norte de Minas onde os municípios apresentaram na média IDH-M médio. Em todas as áreas verificou-se percentual de população beneficiária do bolsa família próximo ou superior a 50%, exceto na área Expansão Vetor Centro-Oeste.

Tabela 4: Características Socioeconômicas dos municípios rurais e remotos segundo áreas definidas na pesquisa

Área da Pesquisa	média hab	Área média (km ²)	Densidade (hab/km ²)	PIB médio(R\$)	Faixa IDHM pred	Percentual pop com bolsa família
Vetor CO	9151	5885	2,27	25916	médio	21,4
Norte MG	9271	1059	11,26	6102	médio	45,6
Matopiba	8321	2652	4,47	11408	baixo	50,3
Norte Estrada	20 703	13284	2,70	12791	baixo	48,3
Norte Água	21002	14997	3,32	6983	baixo	54,9
Semiárido	11706	1847	10,06	6532	baixo	63,6

Fonte: Elaboração própria

A seguir apresenta-se com mais detalhes informações sobre os municípios rurais remotos em cada uma das áreas da pesquisa.

PARTE II
ÁREAS DE PESQUISA

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 pode-se 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 traço 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 com a 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 e armazenamento e transporte.

A delimitação da região, realizada pela EMBRAPA, foi um trabalho complexo, segundo Miranda, Magalhães e Carvalho (2014) consistiu no uso de:

uma série de procedimentos numéricos e cartográficos, apoiados no uso de imagens de satélites, para integrar e conjugar simultaneamente na análise territorial os dados agroecológicos e socioeconômicos existentes em diversas fontes de informação.

Os mesmos autores esquematizam (Figura 3) os principais contextos utilizados na referida demarcação. 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 rurais remotos pela classificação do IBGE (Tabela 5). A delimitação da região pode ser visualizada no Mapa 2.

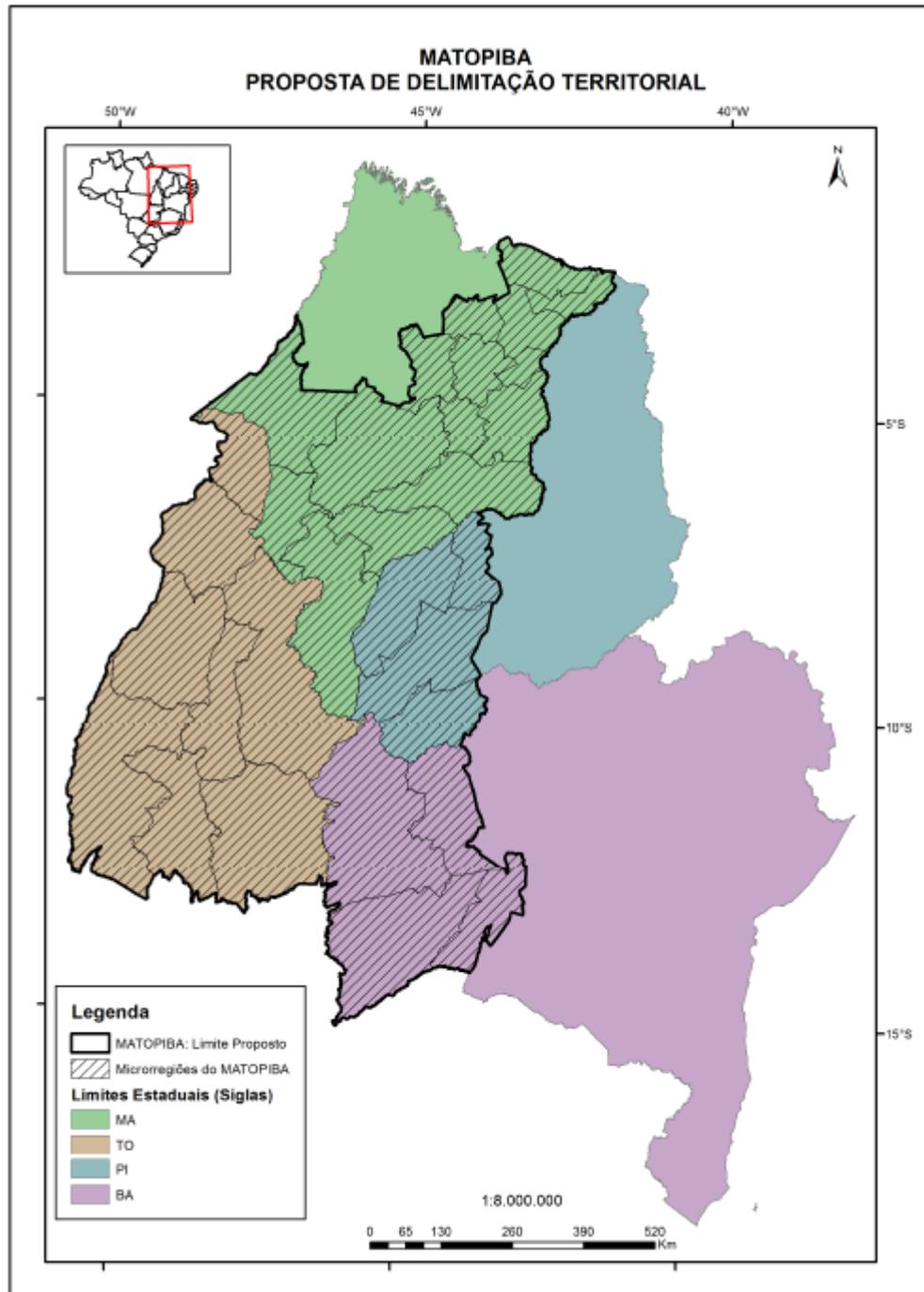
Mapa 4: Recortes territoriais



Fonte: Miranda, Magalhães e Carvalho (2014)

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)

Mapa 5: Delimitação Territorial do Matopiba com 31 microrregiões do IBGE



Fonte: Miranda, Magalhães e Carvalho (2014)

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

Tabela 5: Municípios Rurais Remotos na área MATOPIBA

Unidade da Federação	Municípios RR	RR em Matopiba
Tocantins	38	38
Maranhão	26	21
Piauí	51	29
Bahia	24	4
Total	139	92

Passa-se agora a caracterização dos municípios RR de MATOPIBA segundo os indicadores selecionados.

A população média é de 8.321(\pm 7.806), variando de 1.543 (São Félix do Tocantins) a 60.585 habitantes (Barreirinhas). A densidade populacional média é de 4,47 hab/km² e a mediana de 3,01 hab/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(\pm 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 (Tabela A2). Os municípios de Campos Lindos, Lavandeira, Mateiros, Sambaiba, Tasso Fragoso se comportam como outliers com PIB per capita 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 Bolsa Família, por município, é de 50,2 (\pm 14,9) com mediana de 52,1. Caseara, Chapada da Natividade, Lagoa da Confusão e Sandolandia tem maior peso da agropecuária nas suas economias. Na Tabela 6 é possível visualizar alguns indicadores socioeconômicos dos municípios desta região.

Tabela 6: 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
Indústria		5
Serviços*		21,9
Administração		47,6

Percentual de Beneficiários do Bolsa

Família	9	9,8
Até 30%		
30 a 49,9	32	34,8
50 a 74,9	48	52,2
+ 75	3	3,2

* Exclusive serviços de adm, saúde e educação públicas e seguridade social
Fonte: IBGE

Quanto a organização do setor saúde, os 92 municípios se distribuem em 18 CIRs, sendo que a CIR da Chapada dos Mangabeiras aglutina 21 destes municípios (Tabela 7). 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 novembro de 2017. A maior parte dos municípios tem coberturas de 100% de ESF, como pode ser evidenciado na Tabela 8.

Tabela 7: Distribuição dos municípios RR pelas CIR da área MATOPIBA

CIR	Municípios	Percentual
Amor Perfeito	4	4,3
Balsas	8	8,7
Barra do Corda	4	4,3
Barreiras	1	1,1
Bico do Papagaio	1	1,1
Cantão	5	5,4
Capim Dourado	2	2,2
Cerrado Tocant Aragua	9	9,8
Chapada das Mangabeiras	21	22,8
Chapadinha	1	1,1
Ilha do Bananal	5	5,4
Médio Norte Araguaia	1	1,1
Rosário	4	4,3
Santa Maria da Vitória	3	3,3
São João dos Patos	4	4,3

Sudeste	11	12,0
Tabuleiros Alto Paranaíba	4	4,3
Vale Rio Piauí / Itaueiras	4	4,3
Total	92	100,0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 8: Faixa de Cobertura Populacional da ESF, Municípios Rurais Remotos, MATOPIBA-2017

Cobertura PSF	Número	Percentual
100%	65	70,8
70 a 85%	2	3,0
Sem PSF	25	27,2

Fonte: Elaboração própria

Para a seleção do município “médio” foram seguidos os passos:

Tabela 9: Critérios acumulativo, MATOPIBA 2017

Critério cumulativo	N municípios
População entre os quartis 25 e 75	45
PIB Muito Baixo ou Baixo	38
Densidade populacional entre 3 e 4,47	10
Cobertura da ESF em 100%:	10
Ciclos 1 e 2 do PMAQ	10

Fonte: Elaboração própria

Os 10 municípios pré-selecionados, e respectivos estados da federação e CIRs podem ser visualizados na Tabela 10.

Tabela 10: Primeira Seleção de Município para Amostra, Município, Estado e CIR, MATOPIBA

Estado	Nome	CIR
Piauí	Monte Alegre do Piauí	Chapada das Mangabeiras
Piauí	Redenção do Gurgéia	Chapada das Mangabeiras
Bahia	Feira da Mata	Santa Maria da Vitória
Piauí	Júlio Borges	Chapada das Mangabeiras
Tocantins	Couto Magalhães	Cerrado Tocant Aragua
Piauí	Bertolândia	Vale Rio Piauí / Itaueiras
Tocantins	Pequizeiro	Cerrado Tocant Aragua
Piauí	Manoel Emídio	Vale Rio Piauí / Itaueiras
Tocantins	Caseara	Cantão
Piauí	Eliseu Martins	Chapada das Mangabeiras

Fonte: Elaboração própria

Na primeira seleção optou-se pela escolha intencional dos municípios da CIR da Chapada das Mangabeiras: Monte Alegre do Piauí, Redenção do Gurgéia 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 Fragsso agrega população com menos de 9000 habitantes, com PIB per capita de mais de R\$56.000,00 com IDHM e baixo. 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.

B - NORTE DE MINAS

Outra região que se caracteriza por lógica espacial própria é a do Norte de Minas, que 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 mineiro. O Estado de São Paulo pode ser considerado, a partir da década de 30, como núcleo dinâmico da industrialização brasileira. Especialmente, as regiões sul e leste de Minas integraram-se comercialmente ao centro de expansão industrial paulista, com intensificação das relações capitalistas de produção. O mesmo não aconteceu com as demais regiões mineiras, acentuando as desigualdades regionais (Cano, 2007). Acrescenta-se que Minas 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 a perda da população rural (Cano, 2007; Rigotti e Campos, 2009;).

Por outro lado, 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, incluí o Norte de Minas em sua área de atuação, o incorporando 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(\pm 5.820) habitantes. As populações variam de 4643 (José Gonçalves de Minas) a 30.732 habitantes (Rio Pardo de Minas). A densidade populacional média é de 11,26 hab. por km² com mediana de 10,60, as áreas são pequenas 1.059 km² média e 746 de mediana.

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 (Tabela B1), 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 11.

Tabela 11: 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
Indústria		4,8
Serviços*		27
Administração		55,7

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

Fonte: Elaboração própria

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

Os 22 municípios se distribuem em 9 CIRS, sendo que a CIR da Salinas Taboiberas aglutina 5 municípios, seguida de Manga e Aruçai cada qual com 4 municípios (Tabela 12). Em relação ao PMAQ todos os municípios participaram do Ciclo 1 e do Ciclo2. Profissionais dos PMM atuavam em 17 municípios (77,3%) em xx de 2017. Todos os municípios tem coberturas de 100% de ESF.

Tabela 12: Distribuição dos municípios rurais e remotos pelas Comissão Intergestores Regional - CIR Norte de Minas

CIR	MUNICÍPIOS	PERCENTUAL
Almenara	3	13,6
Araçuaí	4	18,2
Francisco Sá	1	4,5
Itaobim	1	4,5
Janaúba Monte Azul	1	4,5
Januária	2	9,1
M.Novas/Turmalina/Capelinha	1	4,5
Manga	4	18,2
Salinas Taiobeiras	5	22,7
Total	22	100,0

Fonte: Elaboração própria

Para a seleção do município “médio” foram seguidos os passos:

Tabela 13: Critérios cumulativo, Norte de Minas.

Critério cumulativo	N municípios
População entre os quartis 25 e 75	12
PIB Muito Baixo	12
Densidade populacional entre 7,2 e 15,1	9

Fonte: Elaboração própria

Tabela 14: Primeira Seleção de Município para Amostra, Município e CIR- Norte de Minas Gerais

Município	CIR
Juvenília	Manga
Rio do Prado	Almenara
Indaiabira	Salinas Taiobeiras
Cônego Marinho	Januária
Coronel Murta	Araçuaí
Rubim	Almenara
Comercinho	Itaobim
Rubelita	Salinas Taiobeiras
Palmópolis	Almenara

Fonte: Elaboração própria

Na primeira seleção foram escolhidos os municípios da CIR de Salinas Taiobeiras, Rubelita e Indaiabira. Como outlier foi escolhido o município de São João das Missões, que apresenta o menor PIB per capita (R\$ 4.222), com uma população acima do percentil 75%, e com o maior percentual de peso relativo da Administração pública na composição do PIB (69%) e com IDHM baixo.

C - EXPANSÃO VETOR CENTRO-OESTE

No expansão vetor 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 Silveira e Santos (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 9151(\pm 6.730,1) habitantes com mediana de 7.890,5 habitantes. As populações variam de 975 (Araguainha) a 37.165 habitantes (Machadinho do Oeste). A densidade populacional média é de 2,27 hab/km² com mediana de 1,58, as áreas são extensas com 5885,8 km² média e 4396,0 km² de mediana. O maior município (Colniza) tem área de 27 924 km².

O PIB médio per capita foi de R\$ 25.916(\pm 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 15). De todas as áreas da pesquisa é a única em que metade dos municípios tem como atividades econômicas principais a agropecuária, comercio, ou eletricidade ou gás.

Tabela 15: 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 adm, saúde e educação públicas e seguridade social

Fonte: Elaboração própria

A faixa de IDHM predominante é a média e 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 CIRS, sendo que a CIR da Sudoeste Matogrosense aglutina 7 destes municípios, seguida pelas CIRs de Campo Grande e Teles Pires cada uma com 6 municípios (Tabela 16). Vale ressaltar que apenas 4 CIRs dos 3 estados analisados não tem municípios RR, são elas: Corumbá (MS), Vale, Café e Zona da Mata (RO), e Vale dos Arinos (MT).

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 xx de 2017. A maior parte dos municípios tem ESF (75 municípios), com cobertura média de 89,1%. como pode ser evidenciado na Tabela 17.

Tabela 16. Distribuição dos municípios RR pelas CIR, Expansão Vetor Centro-Oeste

Tabela 16: Distribuição dos municípios RR pelas CIR, Expansão Vetor Centro Oeste.

	Número	Percentual
Alto Tapajós	5	6,0
Araguaia Xingu	5	6,0
Baixada Cuiabana	2	2,4
Campo Grande	6	7,1
Central	2	2,4
Centro Norte	2	2,4
Cone Sul	3	3,6
Dourados	4	4,8
Garças Araguaia	3	3,6
Madeira-mamore	1	1,2
Médio Araguaia	5	6,0

Médio N. Matogrossense	2	2,4
Noroeste Matogrossense	5	6,0
Norte Araguaia Karajá	5	6,0
Norte Matogrossense	4	4,8
Oeste Matogrossense	2	2,4
Sudoeste Matogrossense	7	8,3
Sul Matogrossense	4	4,8
Teles Pires	6	7,1
Três Lagoas	1	1,2
Vale do Guaporé	3	3,6
Vale do Jamari	1	1,2
Vale do Peixoto	3	3,6
Vale dos Arinos	3	3,6
Total	84	100,0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 17: Cobertura ESF, Vetor CO, 2016

Cobertura PSF	Número	Percentual
100%	48	52,1
49 a 99%	27	29,3
Sem PSF	9	18,6

Fonte: Elaboração própria

Para a seleção do município “médio” foram seguidos os passos:

Tabela 18: Critério cumulativo, Vetor Centro-Oeste

Critério cumulativo	N municípios
População entre os quartis 25 e 75	42
PIB Alto e médio	32
IDHM médio	26
Densidade populacional entre 0,95 a 2,92	14
Com ESF	13
Ciclo 1 e Ciclo 2 PMAQ	13

Fonte: Elaboração própria

Os municípios, e suas respectivas CIR, que correspondem aos critérios acima são:

Tabela 19: Primeira Seleção de Município para Amostra, Município e CIR- Vetor Expansão Centgro-Oeste

Município	Estado	CIR
Tabaporã	MT	Vale dos Arinos
Novo Mundo	MT	Vale do Peixoto
Nova Monte Verde	MT	Alto Tapajós
Chupinguaia	RO	Cone Sul
Novo São Joaquim	MT	Garças Araguaia
Paranaíta	MT	Alto Tapajós
Nova Lacerda	MT	Sudoeste
Bom Jesus do Araguaia	MT	Matogrossense
Pedro Gomes	MS	Médio Araguaia
Santo Antônio do Leste	MS	Campo Grande
Canabrava do Norte	MT	Sul Matogrossense
Corumbiara	MT	Araguaia Xingu
Caracol	RO	Cone Sul
	MS	Campo Grande

Fonte: Elaboração própria

Na primeira seleção os municípios escolhidos foram Nova Lacerda e Tabaporã. Sugere-se a inclusão, como outlier, de Vila Nova da Santíssima Trindade por ter PIB considerado alto (e ser fronteira com a Bolívia e limítrofe de Nova Lacerda (1752), ademais é uma cidade muito antiga, tendo sido a primeira capital da Capitania de Mato Grosso.

D - 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 (LUI; MOLINA, 2009), que se distancia sobremaneira da concepção do rural ligado à agricultura. Becker (2004) 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. Segundo a autora, 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.

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, 2010). 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, 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, quando 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 multivariada 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), que vai se acentuar com a Transamazônica e o crescimento do agronegócio .

Frente a este cenário, optou-se por classificar os MRR da Amazônia em 3 grupos distintos. Em primeiro lugar, os MRR localizados em Rondônia foram incluídos no Expansão Vetor 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, 2014).

O outro grupo que se constituirá como uma área da pesquisa 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 o das estradas, mais recente, como explicitado nos parágrafos anteriores. Os 73 MRR dos estados do Amazona, 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 das estradas, inicialmente 21. Os municípios de Manoel Urbano (AC), Marechal Thaumaturgo (AC), Porto Walter (AC), Canutama (AM), Ipixuna (AM), Uarini (AM) e Manicoré (AM) têm um perfil misto, assemelhando-se a municípios que transitam entre estes dois perfis, optou-se por incluí-los no grupo Norte das Estradas.

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

D1 - NORTE ESTRADAS

Esta área da pesquisa agrega 28 MRR, 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(±12.776,6) km² em média. O PIB médio per capita foi de R\$ 12.791,00(±4.998) (Tabela 20). 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 Bolsa Família é de 48,31%.

Tabela 20: População, IDHM, PIB, Composição do PIB pelos setores da Economia, Municípios Rurais Remotos - Norte 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 adm, saúde e educação públicas e seguridade social

Fonte: Elaboração própria

Os 28 municípios se distribuem em 15 CIRs, sendo que as CIR do Sul de Roraima e do Xingú aglutinam 4 cada (Tabela 21). 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 xx de 2017. A maior parte dos municípios tem ESF (26), com cobertura média de 79,61%. na Tabela 22 visualiza-se a cobertura da ESF por faixas.

Tabela 21: Distribuição dos municípios RR pelas CIR, Norte Estradas

Nome da CIR	Número	%
Araguaia	3	10,7
Área Central	2	7,1
Área Norte	1	3,6
Baixo Acre e Purus	1	3,6
Baixo Amazonas	1	3,6
Centro Norte	2	7,1
Juruá	1	3,6
Juruá e Tarauaca	2	7,1
Marajó1	1	3,6
Purus	1	3,6
Rio Madeira	1	3,6
Sul	4	14,3
Tapajós	3	10,7
Triângulo	1	3,6
Xingu	4	14,3
Total	28	100,0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 22: Cobertura ESF MRR, Norte das Estradas, 2017

Cobertura PSF	Número	Percentual
100%	11	39,3
50 a 99%	12	42,8
15 a 49	3	10,7
Sem PSF	2	7,1

Fonte: Elaboração própria

Para a seleção do município “médio” foram seguidos os passos:

Tabela 23: Critérios cumulativo, Norte Estrada.

Critério cumulativo	N municípios
População entre os quartis 25 e 80	24
PIB Muito baixo ou baixo	23
IDHM baixo ou muito baixo	23
Densidade populacional entre quartis 25 e 80	15
Com ESF	14
Ciclo 1 e Ciclo 2 PMAQ	12

Fonte: Elaboração própria

Os 12 municípios médios estão listados na Tabela 24.

Município	Estado	CIR
Canutama	Amazonas	Purus
Caroebe	Roraima	Sul
Senador José Porfírio	Pará	Xingu
Uiramutã	Roraima	Centro Norte
Uarini	Amazonas	Triângulo
Assis Brasil	Acre	Alto Acre
Pacaraima	Roraima	Centro Norte
Po	Acre	Jurua e Tarauaca
rto Walter	Pará	Araguaia
Santa Maria das Barreiras	Pará	Araguaia
Marechal Thaumaturgo	Acre	Jurua e Tarauaca
Tartarugalzinho	Amapá	Area Norte
São Luiz	Roraima	Sul

Fonte: Elaboração própria

Na primeira seleção foram escolhidos os municípios de Pacaraima e Assis Brasil. Como outliers Jacareacanga e Rurópolis, os dois por aglutinarem populações de mais de 40.000 habitantes, sendo que o primeiro conta com uma imensa área territorial e baixíssima densidade demográfica, ambos com coberturas baixas da ESF.

D2 - NORTE 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 21002(±11523). Maués é o município mais populoso, com quase 60.000 habitantes. A densidade populacional média é de 3,32 (±3,28) hab/km²(Tabela F1). 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. (Tabela 25).

Tabela 25: 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
Indústria		3,7
Serviços*		14,9
Administração		53,6

* Exclui serviços de adm, saúde e educação públicas e seguridade social
 Fonte: Elaboração própria

Os serviços de administração, saúde e educação públicas e seguridade social respondem pela maior parcela do PIB. A faixa de IDHM predominante é a baixa. O percentual médio da população beneficiária do Bolsa Família é de 46,8 (\pm 17,8).

Os 45 municípios se distribuem em 17 CIRS, sendo que as CIR do Marajó(1 e 2), concentram cada um 5 municípios (Tabela 26). 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 xx de 2017. A maior parte dos municípios tem ESF (20 municípios), com cobertura média de 77,5%. na Tabela 27 visualiza-se a cobertura da ESF por faixas.

Tabela 26: Distribuição dos municípios RR pelas CIR, Norte das Águas

Nome da CIR	Número	%
Alto Acre	1	2,2
Alto Solimoes	4	8,9
Area Norte	2	4,4
Area Sudoeste	1	2,2
Baixo Acre e Purus	2	4,4
Baixo Amazonas	3	6,7
Baixo Amazonas-AM	4	8,9
Juruá	1	2,2
Manaus e Alto Rio Negro	3	6,7
Marajó1	5	11,1
Marajó2	5	11,1
Medio Amazonas	3	6,7
Purus	1	2,2
Rio Madeira	1	2,2
Rio Negro e solimoes	4	8,9
Tapajós	1	2,2
Triângulo	4	8,9
Total	45	100,0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 27: Cobertura ESF MRR, Norte das Águas, 2017

Cobertura PSF	Número	Percentual
100%	23	51,1
50 a 99%	12	26,6
15 a 49	3	6,6
Sem PSF	7	15,5

Fonte: Elaboração própria

Para a seleção do município “médio” foram seguidos os passos:

Tabela 28: Critério cumulativo, Norte Águas

Critério cumulativo	N municípios
População entre os quartis 25 e 75	
PIB Muito baixo ou baixo	
IDHM baixo ou muito baixo	
Densidade populacional entre quartis 25 e 80	
Com ESF	
Ciclo 1 e Ciclo 2 PMAQ	

Fonte: Elaboração própria

Os 12 municípios médios estão listados na Tabela 29

Tabela 29: Primeira Seleção de Município para Amostra, Município e CIR- Norte Águas

Município	Estado	CIR
Melgaço	Pará	Marajó2
Chaves	Pará	Marajó1
Nhamundá	Amazonas	Baixo Amazonas-AM
Anori	Amazonas	Rio Negro e solimoes
Tonantins	Amazonas	Alto Solimoes
Maraã	Amazonas	Triângulo
Beruri	Amazonas	Rio Negro e solimoes
Boa Vista do Ramos	Amazonas	Baixo Amazonas-AM
Alvarães	Amazonas	Triângulo
São Sebastião do Uatumã	Amazonas	Médio Amazonas
Vitória do Jari	Amapá	Área sudoeste

Fonte: Elaboração própria

Na primeira seleção foram escolhidos dois municípios de Marajó, Chaves e Melgaço além de Vitória do Jari e Boa Vista do Ramos. Como outliers foram selecionados: Maués, que conta com a maior população desta área da pesquisa; Aveiro que conta com implantação de unidades fluviais e com o distrito de Fordlandia, que ainda repercute processo de exploração do látex conduzido por Henry Ford na primeira metade do século XX; além de Prainha no Pará.

E - 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 12% 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 intensificado sua intensidade nesta região, e o atual período de estiagem que iniciou em 2012 tem afetado a subsistência de várias populações. (Aderita; CEPED/UFSC).

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\$ 6532,00; 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 (Tabela 30) O percentual médio da população beneficiária do Bolsa Família, por município, é de 64,0%,

Tabela 30: 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
Indústria	5
Serviços*	26,5
Administração	58,2

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

Fonte: Elaboração própria

Os 43 municípios se distribuem em 9 CIRS, sendo que a CIR da Vale do Rio Piauí/Itaueiras aglutina 11 destes municípios, seguida pelas CIR de Ibotirama com 6 municípios (Tabela 31).

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 xx de 2017. A maior parte dos municípios é coberta pela ESF (44 municípios), com cobertura média de quase 100% como pode ser evidenciado na Tabela 32

Tabela 31: Distribuição dos municípios RR pelas CIR, Semiárido

	Número de Municípios
Brumado	5
Cocais	3
Ibotirama	6
Juazeiro	1
Paulo Afonso	3
Pinheiro	1
Seabra	5
Serra da Capivara	3
Vale do Canindé	2
Vale do Sambito	3
Vale Rio Piauí / Itaueiras	11
Total	43

Fonte: Elaboração própria

Tabela 32: Cobertura ESF, MRR Semiárido, 2017

Cobertura ESF	Número	Percentual
100%	35	81,4
48 a 99%	7	16,3
Sem PSF	1	2,3

Fonte: Elaboração própria

Para uma primeira seleção do município “médio”, partiu-se inicialmente da população residente, para a faixa de PIB, de IDHM, de densidade populacional, de cobertura do PSF e participação nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ.

Para a seleção do município “médio” foram seguidos os passos:

Tabela 33: Critérios cumulativos, Semiárido.

Critério cumulativo	N municípios
População entre os quartis 25 e 75	25
PIB Muito baixo	
IDHM baixo	20
Densidade populacional entre quartis 25 e 75	15
Com ESF	
Ciclo 1 e Ciclo 2 PMAQ	

Fonte: Elaboração própria

Os municípios, e suas respectivas CIR, que correspondem aos critérios estão listados na Tabela 34.

Tabela 34: Primeira Seleção de Município para Amostra, Município e CIR- Semiárido

Município	Estado	CIR
Rio Grande do Piauí	PI	Vale Rio Piauí / Itaueiras
Socorro do Piauí	PI	Vale Rio Piauí / Itauei
Ipupiara	BA	Ibotirama
Morpará	BA	Ibotirama
Pimenteiras	PI	Vale do Sambito

Fonte: Elaboração própria

Os municípios sugeridos na primeira seleção foram Morpará, Ipupiara e Rio Grande do Piauí. Como outlier, Pilão Arcado porque tem a maior população desta área.

Quadro 1: Resumo das características dos municípios selecionados para o estudo

ÁREA	UF	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	PIB percapita	Faixa IDH-M	DENS. DEMOG.	% BOLSA FAMÍLIA	COB. POT. ESF
MATOPIBA	MA	Formosa da Serra Negra	18.572	5.665,00000	baixo	4,70	51,18%	100%
MATOPIBA	MA	Tasso Fragoso	8.306	88.489,00000	baixo	1,90	47,97%	95,5%
MATOPIBA	PI	Avelino Lopes	11.430	4.410,00000	baixo	8,76	78,87%	100%
MATOPIBA	PI	Júlio Borges	5.509	4.917,00000	baixo	4,25	60,63%	100%
MATOPIBA	PI	Monte Alegre do Piauí	10.442	7.498,00000	baixo	4,32	61,99%	100%
MATOPIBA	PI	Redenção do Gurguéia	8.599	5.619,00000	baixo	3,48	73,92%	100%
MATOPIBA	TO	Campos Lindos	9.409	31.756,00000	baixo	2,90	26,52%	100%
SEMIARIDO	BA	Ipupiara	10.118	5.119,00000	baixo	9,54	52,26%	100%
SEMIARIDO	BA	Morpará	8.967	5.010,00000	baixo	5,29	67,98%	100%
SEMIARIDO	BA	Pilão Arcado	35.429	4.493,00000	baixo	3,02	62,03%	48%
SEMIARIDO	PI	Rio Grande do Piauí	6.325	5.058,00000	baixo	9,96	70,76%	100%
CENTRO-OESTE	MT	Nova Lacerda	6.049	20.447,00000	médio	1,28	29,10%	100%
CENTRO-OESTE	MT	Tabaporã	9.490	35.680,00000	médio	1,14	12,32%	100%
CENTRO-OESTE	MT	Vila Bela da San. Trindade	15.274	21.813,00000	médio	1,14	22,06%	100%
NORTE DE MINAS	MG	Bonito de Minas	10.671	5.425,00000	baixo	2,73	48,08%	100%
NORTE DE MINAS	MG	Indaiabira	7.526	6.650,00000	médio	7,50	46,73%	100%
NORTE DE MINAS	MG	Rubelita	7.095	5.598,00000	baixo	6,39	48,63%	100%
NORTE ÁGUAS	AP	Vitória do Jari	14.364	10.994,00000	médio	5,79	53,16%	100%
NORTE ÁGUAS	AM	Boa Vista do Ramos	17.663	5.950,00000	baixo	6,83	43,62%	100%
NORTE ÁGUAS	AM	Maués	59.983	6.272,00000	baixo	1,50	54,97%	90%
NORTE ÁGUAS	PA	Aveiro	15.888	5.497,00000	baixo	0,93	45,62%	100%
NORTE ÁGUAS	PA	Curuá	13.507	6.002,00000	baixo	9,44	55,44%	100%
NORTE ÁGUAS	PA	Melgaço	26.297	4.846,00000	muito baixo	3,88	51,83%	100%
NORTE ÁGUAS	PA	Prainha	29.088	7.772,00000	baixo	1,97	82,67%	71%
NORTE ESTRADA	AC	Assis Brasil	6.735	9.959,00000	baixo	1,35	67,10%	100%
NORTE ESTRADA	PA	Rurópolis	46.625	5.086,00000	baixo	6,64	26,61%	43%
NORTE ESTRADA	PA	Jacareacanga	41.329	9.556,00000	baixo	0,78	19,54%	16%

Fonte: Elaboração própria

PARTE III
CRITÉRIOS 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 serão os profissionais participarão do estudo. 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 doenças crônicas.

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;
-  paciente hipertenso 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 locorregional, 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 compõe 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, este quadro certamente é 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 SUS . 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 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 ainda é uma das neoplasias que mais incidem nas taxas de mortalidade entre mulheres, sendo que as taxas brasileira 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 2: 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 da realidade socioespacial dos territórios rurais e remotos com incorporação de informações das diferentes situações geográficas segundo indicadores socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos.	MS; IBGE, DATASUS, PNUD.... Documentos	NSA
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 atenção primária tendo em perspectiva a formulação nacional, a abrangência da incorporação de elementos específicos dos contextos rurais e remotos neste processo.	Entrevistas (Entrevistas serão realizadas no local de trabalho do entrevistado) 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			
Conhecer o processo de trabalho das equipes de	Caracterização dos serviços de saúde de atenção primária à	Entrevistas	Profissionais

atenção primária e como se conformam as intervenções em saúde em territórios rurais remotos	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 Sistema Único de Saúde	(Entrevistas serão realizadas no local de trabalho do entrevistado) PMAQ Documentos Observação	
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 a partir do cuidado ofertado nos serviços de APS	Análise das trajetórias assistenciais percorridas por cidadãos residentes nos territórios rurais e remotos na busca por cuidados em saúde, segundo eventos marcadores	Entrevistas (Entrevistas serão realizadas na residência do entrevistado)	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

Fonte: Elaboração própria

QUESTÕES ÉTICAS

Este projeto da pesquisa 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.

Este estudo foi 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.

PARTE IV
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE
CAMPO DA PESQUISA

ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Em cada município estava previsto a realização de entrevistas com os seguintes sujeitos da pesquisa: secretário municipal de saúde; coordenador de atenção básica ou cargo correspondente; profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e agentes comunitários de saúde. Na regional de saúde da qual faz parte o município a ser visitado foi realizada uma entrevista com um técnico envolvido com o tema da atenção básica. Quando não existia a regional de saúde foi realizada entrevista com o presidente da comissão Intergestores Regional (CIR). No estado, foi realizada entrevista com o coordenador estadual de atenção básica, ou cargo correspondente. O Quadro 3 resume o quantitativo de entrevistas que devem ser realizadas em cada município, região e estado, além do tempo de duração previsto para cada uma delas.

Quadro 3: Quantitativo de entrevistas segundo entrevistados previstos para o estudo

Código entrevistado	Entrevistado	Perfil do entrevistado	Nº Entrevistas	Tempo médio de duração
GE1	Gestor estadual	Responsável pela AB do Estado	1	2h:30m
GR1	Gestor Regional	Técnico da SES na regional ou técnico com conhecimento sobre AB na região.	1	2:30
GM 1	Gestor Municipal	Secretário Municipal de Saúde	1	2h:30m
GM 2		Coordenador da AB	1	2h:30m
MED 1-sede	Equipe de Saúde da Família	Médico	2	1h:30m
MED 2-rural				
ENF 1-sede		Enfermeiro	2	1h:30m
ENF 2-rural				
ACS1 -sede		Agente Comunitário de Saúde	2	1h:30m
ACS2 -rural				
EACS	Estratégia Agente Comunitário de Saúde	Agente Comunitário de Saúde	1	1h
PPP 1-sede	Usuários Trajetória assistencial	Acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério (mulher que teve filho nos últimos 12 meses)	2	1h
PPP 2-rural				
CCU1-sede		Rastreamento e diagnóstico do câncer de colo de útero (Mulher que teve exame de Papanicolau alterado pelo menos há 12 meses)	2	1h
CCU2-rural				
HAS 1-sede		Cuidado da Hipertensão Arterial Sistêmica (Usuário(a) hipertenso(a) que precisou de consulta com especialista nos últimos 12 meses)	2	1h
HAS 2-rural				

Fonte: Elaboração própria

As entrevistas foram gravadas e transcritas, obedecendo a 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 ou de informações que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

ESTRATÉGIA PARA ARMAZENAMENTO DOS DADOS COLETADOS

As informações coletadas durante o trabalho de campo foram acumuladas em um banco de dados. O envio dos dados foi feito de duas formas: os formulários “perfil do entrevistado” e observações do entrevistador preenchidos e enviados por meio do aplicativo da pesquisa no tablet; os áudios das entrevistas enviados a partir de uma plataforma web que automaticamente transformou o áudio em texto, gerando assim as transcrições das entrevistas. Os arquivos de texto das entrevistas passaram por revisão para organização e correção de erros grosseiros gerados no processo de transcrição. Todo material da pesquisa está armazenado em um único banco de dados para análise.

Antes de ir a campo, a coordenação da pesquisa fez

Para a realização da visita aos municípios, os convites para participação no estudo foram feitos pela equipe de coordenação executiva da pesquisa. No contato com os municípios buscou-se fazer a confirmação da data da visita; a identificação dos melhores trajetos para chegar aos municípios; o agendamento das entrevistas na Secretaria Municipal de Saúde e nas unidades Básicas de Saúde; sistematização dos secundários dos municípios. Posteriormente, o pesquisador líder de cada campo afinava os acordos com o gestor municipal, confirmando período da visita, local de encontro, entre outras informações importantes para preparação da entrada da equipe de pesquisa nos municípios.

Ao chegar no município a equipe de pesquisa estava orientada a se dirigir à Secretaria Municipal de Saúde ou ao local de encontro acordado previamente com o gestor municipal, confirmava a agenda de entrevistas com o secretário e/ou coordenador de atenção básica; confirmava ou definia as unidades básicas a serem visitadas para a realização de entrevistas com os profissionais de saúde, agentes comunitários de saúde e usuários.

Em geral, as entrevistas com o gestor municipal e com o coordenador de atenção básica aconteciam antes das demais. Esta era uma maneira de agradecer a participação na pesquisa; estabelecer um vínculo de confiança; explicar os objetivos do estudo; esclarecer e coletar informações relativas à caracterização do município.

A entrevista com o gestor/técnico da regional de saúde foram realizadas antes ou depois da visita ao município. Em algumas regiões havia mais de um município selecionado

na regional de saúde. Neste caso, foi realizada apenas uma entrevista com o gestor regional. O mesmo se aplicou ao gestor estadual. Em relação ao gestor estadual, nem sempre a entrevista aconteceu no mesmo período programado para a visita de municípios do referido estado.

Cada equipe de trabalho de campo contou com três ou quatro entrevistadores. Cada equipe de pesquisa tinha um pesquisador líder que ficou responsável por estabelecer os contatos com o gestor municipal/regional/estadual e organizar o trabalho e definir estratégias para realização de todas as entrevistas previstas.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada entre os meses de maio e novembro de 2019. Para isso, o quadro abaixo dimensiona o quantitativo de entrevistas realizadas por área da pesquisa, município visitado e sujeitos da pesquisa entrevistados.

Quadro 4: Quantitativo de entrevistas realizadas nos municípios selecionados para a pesquisa Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil.

ÁREA	UF	MUNICÍPIOS	TOTAL
6	10	27	413
MATOPIBA	TO	CAMPOS LINDOS	15
	MA	FORMOSA DA SERRA NEGRA	14
		TASSO FRAGOSO	15
	PI	AVELINO LOPES	15
		JULIO BORGES	13
		MONTE ALEGRE DO PIAUÍ	15
		REDEÇÃO DA GURGÉIA	14
SEMIÁRIDO	BA	IPUPIARA	15
		MORPARÁ	15
		PILÃO ARCADO	15
	PI	RIO GRANDE DO PIAUÍ	15
CENTRO OESTE	MT	NOVA LACERDA	16
		TABAPORÁ	13
		VILA BELA SANTÍSSIMA	13
NORTE DE MINAS	MG	INDAIABIRA	15
		BONITO DE MINAS	16
		RUBELITA	15
NORTE DAS ÁGUAS	AM	BOA VISTA DO RAMOS	17
		MANAUS	13
		MAUÉS	15
	AP	VITÓRIA DO JARI	16
	PA	CURUÁ	14
		MELGAÇO	13
		AVEIRO	14
PRAINHA		16	
NORTE DAS ESTRADAS	PA	RURÓPOLIS	16
		JACAREACANGA	14
	AC	ASSIS BRASIL	16

Fonte: Elaboração própria

Quadro 5: Roteiros de entrevista aplicados nos municípios selecionados para a pesquisa Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil.

GESTORES	79
GESTOR ESTADUAL	10
GESTOR REGIONAL	16
GESTOR MUNICIPAL	27
COORDENAÇÃO DE APS	26
PROFISSIONAIS	163
MÉDICO	51
ENFERMAGEM	54
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	58
USUÁRIOS	159
PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO	56
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	49
HIPERTENSÃO	54
OUTROS	12
TOTAL	413

Fonte: Elaboração própria

Na categoria “Outros”, se inclui entrevistas realizadas com informantes-chave para o estudo. Inclui-se, neste caso, profissionais de saúde previamente definidos, em número superior ao previsto e atuando em unidades básicas além daquelas que foram definidas com participantes do estudo. E entrevistas realizadas com gestores e profissionais não previstos previamente no estudo, tais como: Coordenador de Saúde Bucal, Coordenador Regional de Ações do Interior, Diretor de Departamento de Saúde do Interior, Técnico de Enfermagem.

A seguir será apresentada uma breve caracterização municípios participantes do estudo, por áreas definidas na pesquisa. As informações referem-se: à localização do município na região de saúde e classificação urbano e rural, segundo proposta pelo IBGE, 2017; metodologia para a realização do trabalho de campo; características do território e população; indicadores sanitários e organização da atenção básica à saúde.

PARTE V
RESULTADOS PRELIMINARES -
[CASOS MÚLTIPLOS: MATOPIBA]



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Centro de
Estudos
Estratégicos
da Fiocruz



MATOPIBA

FORMOSA DA SERRA NEGRA - MA

Fotografia 1: Formosa da Serra Negra - MA



O município de Formosa de Serra Negra (MA) compõe o grupo de municípios classificado como Matopiba, a região é um dos principais vetores de crescimento do agronegócio brasileiro nos últimos anos, e 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.

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 (MRR) pela classificação do IBGE.

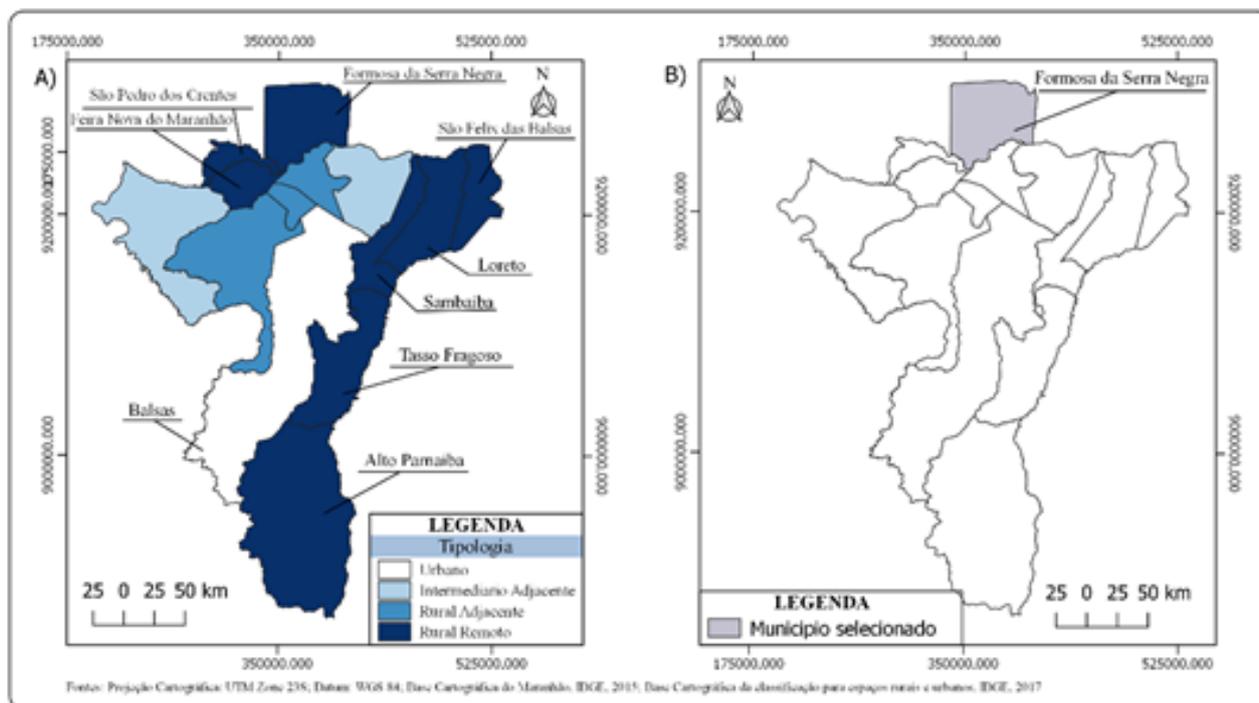
Com relação aos municípios RR de Matopiba, a população média é de 8.321(\pm 7.806), variando de 1.543 (São Félix do Tocantins) a 60.585 habitantes (Barrerinhas - MA). A densidade populacional média é de 4,47 hab/km² e a mediana de 3,01hab/km², as áreas são pequenas com média de 2.652km² e mediana de 1.958km². O PIB médio per capita foi de R\$ 11.408,89 (\pm 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 per capita. Os municípios de Campos Lindos (TO), Lavandeira (TO), Mateiros (TO), Sambaiba (MA), Tasso Fragoso (MA) se comportam como outliers com PIB per

capita, respectivamente, de R\$ 31.756 R\$ 44.781 R\$46.757 R\$33.312 R\$88.449. 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 ($\pm 14,9$) com mediana de 52,1. Caseara (TO), Chapada da Natividade (TO), Lagoa da Confusão (TO) têm maior peso da agropecuária nas suas economias.

Para a amostra da área Matopiba foram selecionados sete municípios, dentre os quais um encontra-se no estado de Tocantins, quatro no Piauí e dois no Maranhão. Especialmente o município Formosa do Serra Negra é da CIR de Balsas, que agrega o maior número de MRR no Maranhão.

O município de Formosa de Serra Negra integra a região de saúde de Balsas. Dos 14 municípios dessa região, oito constam como rurais remotos pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017), sendo eles: Formosa de Serra Negra, São Pedro dos Crentes, Feira Nova do Maranhão, São Felix das Balsas, Loreto, Sambaíba, Tasso Fragoso e Alto Parnaíba; três municípios rurais adjacentes: Riachão, Novas Colinas e Fortaleza dos Nogueiras; dois municípios intermediários adjacentes: Carolina e Fernando Falcão. Balsas foi classificado como urbano e é o município polo desta região (Figura 4 e Quadro 1).

Mapa 6: Mapas da regional de saúde de Balsas (MA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa.



Fonte: Elaboração própria

Quadro 6: Municípios da Região de Balsas (MA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)

UF	Município ¹	Classificação IBGE ²	Seleção Amostra ³	Classificação Rural ³
MA	Alto Parnaíba	Rural Remoto	Não	Matopiba
<i>MA</i>	<i>Balsas</i>	<i>Urbano - SEDE CIR</i>	<i>Não</i>	
MA	Carolina	Intermediário Adjacente	Não	
MA	Feira Nova do Maranhão	Rural Remoto	Não	
<i>MA</i>	<i>Formosa da Serra Negra</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>	<i>Matopiba</i>
MA	Fortaleza dos Nogueiras	Rural Adjacente	Não	
MA	Loreto	Rural Remoto	Não	Matopiba
MA	Nova Colinas	Rural Adjacente	Não	
MA	Riachão	Rural Adjacente	Não	
MA	Sambaíba	Rural Remoto	Não	Matopiba
MA	São Félix de Balsas	Rural Remoto	Não	Matopiba
MA	Sao Pedro dos Crentes	Rural Remoto	Não	Matopiba
MA	São Raimundo das Mangabeiras	Intermediário Adjacente	Não	
<i>MA</i>	<i>Tasso Fragoso</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>	<i>Matopiba</i>

Fontes:

¹Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/03/2019

²IBGE:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm. Acesso em 15.03.2019

³Dados da pesquisa

O TRABALHO DE CAMPO

O trajeto para o trabalho de campo no município de Formosa de Serra Negra foi iniciado no dia 09/06/2019, quando três grupos do projeto de pesquisa se encontraram no aeroporto em Palmas, oriundos do Rio de Janeiro e São Paulo. De lá embarcamos num pequeno avião rumo a Araguaína (foto), onde alugamos três carros, por volta das 15:00h, um para o grupo que foi para Campos Lindos (TO) e dois para os grupos que foram para Balsas (MA), o nosso e o outro responsável pelo campo de Tasso Fragoso. Pegamos um pequeno trecho de balsa para atravessar o belo Rio Tocantins, rumo ao estado do Maranhão. Chegamos próximo das 20h em Balsas, município sede da região de saúde, e passamos a noite lá.

No dia 10/06 partimos pela manhã em grupo de quatro entrevistadoras para Formosa da Serra Negra. Por volta das 14:00h fomos a sede da SMS, em casa próxima à avenida principal, com cinco salas, uma delas a farmácia e outra a sala destinada às atividades de regulação, ambas são as procuradas regularmente pelos usuários (fotos), e iniciamos as entrevistas em duplas com o Secretário Municipal de Saúde e com o Coordenador da Atenção Básica.

Duas entrevistadoras entrevistaram o jovem Secretário Municipal de Saúde, Claudio, falando com muita facilidade e ânimo, usando camiseta com mensagem sobre

“outubro rosa e novembro azul”. Ele tem perfil de técnico em saúde e demonstrou conhecer os problemas de saúde da região, se ocupando do planejamento e da dimensão política. Desde muito jovem acompanha as questões municipais, é filho de ex-prefeito da cidade, ainda um político influente no município. A outra dupla realizou a entrevista com o igualmente jovem coordenador de AB, Leão, de perfil administrativo com formação em Administração Hospitalar. A entrevista com o Coordenador correu bem, sem intercorrências. Durante a entrevista, ele demonstrou não ter conhecimento técnico sobre Atenção Básica, seus princípios e fundamentos, mas revelou conhecer os problemas e tentar soluções. Na dinâmica de trabalho com o secretário, diz ficar responsável pela parte operacional das tarefas - o secretário diz o que precisa e ele realiza.

Além das unidades básicas de Saúde, o município possui uma Unidade Mista, chamada pelos usuários de hospital. Lá são feitos pequenos procedimentos cirúrgicos, atendimento de primeiros socorros, pronto atendimento, partos normais e aplicação de medicamentos injetáveis prescritos nas UBS. Localizada próximo à Avenida principal da cidade (foto).

Outro equipamento de saúde do município é o CAPS onde trabalham os profissionais do NASF e voluntariamente uma médica neurologista ‘filha de Formosa’ (expressão usada pelos entrevistados denotando orgulho de ser nascido em Formosa) que atende a cada dois meses, porque reside na Espanha.

No dia 11/06 fomos até a SMS e nos encontramos com coordenador Leão para irmos até as UBSs selecionadas. Nos dividimos novamente em duplas para fazermos as entrevistas. A primeira dupla, acompanhada pelo coordenador da AB, foi à UBS Cademiel Assunção Milhomem. Na mesma avenida dessa UBS há uma outra unidade que foi desocupada, depois do processo de revisão da territorialização e após visita dos avaliadores externos do PMAQ. No período da manhã foram realizadas entrevistas com o ACS e os usuários que foram selecionados de acordo com a disponibilidades dos mesmos. As usuárias de pré-natal, parto e puerpério e de hipertensão são funcionárias da Secretaria Municipal de Saúde lotadas no CAPS do município. As entrevistas com usuários foram breves, duraram uma média de 30 minutos cada, pois os usuários não haviam acessado a atenção especializada. A usuária de PPP entrevistada relatou ter tido Hipertensão Arterial durante a gravidez, porém não foi encaminhada ao pré-natal de alto risco (referência em Balsas) e teve seu parto agendado na unidade mista do município.

Após os atendimentos realizados no final da manhã foi realizada entrevista com a enfermeira da UBS. A sala da Enfermeira apresentava uma boa iluminação, ar condicionado, uma maca ginecológica e um biombo e vários materiais para atendimento. O estado de conservação da sala era precário.

A unidade de saúde fechava durante o horário de almoço, então marcamos de retornar às 13h para a entrevista com o médico da UBS. Percebemos que os funcionários da UBS e da secretaria de saúde transportam os usuários em suas próprias motocicletas caso esse precisasse de se locomover até a secretaria municipal, fato que presenciamos ao sair da UBS.

Retornamos à UBS às 14hs para a entrevista com o médico da UBS, alguns usuários já estavam aguardando para atendimento. A entrevista durou cerca de 1h20m. O consultório médico era grande, com a mesa do médico, uma maca e um banheiro, a iluminação era fraca o que o próprio citou que apresentava dificuldades em realizar alguns exames, o ar condicionado também apresentava problemas, muito barulho e pouca refrigeração, segundo o próprio médico ele já havia solicitado à secretaria de saúde que tomasse providências quanto ao conserto.

Na entrevista o médico, formado na Bolívia, demonstrou conhecimento mediano do território. Outro ponto que chamou atenção em sua fala era a vontade de ter trabalhado com um médico cubano para aprender a atender um paciente de forma diferente, segundo ele, de forma humana. Após as entrevistas a enfermeira gravou um vídeo pílula.

A outra dupla se dirigiu até a unidade rural, UBS Macinino da Silva Ramos (foto), que foi escolhida pelo coordenador de Atenção Básica. O percurso de ida durou cerca de 2 horas devido às condições da estreita estrada de chão de terra vermelha batida - e muitos buracos. No caminho haviam belas paisagens, plantações de milho e soja, terras demarcadas, mas sem sinal de produtividade - algumas com poucas cabeças de boi.

Durante o percurso, as pesquisadoras conversaram informalmente com o Dr. Fernando, também formado na Bolívia, que faz parte do PMM, e em breve irá se desligar do programa para fazer um curso para se preparar para o revalida, em São Paulo. Além do atendimento na zona rural uma vez por semana, ele trabalha na unidade mista. Ele buscou desenhar o cenário do que iríamos encontrar. Ele se mostrou disponível e o clima era amigável. Nos informou que na região há bastante acidentes com cobra e que possuem soro. Destacou também que a água é de poço e encanada, mas não é tratada, e a comunidade não costuma tratá-la individualmente, pois alegam que tanto o cloro como a fervura muda o sabor da água, portanto acaba ocorrendo muitos casos de diarreia e infecções gastrointestinais.

Cerca de trinta minutos antes de chegarmos à unidade, havia outra UBS rural. Ao chegarmos, encontramos uma unidade vazia, o dia que o médico costuma atender na unidade de segunda-feira, mas visitamos em uma terça-feira, estavam ali somente o enfermeiro, a técnica de enfermagem, o ACS e as duas usuárias que seriam entrevistadas. Fomos muito bem recebidas, nos apresentaram à unidade e nos acomodaram na sala do médico.

Todas as entrevistas correram bem, sem intercorrências, mas chamou particular atenção, o nervosismo do médico que apertava sem parar a caneta. Segundo seu relato, ele não parecia muito à vontade em estar sendo gravado, principalmente quando tinha perguntas talvez comprometedoras, como por exemplo, a carga horária cumprida.

A questão do descarte do lixo, esgotamento sanitário e da água foram as que mais chamaram a atenção por evidenciarem a situação de fragilidade de políticas públicas adequadas a essa parte do país.

Antes de retornarmos a UBS, um usuário entrou em contato com um dos funcionários para que o médico fosse realizar um atendimento, aguardamos o atendimento, era para a retirada de pontos de um paciente. Ao voltarmos para a unidade uma pesquisadora fez a entrevista com médico e a outra com enfermeiro. Ao terminar, o médico atendeu duas pessoas que estavam esperando e fomos embora. O motorista pegou um caminho mais curto, com estrada a todo tempo de terra vermelha batida, e em 1 hora e meia chegamos à cidade. Ali nos juntamos ao restante da equipe e se iniciou o trajeto de volta para Balsas.

No município de Formosa de Serra Negra (MA), foram realizadas no total 13 entrevistas conforme detalhadas no Quadro 2. A única intercorrência é que não houve entrevista com usuária de CCU na unidade rural, pois não havia mulheres com lesão precursora.

CARACTERÍSTICA DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O município de Formosa de Serra Negra, situado em Matopiba, região central do estado do Maranhão, foi recém emancipado, desmembrado de Grajaú-MA. O município está localizado na mesoregião 3 - centro maranhense, microrregião 011, Alto Mearim e Grajaú-MA.

Possui área territorial de 3.941,185 km² e com uma baixa densidade demográfica. A maior parte da população reside na área rural (66,7 % em 2010). O IDHM no (Quadro).

Quadro 7: Indicadores Demográficos - Formosa da Serra Negra (MA)

Ano de criação do município ¹	1994		
Área territorial (km ²) ¹	3 941,185 km ²		
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²	4,8 hab./km ²		
Populações tradicionais predominantes ^{3*}			
Indicadores	2000	2010	2019
População total ¹	13974	17757	19189
População urbana ¹ n(%)	2189 (15,6%)	5915 (33,3%)	
População rural ¹ n(%)	11785 (84,3%)	11842 (66,7%)	

IDHM ¹	0,335	0,556	-
Classificação IDHM ¹	Muito baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	2,59	1,67	-
% de população menor de 15 anos ¹	13,17	12,84	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	3,75	4,71	-

Legenda: R=ribeirinhos; P=pescadores; Q=quilombolas; I=indígenas; E=extrativistas; A=assentados

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 07/12/2019

3: Banco de dados ciclo 2, PMAQ-AB.

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

*Dado primário com o município

No município de Formosa da Serra Negra não há telefone fixo, apenas a operadora Claro tem bom funcionamento. Há poucas ruas asfaltadas, com muitas lombadas e buracos, iluminação muito ruim a noite, sem sinalização, sem transporte público; muitas motocicletas (com mais de uma pessoa, com crianças, e muitas vezes sem capacete); poucos carros. Para transporte até a zona rural (ou interior como eles se referem a essa área) a população que não tem meios próprios como motocicletas ou carro, usa carro de linha (ou pau-de-arara) a R\$15,00/pessoa até o centro de Formosa, e R\$45,00 o trecho até Balsas.

Muitas casas inacabadas. Comércio concentrado na avenida principal. Observamos a existência de academias, de lanchonetes, mercearias, vestuário, há poucos restaurantes. A vaquejada é a festa mais famosa e frequentada da região. Na cidade não tem praças de convivência, cinema ou alguma atividade de lazer.

Os indicadores sociais apresentaram uma evolução em 2010 na comparação com os dados do ano 2000. A maior parte da população é dependente do “Programa Bolsa Família”, 63,95% em 2014. Em relação a domicílios com coleta domiciliar há uma estagnação quando comparado os dois períodos (2000 e 2010). O município possui um número muito baixo de beneficiários de planos de saúde nos três anos de análise (Quadro 3).

Quadro 8: Indicadores Sociais - Formosa da Serra Negra (MA)

Indicadores	2000	2010	2018
Renda familiar per capita mensal ^{*1}	140,38	163,15	
% população extremamente pobre ^{**1}	62,87	45,61	
% de população beneficiária do PBF ^{***3}	-	63,95	
% de beneficiários por plano de saúde ⁴	0,09	0,10	0,27
Índice de Gini ¹	0,80	0,63	
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais ¹	28,06	18,49	
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	32,51	29,45	

% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	5,63	42,58	
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	4,98	38,16	
% da população em domicílios com água encanada ¹	6,06	74,20	
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário**** ³	-	1,65	
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	23,39	73,61	
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	67,56	67,77	

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100.

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 24/03/2019

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>. Acesso em 24/03/2019

³: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014. Acesso em 31/03/2019

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def. Dados de dez/2010 e dez/2018. Cálculo: n de beneficiários/população total no ano. Acesso em 07/12/2019

A população de Formosa de Serra Negra é SUS dependente em quase toda a sua totalidade. A água de Formosa de Serra Negra é encanada, porém não é tratada. No Vilarejo de Larjeado, onde as entrevistas da zona rural foram realizadas, a água das pessoas que se concentram próximas ao núcleo populacional também possuem água encanada de poços artesianos, mas sem tratamento também, as pessoas que moram a uma distância maior, se utilizam de água de poço artesiano individuais ou cacimbó (poço raso cavado manualmente). Não há esgotamento sanitário e nem coleta de lixo.

Não foram obtidos dados do acompanhamento do Bolsa Família nas UBS visitadas.

INDICADORES DE SAÚDE

A expectativa de vida no Formosa de Serra Negra aumentou em 2010, quando comparada ao ano 2000. Na comparação dos indicadores sanitários entre os anos de 2000 e 2016, não morte materna. A mortalidade infantil se manteve nos anos de 2000 e 2016, no ano de 2010 ocorreu um pequeno aumento. A principal causa de morte nos três anos de análise foi doenças do aparelho circulatório. No ano de 2016 a segunda principal causa de morte foi doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, e a terceira foi causas externas de morbidade e mortalidade. Houve uma redução de 82,2 % na mortalidade por causas mal

definidas. Observa-se também um aumento, entre 2010 a 2016, de 65,11% na cobertura de 3 doses da vacina pentavalente (Quadro 9).

Quadro 9: Indicadores sanitários - Formosa de Serra Negra

Indicadores sanitários		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		63,36	71,41	-
Nº de óbitos maternos ³		0	0	0
Mortalidade infantil ³	nº de óbitos neonatal (0 a 27 dias)	-	2	1
	nº de óbitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	1	-	-
	nº de óbitos total em menores de 1 ano	1	2	1
Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	100 (Doenças do aparelho circulatório)	41,17 (Doenças do aparelho circulatório)	39,62 (Doenças do aparelho circulatório)
	2ª principal causa de morte	-	14,70 (Neoplasias)	16,98 (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas)
	3ª principal causa de morte	-	8,8 (Algumas doenças infecciosas e parasitárias)	15,09 (Causas externas de morbidade e mortalidade)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		87,5	30,6	5,3
Nº de óbitos por câncer de colo de útero ³		0	0	0
Nº de nascidos vivos em mães na faixa de etária de 10 a 19 anos		41	74	65
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g		8	19	7
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%) ^{3***}		-	-	22,22
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ^{3***}		-	28,38	93,49
Gestantes com nº de consultas de pré natal insuficiente (menos de 7 consultas) ³		156	272	136
Nº de partos domiciliares ³		14	0	0
Nº de casos de sífilis congênita ^{3***}		0	0	0
% ICSAB Maranhão ³		-	46,86%	44,90%

¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

²:<https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

³:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por grupo de causa definidas/ nº total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por causas mal definidas/ nº total de obitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018

Dados disponíveis no DATASUS demonstram que cobertura da vacina Tríplice Viral de 2010 a 2019 na RS de Balsas manteve uma boa cobertura no período, acima de 85%, no município de Formosa de Serra Negra o município obteve uma boa cobertura em alguns foi acima da cobertura da região de Saúde, com exceção do ano de 2015 que a cobertura foi de apenas 46,89%.

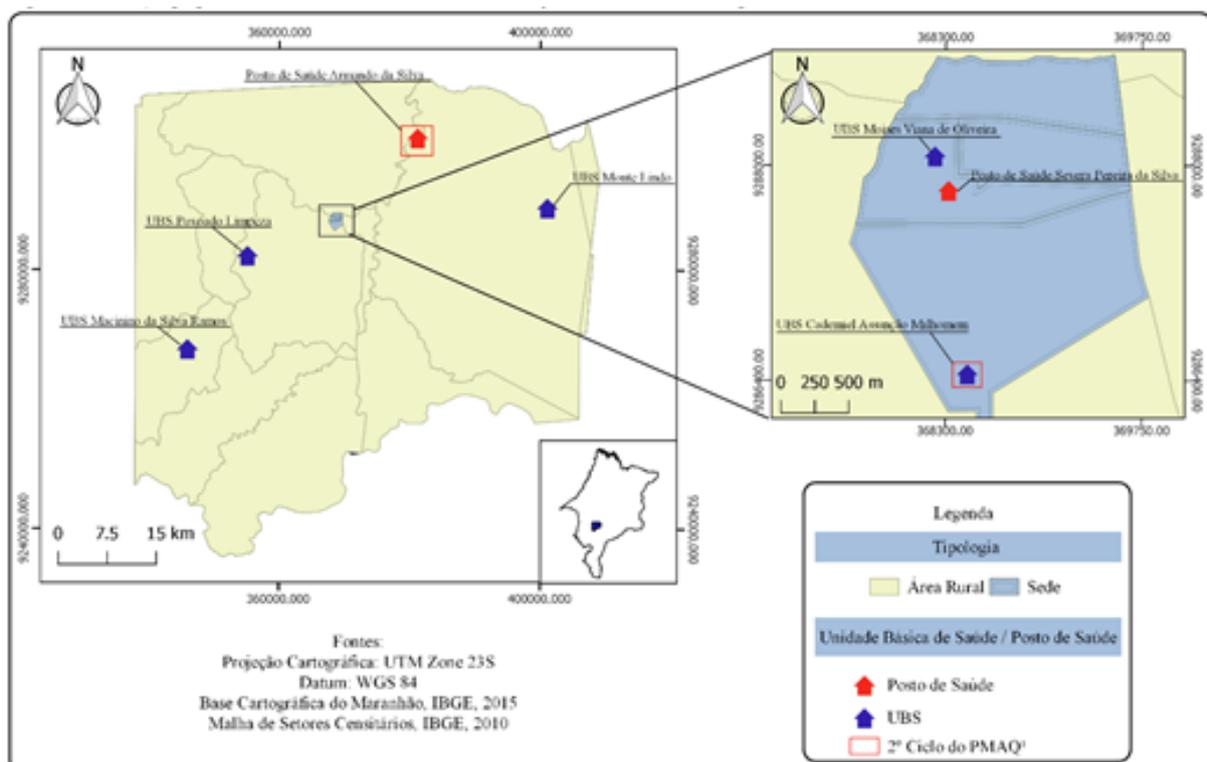
Em relação a cobertura da vacina Tetra Viral no período de 2013 a 2019 há uma baixa cobertura tanto na RS de Balsas, quanto no município de Formosa de Serra Negra, na RS de Balsas a cobertura foi acima de 80% somente nos anos de 2014 e 2016, e no município de Formosa de Serra Negra ocorreu uma boa cobertura somente no ano de 2016.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município de Formosa de Serra Negra possui seis UBS todas com equipes de saúde da família, duas localizadas na área urbana, com equipes do Programa Mais Médicos e quatro unidades na área rural (figura 5 quadros 10 e 11). Nos últimos anos com a implementação do PMM, e com o aumento do número de profissionais formados na área da saúde na região, de acordo com os gestores municipais não há falta de profissionais, com exceção de médicos em alguns períodos, e não existe problema em relação a atração e fixação.

No município há a Unidade Mista de Saúde Otávio Lima de Arruda que realiza atendimentos emergenciais, pequenos procedimentos e parto que não sejam de alto risco.

Mapa 7: Mapa das UBS do município Formosa da Serra Negra (MA)



Fonte: Elaboração própria

Houve uma grande mudança no quadro de profissionais, em 2010 o município possuía apenas dois enfermeiros cadastrados e não havia nenhum médico e dentista cadastrados. no ano de 2018 houve uma mudança positiva significativa o número de enfermeiros subiu para 13, e passou a ter 15 médicos e 10 dentistas (Quadro 10).

Quadro 10: Indicadores de recursos humanos em saúde - Município de Formosa de Serra Negra/MA, 2010 e dezembro de 2018

Indicadores	2010	2018
Nº de médicos ¹	0	13
Cadastro como médico clínico	0	2
Cadastro como médico da Estratégia Saúde da Família	0	9
Cadastro como médico neurologista	0	1
Cadastro como médico psiquiatra	0	1
Nº de enfermeiros ¹	2	15
Nº de dentistas ¹	0	10
Nº de Leitos n ²	N/A	13

Fontes:

1. CNES DATASUS, busca por CBO. Competência: dez/2018

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp. Acesso em 30/03/2019

2. Sala de Apoio a gestão estratégica do SUS - SAGE/SUS. <http://sage.saude.gov.br/> Acesso em 28/03/2019. Valores de PAB referentes a 2017

Observa-se diferença entre o número de unidades constante no CNES (Quadro 11) e o identificado quando da visita.

Quadro 11: Caracterização de equipamentos de saúde - Formosa da Serra Negra (MA)

Tipo	Total	CNES	Descrição*	Área*
Posto de Saúde	3	6308813	Posto de Saúde José Armando da Silva	Rural
		2460572	Posto de Saúde São Lourenço	Rural
		6630294	Posto de Saúde Severa Pereira da Silva	Sede
Centro de Saúde / Unidade Básica de Saúde	6	7198876	Unidade Básica de Saúde Cademiel Assunção Milhomem	Sede
		7124317	Unidade Básica de Saúde Macinino da Silva Ramos	Rural
		7301847	Unidade Básica de Saúde Moisés Viana de Oliveira	Sede
		7391188	Unidade Básica de Saúde Monte Lindo	Rural
		7293356	Unidade Básica de Saúde Povoado Limpeza	Rural
		7391161	Unidade Básica de Saúde Vale do Mearim	Rural
Unidade Mista	1	2460580	Unidade Mista de Saúde Otávio Lima de Arruda	Sede
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT isolado)	1	7299141	PROTEC	Sede
Unidade Móvel Terrestre	1	9216995	UOM Formosa	Sede
Unidade de Vigilância em Saúde	2	7786379	Vigilância em Saúde de Formosa da S N	Sede
		6833055	VISA de Formosa da Serra Negra	Sede

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp

No ano de 2010 o município não possuía UBSs cadastradas, já em 2018 passou a ter 9 unidades. A cobertura de ESF também melhorou em 2010 era de 77,56% e passou a ter em 2018 100% de cobertura. Em 2018 o município passou a ter uma equipe de NASF cadastrada (Quadro 7).

Quadro 12: Indicadores de Atenção Básica - Formosa da Serra Negra (MA)

Indicadores	2010	2018
População	13.974	17.757
UBS em áreas rurais		6
UBS na sede		3
nº Eq ESF ³	4	9
nº ACS em ESF ³	38	60
nº Eq EACS ³	1	N/A
nº ACS em EACS ³	23	N/A
Total ACS ³	61	60
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	5	9
NASF ³	0	1
Cobertura ESF ⁴	77,56%	100%

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: CNES - competências Dez/2010 e Dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 29/03/2019

4: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/reiHistoricoCoberturaAB.xhtml> - Dez/2010 e Dez/2018. Acesso em 29/03/2019

Legenda:

ESF = Equipes da Estratégia Saúde da Família; ACS = Agentes comunitários de saúde; EACS = Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; EqSB = Equipes com saúde bucal; NASF = Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica; ESFR = Equipe de estratégia saúde da família ribeirinha; ESFQ = Equipe de saúde da família quilombola/assentamento; EMAD = Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar; CNR = Equipe de consultório na rua.

TASSO FRAGOSO - MA

Fotografia 2: Tasso Fragosso - MA



O município de Tasso Fragoso compõe o grupo de municípios rurais remotos (MRR) da pesquisa classificados como Matopiba, região que agrega os estados do Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia. Daí o acrônimo criado a partir das iniciais destes estados. Essa região é uma das regiões de crescimento do agronegócio brasileiro, com mudanças no uso e condição fundiária das terras, com a introdução de novas tecnologias de produção incluindo irrigação, ou seja, é hoje uma das principais áreas de expansão do agronegócio. A região do Matopiba concentra 26,3 % de todos os municípios rurais remotos brasileiros. É uma área de conflito pois, ao mesmo tempo que há essa utilização de suas terras, utilizando toda a modernidade tecnológica, existem milhares de pessoas que vivem a partir do uso tradicional do cerrado. São populações indígenas, quilombolas, de agricultores familiares e populações tradicionais.

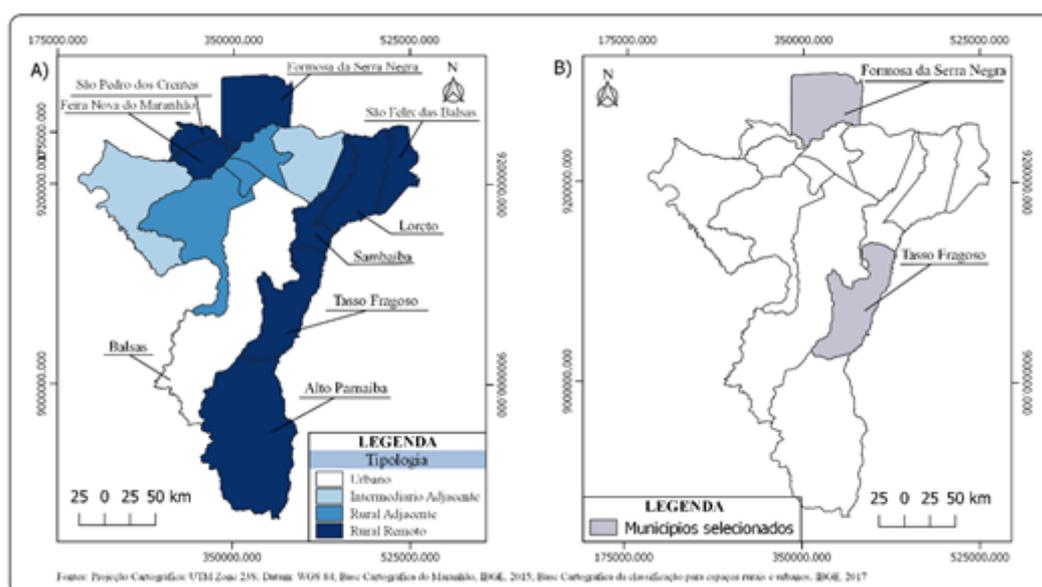
O município de Tasso Fragoso, hoje um dos maiores produtores de grãos do Estado do Maranhão, faz parte da mesorregião do sul maranhense e localiza-se no extremo sul da microrregião de Balsas. Faz fronteira com os municípios maranhenses; Balsas, Alto Parnaíba e Sambaíba e com os municípios piauienses, Santa Filomena, Baixada Grande e Ribeiro Gonçalves. A sede da cidade é pequena e muito desprovida de serviços públicos, o que piora na medida em que se afasta em direção aos povoados.

A despeito de ser um grande produtor de grãos do Maranhão, com presença de empresas multinacionais e ter um dos maiores per capita dos municípios da região; sua população vive sem o mínimo de infraestrutura de saúde, de educação, social e financeira.

Não existe transporte público. A população utiliza os ônibus escolares para fazer o deslocamento na cidade, além das motos. O transporte mais utilizado pela população são as motocicletas. Segundo observado e confirmado pelo gestor municipal, 60% da população trabalha nas fazendas e o restante é servidor da prefeitura, havendo um irrisório comércio local. Não bastasse os seus problemas, ainda atende à população fronteiriça com o Piauí; de Filomena, Baixa Grande e de Ribeiro Gonçalves, que usam as UBS (consultas, vacinas) e as escolas. A cidade referenciada para esses três municípios no Piauí fica mais distante do que Tasso Fragoso, que os separa apenas pelo Rio Parnaíba.

A Regional de Balsas é composta por 13 municípios, que estão distribuídos, pela classificação do IBGE, da seguinte forma: 1 urbano (sede da CIR), 2 Intermediários Adjacentes, 3 Rural Adjacentes e 7 rurais remotos, como pode ser observado na Figura 6 e Tabela 13, a seguir.

Mapa 8: Mapas da regional de Saúde de Balsas (MA) com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa



Fonte: Elaboração própria

Quadro 13: Municípios da Região de Saúde de Balsas (MA)), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).

UF	Município ¹	Classificação IBGE ²	Seleção Amostra ³	Classificação Rural ³
MA	Alto Parnaíba	Rural Remoto	Não	Matopiba
MA	Balsas	Urbano - SEDE CIR	Não	
MA	Carolina	Intermediário Adjacente	Não	
MA	Feira Nova do Maranhão	Rural Remoto	Não	
MA	Formosa da Serra Negra	Rural Remoto	Sim	Matopiba
MA	Fortaleza dos Nogueiras	Rural Adjacente	Não	
MA	Loreto	Rural Remoto	Não	Matopiba
MA	Nova Colinas	Rural Adjacente	Não	
MA	Riachão	Rural Adjacente	Não	
MA	Sambaíba	Rural Remoto	Não	Matopiba
MA	São Félix de Balsas	Rural Remoto	Não	Matopiba

MA	Sao Pedro dos Crentes	Rural Remoto	Não	Matopiba
MA	Sao Raimundo das Mangabeiras	Intermediário Adjacente	Não	
MA	Tasso Fragoso	Rural Remoto	Sim	Matopiba

Fonte:

¹Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/03/2019

²IBGE:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm.

Acesso em 15.03.2019

³Dados da pesquisa

O TRABALHO DE CAMPO

A ida ao município ocorreu no período de 10 a 14/06/2019, a equipe de pesquisadores, composta por quatro profissionais realizou 15 entrevistas, uma na regional e 14 em duas unidades de saúde: UBS Central e UBS Paraíso, em uma das áreas rurais.

A melhor rota para chegar a esse município, que fica no sul do Maranhão, foi sair do Rio, de avião, no dia 9 de junho, rumo a Araguaína, com primeira parada e troca de avião em Palmas, no Tocantins. Araguaína possui um pequeno aeroporto estadual. De Araguaína para a cidade de Balsas no Maranhão, usou-se um carro alugado, dirigido por uma entrevistadora. Na divisa entre os estados está o rio Tocantins, sendo necessário atravessar por balsa, que leva cerca de 20 min, e tem uma frequência alta de balsas, durante o dia, não tendo que se esperar muito para pegá-la. Pernoitou-se em Balsas para no dia seguinte realizar a primeira entrevista, que seria com o gestor regional.

A distância entre Araguaína e Balsas é de, aproximadamente, 280 km, pela rodovia, que era asfaltada, mas tinha trechos ruins com buracos e muito movimento de grandes caminhões de transporte de madeira. Depois da entrevista com o gestor de Balsas, seguiu-se rumo à cidade de Tasso Fragoso. Foram cerca de 140 km, em mais de 4 horas, pois a estrada (uma rodovia!), era extremamente precária, praticamente sem asfalto, com muito barro e com muitos buracos. A chegada ao destino só ocorreu no início da noite. Mesmo estando tarde e com a unidade fechada, o gestor municipal estava esperando a equipe, e concordou em fazer a entrevista naquele mesmo dia. A entrevista foi tranquila, é sua primeira experiência na gestão, mas ele conhece profundamente o município e seus problemas pois é morador do local e exerceu um mandato no legislativo como vereador, anteriormente.

A equipe de pesquisadores permaneceu no município por 2 dias, e realizou 15 entrevistas. Foram entrevistados profissionais e usuários da unidade da sede e de uma unidade rural. Bem como foram entrevistados os gestores: o secretário municipal, a coordenadora de AB e o gestor regional.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O município foi criado em 1961, com população estimada em 2018, em 8.459 habitantes, distribuídos em uma área de 12.655,9 km², o que dá uma densidade de 1,98 hab/km². É um município pequeno, onde 60% de sua população vive na sede e o restante disperso em pequenos povoados distribuído no território municipal.

O acesso a cidade é através de rodovia com poucos trechos asfaltados. Sendo esse acesso com bom nível de perigo de acidentes, pois com o movimento de carros e caminhões, levanta poeira que compromete a visibilidade, entre outros problemas.

Entre as décadas de 2000 e 2010 houve melhora no índice de desenvolvimento humano do município passou de muito baixo para baixo, o que revela haver ainda desafios importantes para superar o déficit de desenvolvimento municipal.

Em 2017, o salário médio mensal era de 2.3 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 15.3%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 12 de 217 e 6 de 217, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 905 de 5570 e 2079 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 49.3% da população nessas condições, o que o colocava na posição 182 de 217 dentre as cidades do estado e na posição 1521 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Quadro 14: Indicadores Demográficos - Tasso Fragoso (MA)

Ano de criação do município ¹	1961		
Área territorial (km ²) ¹		12655,9 km ²	
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²		1,98 hab/km ²	
Populações tradicionais predominantes ^{3*}			
Indicadores	2000	2010	2018
População total ¹	6393	7796	8.459
População urbana ¹ n(%)	3034	4648	
População rural ¹ n(%)	3359	3148	
IDHM ¹	0,445	0,599	-
Classificação IDHM ¹	Muito baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	2,71	2,26	-
% de população menor de 15 anos ¹	13,42	12,57	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	5,22	5,55	-

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

*Dado primário com o município

Os indicadores sociais do município estão no Quadro 15, segundo o IBGE, o município apresenta apenas 1.7% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 23.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0% de domicílios urbanos

em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

Nas entrevistas pôde-se confirmar essa falta de saneamento adequado, bem como o tratamento da água, ainda não está satisfatório. O próprio gestor municipal pontuou essa questão como um grave problema a ser enfrentado pela gestão. Na sede em está sendo realizado uma obra para o esgotamento sanitário, já existindo algumas casas com saneamento mínimo. Porém ainda não há uma rede de tratamento desse esgoto. Nas áreas rurais do município, não há nada, o esgotamento é feito em fossas, sem tratamento nenhum ou a céu aberto. O acesso a água na sede, tem encanamento, porém o tratamento da água é irrisório. A água vem principalmente do rio (que está contaminado pelo esgoto da cidade e por agrotóxico que vem das fazendas). Nas localidades rurais o acesso se dá através de poços artesianos e da água do rio. Esse mesmo rio, já apresenta trechos com sinais de contaminação, havendo mortandade de peixes, que, segundo o gestor, é causado pelos defensores agrícolas (agrotóxicos) usados nas fazendas periodicamente. Quando chove, as águas desses locais descem para o rio contaminando seu solo e sua água.

Embora o município apresente um PIB alto, isso em nada reflete de positivo na vida das pessoas da cidade, é apenas reflexo da presença das grandes multinacionais que atuam na região e que emprega mais metade da população. A população rural vive em condições precárias e com número elevado de pessoas em situação de extrema pobreza.

Através das entrevistas era sempre apontado haver a coleta de lixo. Pode-se constatar que na área urbana é realizada diariamente e nas rurais não tem uma periodicidade certa, a depender do local de acesso ao povoado. Porém, todo o lixo coletado é despejado diretamente num terreno, sem nenhuma cerca, perto da estrada, há cerca de uns 10 km do centro, tendo sido constatado in loco pela equipe de entrevistadores.

Os 6 usuários entrevistados refletem alguns desses dados sociais: a maioria relata ter como escolaridade o ensino fundamental incompleto, recebem até 1 salário mínimo, recebem auxílio do Bolsa Família e nenhum deles têm Planos de Saúde, sendo todos usuários exclusivos e dependentes do SUS.

Quadro 15: Indicadores Sociais - Tasso Fragoso (MA)

Indicadores	2000	2010
Renda familiar per capita mensal* ¹	129,40	264,76
% população extremamente pobre** ¹	47,41	27,43
% de população beneficiária do PBF*** ³	N/A	64,18
% de beneficiários por plano de saúde ⁴	2,91	5,85
Índice de Gini ¹	0,54	0,58
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais ¹	23,76	17,80

% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	16,12	24,91
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	28,00	30,07
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	20,69	49,94
% da população em domicílios com água encanada ¹	24,96	87,14
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário**** ³	-	1,73
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	49,47	77,58
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	67,27	96,59

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 .

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 24/03/2019

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>. Acesso em 24/03/2019

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014. Acesso em 31/03/2019

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def. Dados de dez/2010 e dez/2018. Cálculo: n de beneficiários/população total no ano. Acesso em 30/03/2019

INDICADORES DE SAÚDE

Observando-se alguns indicadores sanitários, percebe-se que “causas externas” apresenta-se constante como uma das 3 causas de morte nos períodos analisados. Na visita ao município pôde-se verificar a importância dos acidentes com motos nesta causa de morte. Outro problema relatado pelos profissionais da área rural foi o crescente número de casos de morbidade relacionados a doença mental. Foi relatado um grande número de usuários com uso de medicação controlada. Em povoado, onde vivem cerca de 150 pessoas, que se constata um número alto de pessoas com diversos problemas da ordem de saúde mental e de casos de grave deficiência mental. Segundo os profissionais, há nesse povoado muita união entre consanguíneos, o que pode estar levando a esses problemas. Há também relato de casos de hanseníase, havendo inclusive a indicação de uma área endêmica, perto da sede do município que faz divisa com o Piauí.

Quadro 16: Indicadores sanitários - Tasso Fragoso (MA)

		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		63,4	71,6	-
Nº de óbitos maternos ³		0	0	0
Taxa mortalidade infantil		25,86	14,93	7,35
Mortalidade infantil ³	nº de óbitos neonatal (0 a 27 dias)	-	3	1

	n° de óbitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	-	5	-
	n° de óbitos total em menores de 1 ano	-	8	1
Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	Doenças do aparelho circulatório (33,3%)	Doenças do aparelho circulatório (50%)	Doenças do aparelho circulatório (40%)
	2ª principal causa de morte	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (33,3%)	Causas externas de morbidade e mortalidade (20%)	Causas externas de morbidade e mortalidade (24%)
	3ª principal causa de morte	Causas externas de morbidade e mortalidade (16,6%)	Doenças do aparelho digestivo (10%)	Transtornos mentais e comportamentais (8%)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		45,4	3,2	3,8
Nº de óbitos por câncer de colo de útero ³		0	1	0
Nº de nascidos vivos em mães na faixa de etária de 10 a 19 anos		12	45	30
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g		2	9	10
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%) ^{3***}		-	-	19,12
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ^{3***}		-	29,41	98,53
Gestantes com nº de consultas de pré natal insuficiente (menos de 7 consultas) ³		54	103	72
Nº de partos domiciliares ³		7	0	1
Nº de casos de sífilis congênita ^{3***}		0	1	0
% ICSAB Maranhão ³			46,86%	44,90%

¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

²:<https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

³:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

⁴ Dados referentes aos anos de 2006, 2010 e 2016 <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/tasso-fragoso/pesquisa/39/30279?ano>

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: n° de obitos de residentes por grupo de causa definidas/ n° total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: n° de obitos de residentes por causas mal definidas/ n° total de obitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município tem a ESF como modelo de AB, apresentando 100% de cobertura. De acordo com o CNES, no momento da consulta estavam cadastradas 5 unidades básicas de saúde. Na ida ao município constatou-se a existência de 4 UBS e 4 ESF, 2 atuando em UBS na sede e 2 em áreas rurais. Existem alguns pontos de apoio na área rural, onde a equipe utiliza na visita mensal. Porém, na maioria dos povoados rurais, a equipe realiza suas ações em espaços como a escola, a associação ou mesmo em alguma casa de usuários (Figura 7, Quadros 17 e 18).

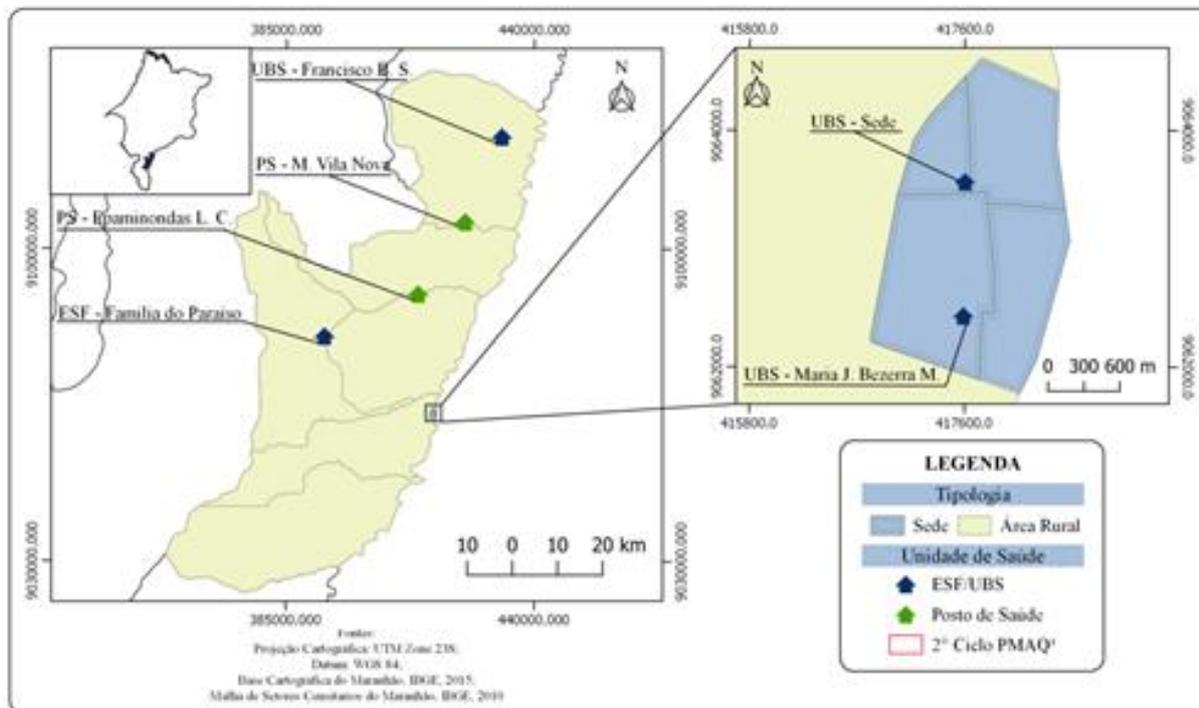
Existe também um pequeno Hospital Municipal, com 11 leitos, que realiza pequenos procedimentos cirúrgicos, urgências e parto normal.

O laboratório funciona somente no Hospital, e todos os usuários se dirigem para lá. Das 4 UBS, somente 1 faz a coleta de material. O restante, incluindo as rurais, utilizam esse laboratório para coleta e realização dos exames. A leitura do preventivo não é feito no município, sendo o material, enviado para o município de Balsas.

Quadro 17: Caracterização de equipamentos de saúde - Tasso Fragoso (MA)

Tipo	Total	CNES	Descrição*	Área*
POSTO DE SAÚDE	5	2604108	POSTO DE SAUDE DA PINDAIBA	Rural
		5895456	POSTO DE SAUDE EPAMINONDAS LOPES DE CARVALHO	Rural
		5895464	POSTO DE SAUDE FRANCISCO BENTO DE SOUSA	Rural
		5895472	POSTO DE SAUDE MAMEDIO VILA NOVA	Rural
		7692269	POSTO DE SAUDE SAO JOSE	Rural
CENTRO DE SAÚDE/ UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	4	7692269	UNIDADE BASICA DE SAUDE MARIA JOSE BEZERRA MASCARENHAS	Urbana
		2604108	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DO PARAISO	Rural
		5895448	UNIDADE DE SAUDE DA SEDE	Urbana
		5895464	UNIDADE DE SAUDE FRANCISCO BENTO DE SOUSA	Rural
HOSPITAL GERAL	1	2646471	HOSPITAL IRMA MARIA PAES TAVARES	Urbana
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	1	9466452	BIOLAB	Urbana
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	1	2390175	DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EM SAUDE DE TASSO FRAGOSO	Urbana
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	1	9294848	SEMUS DE TASSO FRAGOSO	Urbana

Mapa 9: Distribuição geográfica das unidades básicas de saúde do município de Tasso Fragoso (MA)



Quadro 18: Indicadores de Atenção Básica - Município Tasso Fragoso (MA)

Indicadores	2010	2018	2019 (*)
População	6.890 ¹	8.455 ²	8.459
UBS em áreas rurais	-	7	
UBS na sede	-	2	
nº Eq ESF ³	2	3	4
nº ACS em ESF ³	12	17	
nº Eq EACS ³	1	1	
nº ACS em EACS ³	9	4	
Total ACS ³	21	21	
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	3	4	4
Cobertura ESF ⁴	100%	100%	100%
Estimativa de população coberta pela ESF (n) ⁴	6890	8455	8.459

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: CNES - competências Dez/2010 e Dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 29/03/2019

4: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> - Dez/2010 e Dez/2018. Acesso em 29/03/2019

(*) <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> acesso em 19/12/2019

Legenda: ESF=Equipes da Estratégia Saúde da Família; ACS=Agentes comunitários de saúde; EACS=Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.

CAMPOS LINDOS - TO

Fotografia 3: Campos Lindos - TO



O município de Campos Lindos (TO) compõe o grupo de municípios classificados na pesquisa APS em territórios rurais e remotos como 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 3,01 hab/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(\pm 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 (Tabela A2). 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 Bolsa Família, por município, é de 50,2 (\pm 14,9) com mediana de 52,1. Caseara, Chapada da Natividade, Lagoa da Confusão e Sandolandia tem maior peso da agropecuária nas suas economias.

O município de Campos Lindos integra a região de saúde Médio Norte Araguaia. Dos 17 municípios dessa região Campos Lindos é o único município classificado pela proposta do IBGE (2017) como rural remoto (quadro 19 / figura 8).

Quadro 19: Região Médio Norte Araguaia

UF	Município ¹	Classificação IBGE ¹	Seleção Amostra ²	Classificação Rural ²
TO	Xambioá		Não	Intermediário Adjacente
TO	Filadélfia		Não	Intermediário Remoto
TO	Aragominas		Não	Rural Adjacente
TO	Araguanã		Não	Rural Adjacente
TO	Babaçulândia		Não	Rural Adjacente
TO	Barra do Ouro		Não	Rural Adjacente
TO	Carmolândia		Não	Rural Adjacente
TO	Darcinópolis		Não	Rural Adjacente
TO	Goiatins		Não	Rural Adjacente
TO	Muricilândia		Não	Rural Adjacente
TO	Nova Olinda		Não	Rural Adjacente
TO	Pau D'Arco		Não	Rural Adjacente
TO	Piraquê		Não	Rural Adjacente
TO	Santa Fé do Araguaia		Não	Rural Adjacente
TO	Wanderlândia		Não	Rural Adjacente
TO	<i>Campos Lindos</i>		<i>Sim</i>	<i>Rural Remoto</i>
TO	Araguaína	SEDE CIR	Não	Urbano

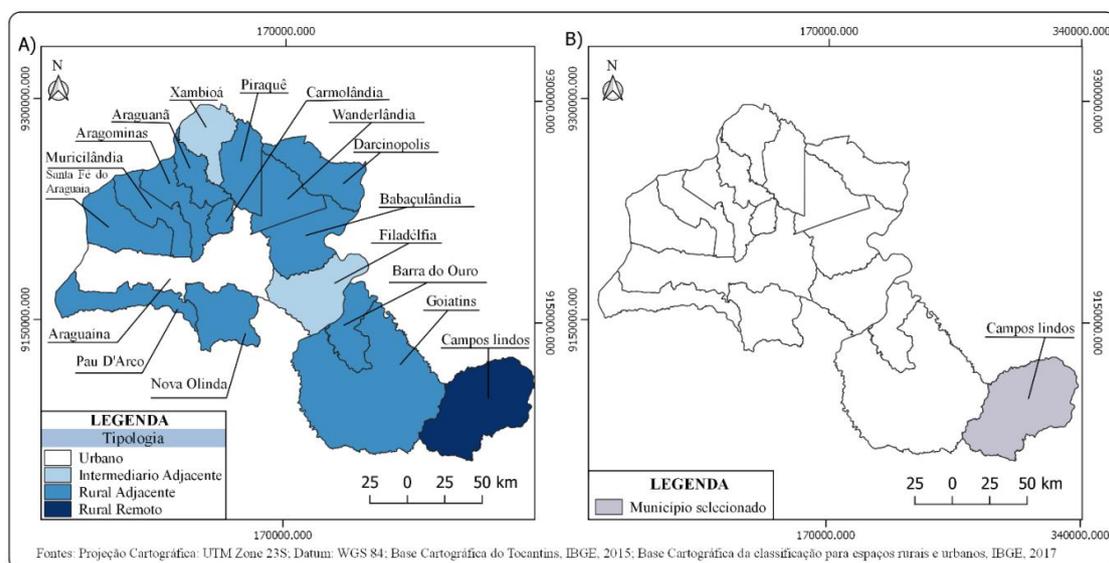
Fonte:

1IBGE:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm

2Dados da pesquisa

Mapa 10: Mapas da Regional de Saúde de Sudoeste (AP), com a classificação dos municípios pela tipologia rural-remoto do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa



A) Classificação dos espaços rurais e urbanos da Região de Saúde do Médio Norte Araguaia-TO; B) Município da Região de Saúde Médio Norte Araguaia-TO selecionado para o estudo

O TRABALHO DE CAMPO

A ida para o trabalho de campo no município de Campos Lindos foi iniciada no dia 09/06/2019, quando três grupos do projeto de pesquisa se encontraram no aeroporto em Palmas, oriundos do Rio de Janeiro e São Paulo. De lá embarcamos num pequeno avião rumo a Araguaína (foto), onde alugamos três carros, por volta das 15:00h, um para o grupo que foi Tasso Fragoso (MA), um para o Formosa da Serra Negra (MA) e o nosso para Campos Lindos (TO).

Dormimos em Araguaína (MA) e pela manhã (10/06) pegamos a estrada TO-226 rumo a Campos Lindos (TO). A rodovia era asfaltada, mas tinha trechos ruins com buracos e muito movimento de caminhões de transporte de grãos. A chegada em Campos Lindos só ocorreu no início da tarde. A UBS estava fechada para o horário do almoço, aguardamos um pouco e fomos recebidos pela Coordenadora de Atenção Básica do município. Realizamos a entrevista com ela naquele momento, com duração de 3 horas, terminando já no início da noite. Mesmo estando tarde e com a secretária municipal e a unidade fechada, o gestor municipal concordou em fazer a entrevista naquele mesmo dia. A entrevista foi tranquila, é sua primeira experiência na gestão, mas ele conhece profundamente o município e seus problemas, pois é morador do local e está exercendo seu segundo mandato.

A equipe de pesquisadores permaneceu no município por 2 dias e realizou 13 entrevistas. Foram entrevistados profissionais e usuários da unidade da sede. Apesar de ter uma única UBS no município, acompanhamos a ESF responsável pela área rural em um atendimento em um ponto de apoio no distrito rural que fica a 1 hora de carro da sede. Uma estrada extremamente precária, praticamente sem asfalto, com muito barro e com muitos buracos.

A equipe rural que visitamos é composta por uma médica cubana do PMM, uma enfermeira e um odontólogo. A equipe mista está sem médico. Já a equipe da sede tem um profissional médico jovem (27 anos) que possui um contrato de prestação de serviço direto com o município. Além de ser médico da equipe da sede, também é o responsável pelos atendimentos realizados no pronto-socorro 24 horas.

No município de Campos Lindos (TO) foram realizadas no total 13 entrevistas. A única intercorrência foi que não houve entrevista com a enfermeira da equipe rural, pois não estava no município no período da realização do campo. Estava viajando para Palmas (TO) acompanhando uma usuária em tratamento.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O município de Campos Lindos (TO) foi criado pela lei estadual nº 251, de 20 de fevereiro de 1991, pelo então governador do estado do Tocantins, José Wilson Siqueira Campos, ele escolheu o lugar para instalação da sede municipal e comandou a elaboração da planta da cidade, em um dos lugares mais promissores do estado, no extremo nordeste, com uma extensão territorial de 3.240,177 km². Cifuentes (2013) sugere que a criação do município estaria associada ao interesse pelas terras da região para implantação do Projeto Agrícola Campos Lindos, que teve seu primeiro ato constitutivo cinco anos mais tarde em 1996.

Seu território foi desmembrado de Goiatins (TO) e sua sede instalada no antigo distrito de Cangalha, um antigo ponto de travessia que ligava a região à cidade de Riachão (MA) conhecido anteriormente pelo nome de Porto Cordeiro. O primeiro registro oficial data de 20 de dezembro de 1958, quando foi criado o distrito de Cangalha e anexado ao município de Piacá (Goiatins). Uma lei municipal de 1966 alterou a denominação do distrito de Cangalha para Monte Lindo, permanecendo com essa denominação até sua elevação à categoria de município em 1991, quando passou então a chamar-se Campos Lindos. O município limita-se ao norte pelo rio Manuel Alves Grande com o município de Carolina (MA), a leste por esse mesmo rio com o município de Riachão (MA), ao sul pela Chapada das Mangabeiras com o município de Balsas (MA), e pelo rio Bonito com o município de Recursolândia (TO) e a oeste pelos rios Vermelho e Formiga com Goiatins (TO).

De acordo com dados do IBGE, em 1991 a população local era de 3.276 pessoas, vivendo predominantemente na zona rural, apenas vinte e duas pessoas residiam no antigo povoado escolhido para construção da sede do município. A população aumentou após a fundação do município e no Censo Demográfico de 2000 já eram 5.638 habitantes, sendo 2.209 (39,2%) moradores urbanos e 3.429 (60,8%) rurais. Essa tendência continuou e no Censo Demográfico de 2010 a população total já era de 8.139 habitantes, desses, 4.819 (59,2%) morando na zona urbana e 3.320 (40,8%) na zona rural. Entre 2000 e 2010, a população de Campos Lindos cresceu a uma taxa média anual de 3,74%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 39,18% para 59,21%. Em 2010 viviam, no município, 8.139 pessoas. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Campos Lindos é 0,544, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo. A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,738, seguida de Renda, com índice de 0,578, e de Educação, com índice de 0,377 (Quadro 20).

Quadro 20: Indicadores Demográficos - Campos Lindos (TO)

Ano de criação do município ¹	1989		
Área territorial (km ²) ¹	3 240,156 km ²		
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²	2,51hab/km ²		
Indicadores	2000	2010	2018
População total ¹	5638	8139	
População urbana ¹ n(%)	2209	4819	
População rural ¹ n(%)	3429	3320	
IDHM ¹	0,343	0,544	-
Classificação IDHM ¹	Muito baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	4,08	2,16	-
% de população menor de 15 anos ¹	31,45	25,84	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	3,80	4,48	-

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: Banco de dados ciclo 2, PMAQ-AB.

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

*Dado primário com o município

De acordo com os últimos dados do PIB dos municípios de 2014, Campos Lindos (TO) figura na décima quarta posição entre os municípios mais ricos do estado, com o resultado de 321.029 mil Reais. Quanto ao PIB per capita o município aparece na sétima posição com R\$ 34.867,88. Se levarmos em consideração os dados da produção agropecuária, o município ocupa a segunda posição, com 166.262 mil reais, 51,8% do PIB municipal. Apesar de ser um dos municípios mais ricos da cidade isso não se reflete na população de forma imediata.

Na visita feita ao município pudemos observar que a paisagem da cidade está mais relacionada ao baixo desenvolvimento do que propriamente à riqueza, conforme expressa nos dados do PIB municipal. Existem muitas casas inacabadas, ou seja, possuem alvenaria, mas sem o reboco, indicando que o morador começou e não teve as condições de finalizar adequadamente a edificação. Essas pessoas esperam a próxima oportunidade de fazer economia, acumular certo dinheiro, para concluir a construção da residência. Existem ainda aquelas casas que foram construídas com argila e cobertura de palha de babaçu (chamadas de casas de barro), localizadas nas bordas no perímetro urbano.

Na cidade foram construídas 30 unidades habitacionais do Programa Minha Casa, Minha Vida (MCMV) do governo federal. Essas casas se encontram numa das posições mais afastadas do centro da cidade, onde estão os equipamentos de uso público, como posto de atendimento bancário e unidade básica de saúde.

Ainda sobre a questão habitacional, há algumas poucas casas que já mostram um maior padrão de segregação, com muros altos e cerca elétrica. Estão localizadas próximo

ao centro da cidade e logrando de ruas com asfalto. Algumas famílias advindas do Paraná possuem terrenos (não sabemos se comprado ou doado pelo Estado) que chegam a ocupar todo um quarteirão, onde constroem além da unidade habitacional, espaços de comércio e serviços.

Parte das ruas da cidade não possui asfalto, a poeira, a lama e os processos erosivos fazem parte do cotidiano das pessoas. Segundo a Secretaria de Infraestrutura, Habitação e Serviços Públicos do Estado do Tocantins (s/d), estão sendo investidos em Campos Lindos, com recursos do governo estadual e federal, R\$ 6.181,330,00 em pavimentação das vias. De fato, notamos na cidade uma placa com referência aos investimentos do governo federal e obras em processo de execução, todas próximas ao centro.

A questão ambiental é outro problema na cidade. Há muitos com lixo descartado e acumulado em lugar inadequado. Inclusive observamos máquinas agrícolas, usadas no plantio e colheita da soja, abandonadas no perímetro urbano.

O centro urbano da cidade é pouco definido, com estabelecimentos que geram centralidade em vários locais, como supermercados, loja de materiais para construção, oficinas de moto e carro, um correspondente bancário, cartório, estabelecimentos de máquinas e serviços destinados à produção agrícola. Em parte, esse processo de pulverização da centralidade se explica pelo baixo poder aquisitivo de alguns empreendedores, que abrem o estabelecimento comercial junto à residência, geralmente à frente ou ao lado, mas decorre também em razão da cidade ser pequena, podendo quase qualquer ponto ser capaz de exercer uma atração sobre a clientela, que a rigor, tem poucas opções.

Apesar desse contexto, identificamos uma área que pode ser chamada de centro, com uma aglomeração mais nítida, onde estão as principais lojas de eletrodoméstico, correio, lotérica, supermercado, farmácia, biblioteca municipal, revendedora de moto, lojas de vestuário, loja que vende produtos eletroeletrônicos, consultoria rural, casas de produtos agropecuários, prefeitura, câmara municipal e Unidade Básica de Saúde (UBS). Não obstante, nenhuma porção da cidade apresenta caráter especializado.

Na rua onde localiza-se a Prefeitura e a Câmara Municipal é notório o movimento de pessoas nos horários de início e fim do dia, comprovando como o poder público é o grande empregador da cidade. Outro ponto que gera movimento é a Lotérica, com longas filas, reunindo pessoas do campo e da cidade, que vão retirar o benefício do programa Bolsa Família e que usam esse espaço para realizar movimentações financeiras, que poderiam ser feitos em agências do Banco do Brasil ou Caixa Econômica, caso elas aí existissem.

A renda per capita média de Campos Lindos cresceu 84,58% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 158,54, em 1991, para R\$ 211,95, em 2000, e para R\$ 292,64, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,28%. A taxa média anual de crescimento foi de 3,28%, entre 1991 e 2000, e 3,28%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 72,98%, em 1991, para 62,43%, em 2000, e para 51,98%, em 2010. No Quadro 3 também pode-se observar que houve redução no percentual de população extremamente pobre.

A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,70, em 2000 para 0,67, em 2010. Houve pouca variação e manutenção de alto índice de desigualdade social no município, Acima da média nacional no ano de 2010 (0,56), segundo o PNUD.

Chama atenção as melhorias ocorridas no município no período de 2000 a 2010 quando se observa os indicadores de acesso a saneamento básico e energia elétrica. Exceto em relação ao esgotamento sanitário que ainda é inferior a 10%.

Quadro 21: Indicadores Sociais - Campos Lindos (TO)

Indicadores	2000	2010
Renda familiar per capita mensal* ¹	211,95	292,64
% população extremamente pobre** ¹	43,05	31,11
% de população beneficiária do PBF*** ³	-	54,07
% de beneficiários por plano de saúde ⁴	0,89	1,63
Índice de Gini ¹	0,70	0,67
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais ¹	27,80	20,96
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	50,00	27,21
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	9,22	31,05
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	14,30	46,63
% da população em domicílios com água encanada ¹	13,43	89,53
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário**** ³	-	9,21
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	32,53	79,21
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	0,00	82,56

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 .

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def

INDICADORES DE SAÚDE

Como se pode observar no Quadro 4, os indicadores de saúde do município de Campos Lindos apontam que as principais causas de morte estão relacionadas às causas externas, às doenças do aparelho circulatório e às doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais. A taxa de ICSAB é de 32,2.

Com relação à cobertura vacinal, observa-se que há população descoberta, principalmente em relação a tetravalente. Quanto a realização de pré-natal, observa-se que há gestantes com menos de 7 consultas podendo haver problemas no acompanhamento pré-natal no município. O número de partos domiciliares diminuiu, sugerindo ter havido uma melhora no acesso ao parto hospitalar

Quadro 22: Indicadores sanitários - Campos Lindos (TO)

		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		61,44	69,25	-
Nº de óbitos maternos ³		0	0	0
Mortalidade infantil ³	nº de óbitos neonatal (0 a 27 dias)	1	-	2
	nº de óbitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	2	3	-
	nº de óbitos total em menores de 1 ano	3	3	2
Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	66,6 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	25 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	61,3 (Doenças do aparelho circulatório)
	2ª principal causa de morte	-	20 (Doenças do aparelho circulatório)	19,3 (Causas externas de morbidade e mortalidade)
	3ª principal causa de morte	-	15 (Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais)	-
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		75	4,76	3,12
Nº de óbitos por câncer de colo de útero ³		0	0	0
Nº de nascidos vivos em mães na faixa de etária de 10 a 19 anos		17	50	46
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g		9	30	43

Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%) ^{3***}	-	-	53,33
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ^{3***}	-	51,52	114
Gestantes com nº de consultas de pré natal insuficiente (menos de 7 consultas) ³	63	86	93
Nº de partos domiciliares ³	15	20	3
Nº de casos de sífilis congênita ^{3***}	-	-	2
% ICSAB Tocantins ³	-	-	32,20%

¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

²:<https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

³:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por grupo de causa definidas/ nº total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por causas mal definidas/ nº total de obitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

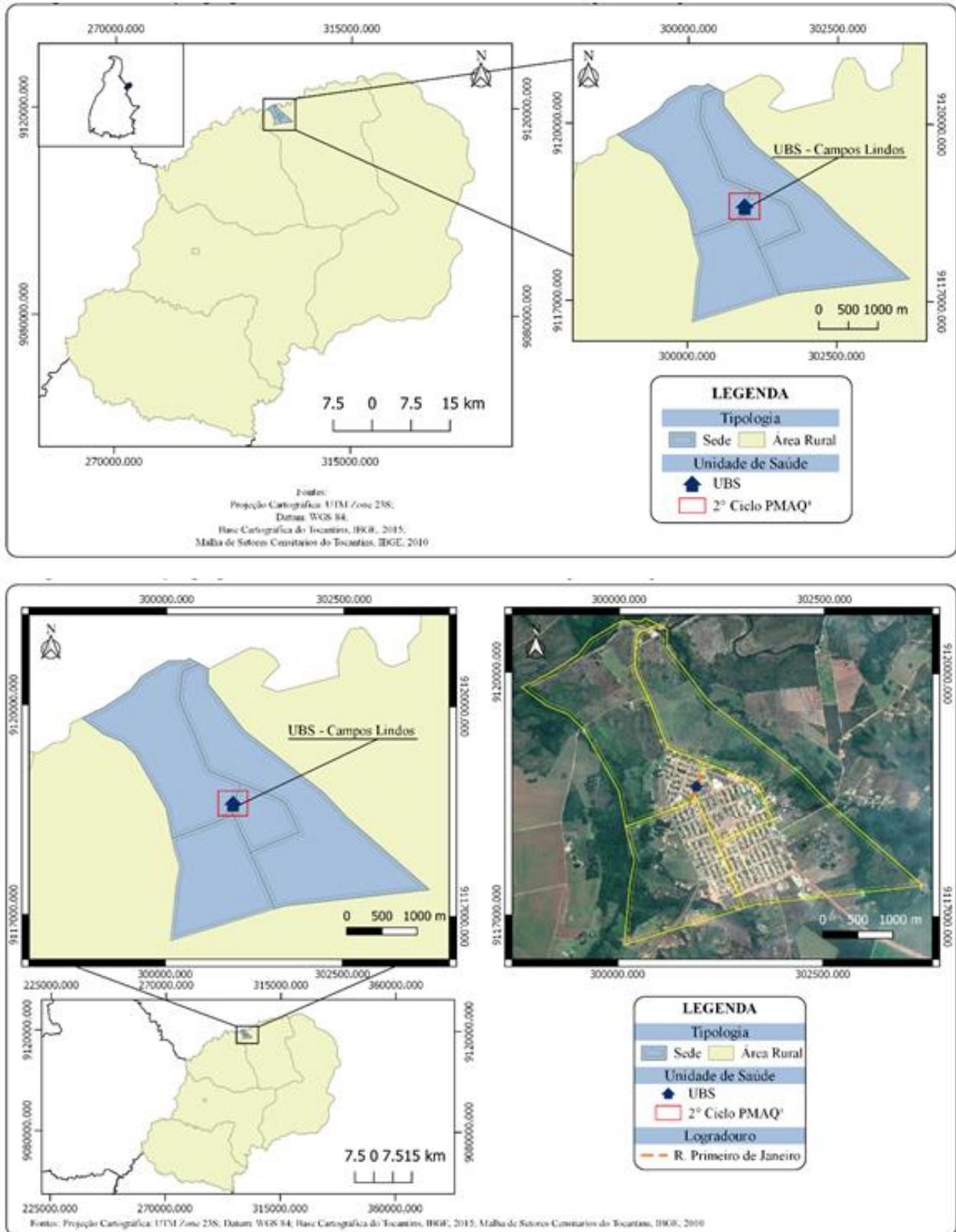
Conforme se observa na Figura 9 e no Quadro 23, o município de Campos Lindos tem uma única Unidade Básica de Saúde (UBS) com Pronto Socorro 24h localizada na sede do município. A UBS, funciona no período das 08 horas às 17 horas com 03 equipes de ESF (sede, mista e rural). Além da UBS, o município dispõe de uma academia da saúde e pronto de socorro que funciona 24 horas com um técnico de enfermagem e um médico sobreaviso, este profissional é o mesmo que atua na ESF responsável pela sede.

São duas equipes atuando no município, uma direcionada para atender só a população que reside fora da sede municipal e outra voltada para atender população residente na sede e fora da sede, a chamada equipe mista. A ESF mista têm uma profissional medica cubana. A ESF rural está incompleta, sem médico, desde o fim do PMM. Durante a visita ao município tivemos a oportunidade de visitar um ponto de apoio para o qual uma equipe SF desloca-se semanalmente de forma a realizar as ações de saúde numa área considerada rural. O deslocamento de carro ocorre em estrada de terra, com duração em torno de 1 hora. São ao todo 23 Agentes Comunitários de Saúde atuando no município, uma equipe NASF. Embora pelo CNES não haja nenhuma equipe SB, tivemos a oportunidade de observar a atuação de 1 odontólogo atuando juntamente com a médica da equipe mista durante a ação na área rural (Quadro 23).

A Região Médio Norte Araguaia apresenta uma densidade demográfica de 6,69 habitantes/ km², sendo sua população de 262.650 habitantes, distribuída em 17 municípios, o que representa 18,99% da população total do Estado (IBGE, 2010).

A referência em Saúde para a Região do Médio Norte Araguaia é o principal Hospital de Referência Estadual de Araguaína (Hospital Regional Araguaína) e Palmas (Hospital Geral de Palmas).

Mapa 11: Distribuição geográfica da Unidade Básicas de Saúde de Campos Lindos - TO



Fonte: Elaboração própria

Quadro 23: Caracterização de equipamentos de saúde do município de Campos Lindos - TO

	TOTAL	CNES	DESCRIÇÃO*
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	1	2486938	Unidade Basica de Saude de Campos Lindos
Polo Academia da Saúde	1	7861869	Academia da Saúde

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp

*Dados que devem ser confirmados no contato com o município.

Quadro 24: Indicadores de Atenção Básica - Campos Lindos (TO)

Indicadores	2010	2018
População	5638	8139
UBS em áreas rurais	0	0
UBS na sede	0	1
nº Eq ESF ³	2	3
nº ACS em ESF ³	23	25
nº Eq EACS ³	N/A	N/A
nº ACS em EACS ³	N/A	N/A
Total ACS ³	23	25
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	N/A	N/A
NASF ³	N/A	1
Cobertura ESF ⁴	85,41%	100%

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: CNES - competências Dez/2010 e Dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 29/03/2019

4: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/reiHistoricoCoberturaAB.xhtml> - Dez/2010 e Dez/2018. Acesso em 29/03/2019

Legenda: ESF=Equipes da Estratégia Saúde da Família; ACS=Agentes comunitários de saúde; EACS=Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; EqSB=Equipes com saúde bucal; NASF=Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica; ESFR=Equipe de estratégia saúde da família ribeirinha; ESFQ=Equipe de saúde da família quilombola/assentamento; EMAD=Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar; CNR=Equipe de consultório na rua;

AVELINO LOPES - PI

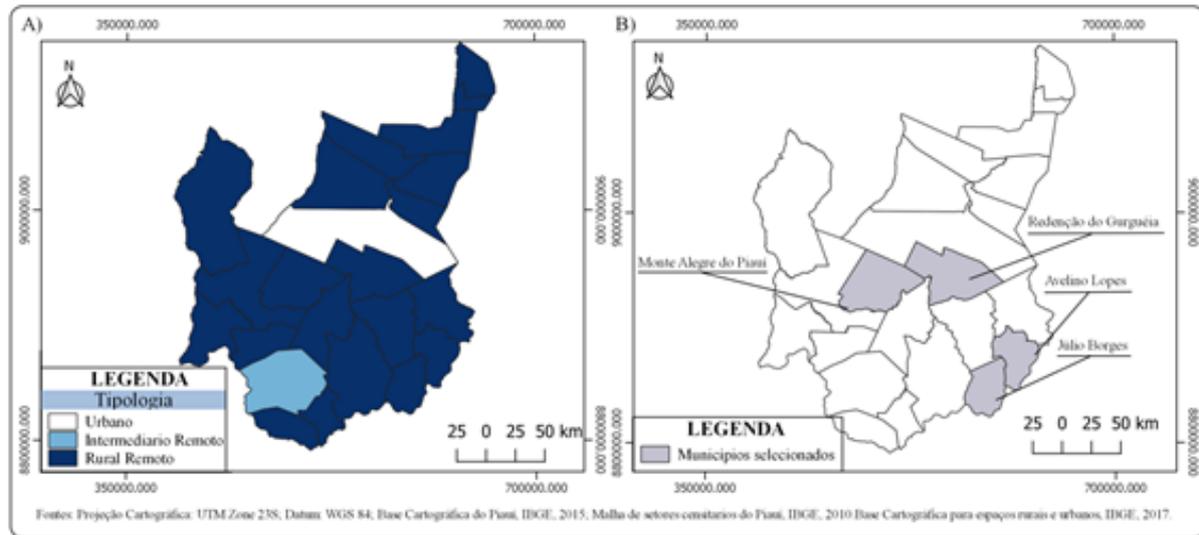
Fotografia 4: Avelino Lopes - PI



O município de Avelino Lopes (PI) foi classificado nesta pesquisa em território definido como MATOPIBA, região que representa a expansão da fronteira agrícola nos estados do Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia. Dentre os municípios da região MATOPIBA, optou-se pela escolha intencional dos municípios com características médias da região de saúde 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). Avelino Lopes se destaca por uma rede de saúde mais diversificada, incluindo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O município de Avelino Lopes, localizado no sul do Piauí, integra a região de saúde da Chapada das Mangabeiras. Dos 23 municípios dessa região, todos constam como rurais remotos pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017), exceto Corrente (intermediário remoto) e Bom Jesus (predominantemente urbano). Bom Jesus é o município polo dessa região (Figura 10 e Quadro 25).

Mapa 12: Municípios da Região de Saúde da Chapada das Mangabeiras (PI), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e seleção na pesquisa



Quadro 25: Municípios da Região de Saúde da Chapada das Mangabeiras (PI), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e seleção na pesquisa

UF	Município ¹	Classificação IBGE ²	
PI	Alvorada do Gurguéia	Rural Remoto	Não
PI	<i>Avelino Lopes</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>
PI	Barreiras do Piauí	Rural Remoto	Não
PI	Bom Jesus (sede CIR)	Urbano	Não
PI	Colônia do Gurguéia	Rural Remoto	Não
PI	Corrente	Intermediário Remoto	Não
PI	Cristalândia do Piauí	Rural Remoto	Não
PI	Cristino Castro	Rural Remoto	Não
PI	Curimatá	Rural Remoto	Não
PI	Currais	Rural Remoto	Não
PI	Eliseu Martins	Rural Remoto	Não
PI	Gilbués	Rural Remoto	Não
PI	<i>Júlio Borges</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>
PI	<i>Monte Alegre do Piauí</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>
PI	Morro Cabeça no Tempo	Rural Remoto	Não
PI	Palmeira do Piauí	Rural Remoto	Não
PI	Parnaguá	Rural Remoto	Não
PI	<i>Redenção do Gurguéia</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>
PI	Riacho Frio	Rural Remoto	Não
PI	Santa Filomena	Rural Remoto	Não
PI	Santa Luz	Rural Remoto	Não
PI	São Gonçalo do Gurguéia	Rural Remoto	Não
PI	Sebastião Barros	Rural Remoto	Não

CIR: Comissão Intergestora Regional

Fonte:

¹Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/07/2019.

²IBGE:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm.

Acesso em 31/07/2019

³Dados da pesquisa

O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo no município de Avelino Lopes foi realizado nos dias 14 a 16 de julho de 2019. No dia 14/07/2019, domingo, os quatro pesquisadores se deslocaram a partir do município de Barreiras, na Bahia e se acomodaram em pousada no município após cerca de cinco horas de viagem. O deslocamento foi realizado por meio de carro alugado no aeroporto, no modelo utilitário esportivo (SUV), sem necessidade de tração nas quatro rodas. O trajeto levou cerca de seis horas de viagem, cruzando pitorescas paisagens do cerrado, na divisa dos estados da Bahia e Piauí. Ao longo de planícies de vegetação retorcida e chapadas com formações singulares, cidades pequenas e com arquitetura típica do nordeste brasileiro se despontavam. Ao contrário do que se esperava, não havia grandes plantações de agronegócio no caminho, percebendo-se uma natureza ainda preservada, com presença de agropecuária familiar. As condições da estrada eram boas, com asfalto, até o município de Corrente (PI), de onde o percurso até Avelino Lopes seguiu predominantemente por estrada de terra, com leito bastante irregular e pedregoso, impondo maiores cuidados na direção.

No dia 15/07/2019, pela manhã, os pesquisadores foram recepcionados pela Coordenadora de Atenção Básica (AB) e, posteriormente, pela Secretária Municipal de Saúde. Realizadas as devidas apresentações, os pesquisadores apresentaram a pesquisa, salientando os objetivos e sanando possíveis dúvidas que ficaram na leitura do material da pesquisa que havia sido enviado previamente por e-mail para os gestores municipais.

Os pesquisadores se dividiram em duplas para entrevistar os gestores municipais: Secretária Municipal de Saúde e Coordenadora da AB. Estas entrevistas tiveram duração de 3 a 4 horas. Ao término das entrevistas, foram acordados alguns encaminhamentos logísticos de transporte, horários de entrevistas e unidades de saúde a serem visitadas.

No período da tarde foi combinada a visita e entrevistas dos profissionais e usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Belo Horizonte, localizada na sede do município e no dia seguinte na UBS Dionizinho, localizada na zona rural. Ambas as equipes foram contatadas previamente e já haviam mobilizado os usuários referentes às condições de saúde traçadoras de trajetória assistencial (hipertensão, câncer de colo de útero e pré-natal/parto/puerpério), com base nos critérios orientados pelos pesquisadores.

Às 14 horas a equipe de campo chegou à UBS Belo Horizonte (sede) e foi apresentada a estrutura da unidade e fluxo de atendimento pela Coordenadora de Atenção Básica e pela enfermeira. Foram entrevistados: médico, enfermeira, agente comunitário de saúde (ACS) e os usuários com os traçadores de trajetória assistencial, exceto pré-natal/parto/puerpério. Ficou definido que seria realizada a entrevista pendente no dia

16/07/2019. Cada pesquisador entrevistou um ou dois participantes, com duração de 1 a 2 horas de entrevista.

Nesta mesma tarde, também foi entrevistado o ACS da UBS Dionizinho (rural), pois precisaria se deslocar até Bom Jesus no dia 16. Vale apontar que o médico da UBS Belo Horizonte não tinha confirmado ainda participação até o período da manhã no dia 15, tendo se disponibilizado após terminada a entrevista com a Secretária Municipal de Saúde.

No dia 16/07/2019 a equipe se deslocou para UBS Dionizinho, localizada em zona rural do município, em van da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), junto com os profissionais que estavam indo trabalhar na unidade e acompanhada das gestoras. O deslocamento foi por estrada de terra em condições razoáveis, com cerca de 20 quilômetros de distância da sede do município e tempo de percurso de uma hora aproximadamente. Por volta de 9h00 a equipe de pesquisadores foi conduzida pela enfermeira e pela Coordenadora de AB para conhecer a estrutura da UBS.

Às 09h30min foram iniciadas as entrevistas, com os pesquisadores se dividindo para realiza-las. Todos os sujeitos da pesquisa estavam presentes. Conforme foram se encerrando as entrevistas e dada a oportunidade e disponibilidade do ACS, foi gravado vídeo pílula sobre particularidades da atenção e da população da zona rural, destacando as melhorias de abastecimento de água com o sistema de cisternas na região.

A equipe, juntamente com profissionais da UBS e com as gestoras, almoçaram em casa de morador local, por oferta da Secretária Municipal de Saúde. Após o almoço, a equipe de campo retornou à sede do município. No período da tarde, a Coordenadora de AB apresentou as demais unidades de saúde da sede do município, a saber: UBS Avelino Lopes, Centro de Saúde Avelino Lopes, Unidade Mista e Centro de Atenção Psicossocial. Em cada unidade, pelo menos um profissional relatou qual era a composição da equipe e os fluxos para as ações de saúde.

Por fim, novamente na UBS Belo Horizonte, às 17h00 foi entrevistada a usuária com condição traçadora de parto/pré-natal/puerpério, que não pôde participar da pesquisa no dia anterior. A duração da entrevista foi de cerca de duas horas. Enquanto isso, a Coordenadora de AB se dispôs a participar de um vídeo pílula, explorando os desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios rurais remotos do sul do Piauí.

A saída do município de Avelino Lopes ocorreu no dia 17/07/2019, em direção a Júlio Borges, para novo trabalho de campo. Destaca-se que nos dias 14, 15 e 16, também foram utilizados os períodos noturnos, para realização das sínteses das entrevistas, conferência do material digitalizado das entrevistas no tablet, organização para o dia seguinte e discussão de observações sobre o campo de pesquisa.

No município de Avelino Lopes (PI), foram visitadas duas UBS (Belo Horizonte e Dionizinho) para a realização de um total de 14 entrevistas (com a Secretária Municipal de Saúde, Coordenadora de Atenção Básica, médicos e enfermeiras das UBS, um ACS de cada UBS e três usuários de cada UBS, cada um com uma das seguintes condições: hipertensão arterial, rastreamento de câncer de colo de útero e pré-natal realizado no último ano). Ressalta-se que não foram localizadas mulheres com lesões precursoras de câncer de colo de útero para traçar trajetória assistencial neste campo de pesquisa. Deste modo, as entrevistas versaram apenas sobre o aspecto do acompanhamento rotineiro para o rastreamento da condição.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O município de Avelino Lopes, situado no sul do Piauí, fundado em 1961, tem sua população (11.503 pessoas) dividida entre 60,7% na sede do município e 39,3% nos distritos rurais (IBGE, 2010). Mantendo população relativamente estável, observa-se uma tendência de concentração sobre a área urbana (sede). Apesar de possuir um índice de desenvolvimento humano baixo, verifica-se importante melhora na primeira década dos anos 2000 e uma aproximação da pirâmide etária ao quadro mais geral da população brasileira, com significativa diminuição de percentagem de crianças e aumento de idosos (Quadro 26).

Quadro 26: Indicadores demográficos - Município Avelino Lopes (PI), 2019

Ano de criação do município ¹	1961		
Área territorial (km ²) ¹	1.305.522 km ²		
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²	8,47 hab./km ²		
Populações tradicionais predominantes ^{3*}	comunidades de assentamento de reforma agrária*		
Indicadores	2000	2010	2018
População total ¹	10.742	11.067	11.503
População urbana ¹ n (%)	5.118 (47,6%)	6.714 (60,7%)	-
População rural ¹ n (%)	5.624 (52,4%)	4.353 (39,3%)	-
IDHM ¹	0,367	0,554	-
Classificação IDHM ¹	Muito baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	2,09	1,61	-
% de população menor de 15 anos ¹	34,84	29,10	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	5,82	8,20	-

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: Banco de dados ciclo 2, PMAQ-AB.

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

*Dado primário da visita ao município

Na observação em campo, os moradores e profissionais se referiam ao município como sendo no “fim do Piauí”. Grande parte dos moradores parece obter sua renda por meio de participação nos serviços públicos do município ou de benefícios sociais, em

especial aposentadorias e PBF. A população rural é de pequenos agricultores, em geral agricultura de subsistência, com maior importância para o cultivo de milho e feijão e pequenos rebanhos de gado para corte, caprinos e galinhas.

Não foram relatadas comunidades tradicionais. Foi apenas mencionado que a equipe da UBS São João atende dois assentamentos de reforma agrária, com vinte casas cada uma.

Há êxodo rural dos mais jovens, migrando principalmente para São Paulo, em decorrência da falta de estrutura e de oportunidades de renda em Avelino Lopes. Quanto ao sistema de abastecimento de água, a sede é abastecida por uma barragem construída em 1985, contando com canalização para os domicílios. Contudo, o tratamento da água para o consumo não é realizado em todas as etapas - considera-se a água salobra. Os moradores relatam que compram água mineral para consumo próprio (beber e cozinhar), utilizando água encanada somente para limpeza. Registrou-se, em 2013, um período de seca da barragem de abastecimento, o que levou à construção pela prefeitura de poços artesianos na sede. Em períodos de seca, também ocorre distribuição de água para população por meio de carros-pipa.

Na área rural a água provém de duas fontes: cisternas e poços artesianos. Foram construídos poços artesianos por meio de financiamento de programas federais, mas a maioria da população rural capta água da chuva para beber, pois a água dos poços é salobra, com alta quantidade de calcário e sódio. O armazenamento da água da chuva em cisternas do programa “Um milhão de cisternas” abastece as famílias por meses. Quando há período de seca intensa, parte da população migra para sede, pois muitas famílias dispõem de casas com infraestrutura mínima para enfrentamento da seca.

A coleta de lixo é realizada três vezes por semana na zona urbana do município. O destino do lixo é em um “lixão”. Já na zona rural não há sistema de coleta de lixo: as pessoas queimam o lixo. Não há canalização nem se realiza o tratamento de esgoto. O sistema de esgotamento é por fossa séptica na maioria das casas. Na área rural, grande parte da população não dispõe de banheiro, chamando a atenção relatos de que ainda é comum nesta população a defecação a céu aberto.

Os indicadores sociais apresentados no Quadro 4, ainda que longe de um padrão elevado de desenvolvimento, mostram uma evolução positiva entre os censos de 2000 e 2010 sobre a renda, educação, acesso à água encanada e coleta de lixo. Contudo, permanece uma situação de intensa vulnerabilidade social, com 32% da população em extrema pobreza, aproximadamente 70% de população beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF), além de baixíssimo percentual de população com acesso a saneamento básico.

Quadro 27: Indicadores Sociais - Avelino Lopes (PI), 2000, 2010 e 2014

Indicadores	2000	2010	2014
Renda familiar per capita mensal* ¹	104,55	218,97	-
% população extremamente pobre** ¹	51,90	32,35	-
% de população beneficiária do PBF*** ³	-	-	69,85
Índice de Gini ¹	0,54	0,56	-
Taxa de analfabetismo (em maiores de 15 anos) ¹	29,96	23,12	-
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	36,56	29,69	-
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	9,48	33,50	-
% da população em domicílios com água encanada ¹	32,79	70,09	-
% de população em domicílios com acesso a esgotamento sanitário**** ³	-	1,34	-
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	45,77	69,16	-
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	15,66	88,67	-

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 .

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 24/03/2019

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>. Acesso em 24/03/2019

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014. Acesso em 31/03/2019.

INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores sanitários do município de Avelino Lopes demonstram que, entre os anos de 2000 a 2010, ocorreu redução no número de óbitos infantil, contudo, manteve-se o valor total de quatro mortes em menores de um ano de idade em 2016. Também houve registro de um óbito materno nos anos 2000 e 2010 (Quadro 28). Dados de entrevistas com profissionais e gestores reportam pelo menos dois óbitos neonatais no ano de 2018. A relevância dos óbitos neonatais indica que há dificuldades para o pré-natal e parto no município.

Não obstante, os indicadores apontam esforços na oferta de cuidados de pré-natal, ainda que os últimos resultados alcançados possam ser melhorados - o número de nascidos vivos de mulheres adolescentes, de recém nascidos com baixo peso e de gestantes com quantidade insuficiente de consultas pré-natais têm reduzido progressivamente entre 2000 e 2016. Destaca-se que não houve registros de casos de sífilis congênita nos anos analisados em Avelino Lopes (Quadro 28).

No período 2010 a 2015, os casos de gravidez na adolescência variaram de 377 em 2010 a 194 em 2015 (Figura 3). Embora seja observado possíveis avanços no

planejamento familiar, com a redução de casos de gravidez na adolescência, dados coletados em campo denotam falhas na assistência pré-natal. Os relatos de entrevistados indicaram dificuldades no acesso aos serviços especializados e centralização de procedimentos diagnósticos no município (a exemplo de realização do teste rápido para detecção de HIV, sífilis e hepatites). O pré-natal de alto risco somente é realizado na capital do Estado, em Teresina, distante mais de 800 quilômetros de Avelino Lopes.

Com relação às principais causas de morte proporcional, no ano de 2016, segundo dados do Datasus, estão as doenças do aparelho circulatório (34%), as causas externas de morbidade e mortalidade (12%) e as neoplasias (8%), seguindo padrão comum ao perfil geral de mortalidade da população brasileira. O aumento expressivo na mortalidade por causas mal definidas entre 2000 (6,7%) e 2016 (13,8%) pode revelar situação de desassistência médica no município. Os indicadores revelam que não houve casos de mortes por câncer de colo de útero no município em 2000, 2010 e 2016 (Quadro 28).

A cobertura vacinal no município é baixa, observando-se ausência de dados da cobertura vacinal de três doses de Tríplex viral (sarampo, rubéola, caxumba), no período 2010- 2016. Por outro lado, registra-se ampliação na cobertura de pentavalente em 2016 (Quadro 28).

Quadro 28: Indicadores sanitários - Avelino Lopes (PI), 2000, 2010 e 2016

Indicadores		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		61,59	68,3	N/D
Nº de óbitos maternos ³		1	1	N/D
Mortalidade infantil ³	nº de óbitos neonatal (0 a 27 dias)	4	3	3
	nº de óbitos pós-neonatal (28 dias até 1 ano)	2	1	1
	nº de óbitos total em menores de 1 ano	6	4	4
Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	Doenças do aparelho circulatório (46,4 %)	Doenças do aparelho circulatório (47,4%)	Doenças do aparelho circulatório (34,0%)
	2ª principal causa de morte	Doenças do aparelho respiratório (17,8%)	Neoplasias (13,2%)	Causas externas (12,0%)
	3ª principal causa de morte	Causas externas (7,1%)	Causas externas (8,0%)	Neoplasias (8,0%)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		6,7%	N/D	13,8%
Nº de óbitos por câncer de colo de útero ³		0	0	0
Nº de nascidos vivos em mães com 10 a 19 anos de idade		76	68	47

Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g	12	4	4
Cobertura vacinal de três doses de pentavalente (%) ^{3***}	N/D	50	109,41
Gestantes com menos de 7 consultas de pré-natal ³	206	150	97
Nº de partos domiciliares ³	2	N/D	N/D
Nº de casos de sífilis congênita ^{3***}	0	0	0
% ICSAB Piauí ³	N/D	N/D	41,58

¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

²:<https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

³:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por grupo de causa definidas/ nº total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por causas mal definidas/ nº total de obitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018

Dentre questões de saúde, foi relatada pelos profissionais elevada ocorrência de hipertensão arterial na população do município, como esperado, em encontro com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, que registra ainda elevado acompanhamento de usuários com hipertensão arterial (Quadro 29).

Quadro 29: Número de Hipertensos Cadastrados e acompanhados pelas equipes de Saúde da Família - Avelino Lopes (PI), 2010 a 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hipertensos Cadastrados	11633	12762	13575	14900	15475	15227
Hipertensos Acompanhados	11608	12637	13551	14900	15475	15201
Percentual de Acompanhamento	99,79	99,02	99,82	100,00	100,00	99,83

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

Também se destaca pelas entrevistas a necessidade de promover ações de educação em saúde que fortaleçam a adoção de hábitos saudáveis para prevenção de complicações associadas à hipertensão arterial. As observações e relatos de profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família sinalizaram a falta de medicamentos anti-hipertensivos e uma limitada oferta de ações de acompanhamento de fatores de risco e complicações associadas ao problema de saúde.

Além disso, a condição socioeconômica e os hábitos alimentares regionais, caracterizados pelo consumo de alimentos ricos em sódio, são entraves para o controle da hipertensão arterial, observados no campo da pesquisa e relatados por profissionais de saúde.

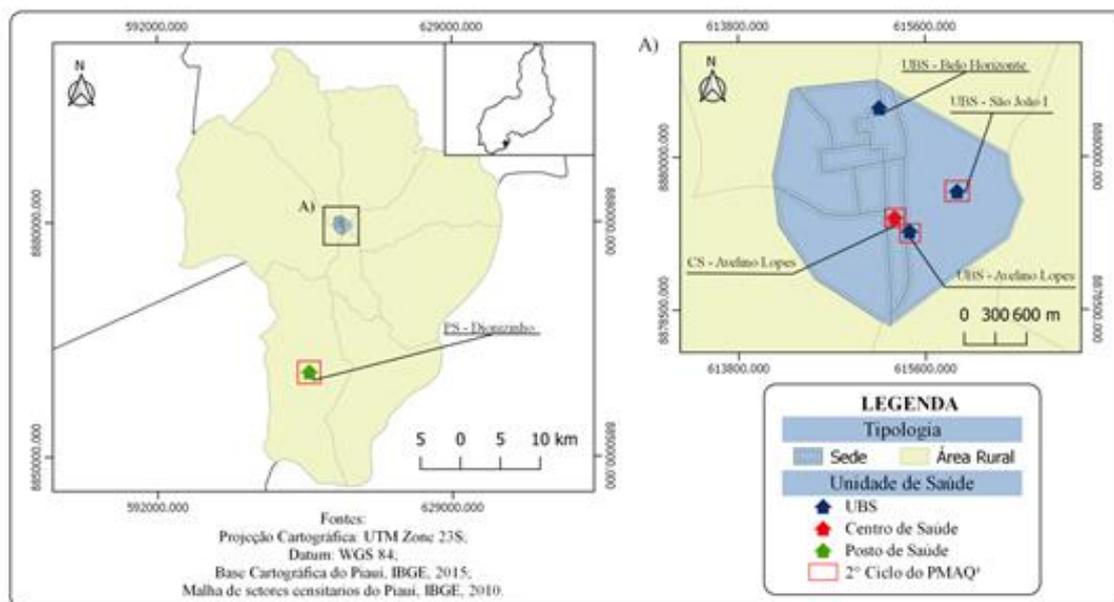
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Dados da Pesquisa Regiões e Redes (2014) mostram que a percentagem de recursos próprios do município em saúde é de apenas 20,8%, com baixa despesa por

habitante de recursos próprios municipais (R\$161,03)³. Grande parte do investimento em saúde do município depende de transferência fundo a fundo do Piso de Atenção Básica, representando acréscimo de aproximadamente R\$360,00/habitante em 2017⁴. O baixo investimento público reflete em necessidades da população em recorrer ao pagamento privado. Neste sentido, os beneficiários de planos de saúde subiram entre 2010 e 2018, de 30% para 60% da população⁵.

São cinco as unidades básicas de saúde do município, três delas na sede (Centro de Saúde Avelino Lopes, UBS São João e UBS Belo Horizonte) e duas na área rural (UBS Dionizinho e UBS Bonfim) (Figura 11; Quadro 30). A UBS São João, apesar de ser localizada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em área rural, situa-se dentro dos limites da sede urbana. Constam no CNES seis equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), inclusive com saúde bucal, no entanto, na observação do campo haviam apenas três equipes completas (Quadro 30).

Mapa 13: Localização geográfica das Unidades Básicas de Saúde de Avelino Lopes (PI), 2019



As UBS urbanas apresentam estrutura física razoável, com espaço físico amplo, climatização e acesso à internet. Todavia, apenas uma das unidades em todo o município (Centro de Saúde Avelino Lopes) realiza imunização e dispensa medicamentos, porém o abastecimento é irregular e insuficiente. A dispensação de medicamentos ocorre preponderantemente em farmácia privada com o Programa de Farmácia Popular, todavia

³ Banco de indicadores da Pesquisa Regiões e Redes. Disponível em <<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/03/2019.

⁴ Somando-se os componentes fixo e variável do Piso de Atenção Básico transferidos ao município de Avelino Lopes, houve aumento de quase quatro vezes entre 2000 (valor líquido de R\$1.078.362,00) e 2017 (valor líquido de R\$4.122.299,59), de acordo com SAGE/SUS, disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em 28/03/2019.

⁵ Dados da ANS, disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def>. Acesso em 28/03/2019.

com descontinuidades da oferta gratuita. O teste do pezinho é coletado apenas na UBS São João, em um turno semanal, por técnica de enfermagem especialmente capacitada. Os exames de análises clínicas são coletados e processados em uma pequena clínica privada contratada. Nesta mesma clínica, há convênio do município com ginecologista/obstetra para realização de ultrassonografias para gestantes e consultas e procedimentos ginecológicos incluindo colposcopia.

Uma característica local das UBS urbanas é a responsabilização das suas equipes por determinados territórios rurais, em um modelo de UBS urbano-rurais. Deste modo, o território das equipes de ESF não é bem definido dentro do município. É difícil o entendimento das responsabilidades das equipes nos territórios, pois as equipes de ESF são estabelecidas nas UBS urbanas, apesar de alguns profissionais serem cadastrados como pertencentes ao quadro de UBS rurais. Essas equipes atendem às populações de áreas urbanas e rurais, prescindindo do cadastro na UBS.

Cada UBS possui um território geográfico estipulado (embora não houvesse mapas), contudo, como há fluidez dos profissionais para o atendimento em unidades diferentes, observa-se, na prática, uma confluência dos territórios no município. Enfermeiros e dentistas trabalham por apenas quinze dias ao mês e atuam em uma das três UBS da sede, a partir de onde rodíziam atendimentos em localidades rurais - seja nas duas UBS rurais, seja em locais da comunidade - segundo cronograma mensal estipulado pela SMS. Médicos, devido a sua escassez, dividem sua carga horária semanal entre as UBS da sede e também participam de alguns dos atendimentos em comunidades rurais junto com os demais profissionais.

As UBS da área rural não têm atendimento médico e de enfermagem cotidiano. Funcionam diariamente, em horário integral, com recepcionista e técnico de enfermagem, que atende a população local em um escopo de ações limitado às capacidades do profissional, como curativos e medidas de pressão arterial. Quanto à estrutura, estas UBS contam com consultórios e insumos básicos somente. As duas unidades rurais dispõem de uma ambulância para transporte de pacientes em casos de urgências. Os profissionais fixos dessas UBS - diferente de médicos, enfermeiros e dentistas - residem na localidade.

A cobertura da ESF abrange todo o município, de acordo com a gestão e os profissionais de saúde. Contudo, em áreas rurais a população é dispersa, tornando difícil o acompanhamento das famílias.

O município conta com apenas três médicos para APS, todos vinculados ao Programa Mais Médicos (PMM). Dois deles são formados há um ou dois anos em instituições da Bolívia, ainda não possuem diploma validado (intercambistas) e não tiveram experiência prévia no exercício da medicina. O outro médico tem graduação em Cuba há

mais de 10 anos, possui registro no Conselho Regional de Medicina e é cirurgião proctologista, com formação em instituições reconhecidas do estado de São Paulo. Vale dizer também que é filho do prefeito e da Secretária Municipal de Saúde. Este médico trabalha também na unidade mista, onde atende urgências, realiza partos vaginais e cesáreos e procede cirurgias, sendo referência para a população em casos de situações mais graves.

Nota-se que o PMM é fundamental para o provimento de médicos no município. No período em que Cuba se retirou do PMM, em novembro de 2018, até a chegada dos médicos atuais (abril de 2019), não houve atendimento médico à população nas UBS por cinco meses. A gestão municipal refere que não consegue atrair e fixar médicos por iniciativa própria, mesmo oferecendo salário de 18.000 reais, acima do padrão de cidades de maior porte no estado.

Integram também as equipes de AB profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico e médico veterinário - responsável pela vigilância sanitária do município). Suas ações são por meio de atendimentos individuais do psicólogo e nutricionista em uma das UBS, a partir de encaminhamentos dos profissionais da ESF, com diálogos pontuais, distantes de uma proposta de matriciamento.

O município conta ainda com uma unidade mista, que funciona por 24 horas, com características de um pequeno hospital. A população busca esta unidade para problemas agudos, por demanda espontânea. É um estabelecimento do governo estadual, apesar de ser gerido pelo município. O prédio é antigo, sem reformas há pelo menos dez anos, com equipamentos defasados, mobiliário e estrutura em mau estado de conservação, além de higiene inadequada para as salas de parto e cirurgia. Possui apenas 18 leitos, a maioria desocupados. Vale lembrar que o único médico desta unidade é o mesmo que está alocado em uma das UBS, provido pelo PMM, com registro no conselho de classe. O atendimento inicial é feito pela enfermagem e o médico, quando está em horário de atendimento na ESF, é acionado para avaliar casos urgentes. A caracterização dos equipamentos de saúde do município é listada no Quadro 30, enquanto o Quadro 8 sumariza números de UBS, além de equipes, profissionais e cobertura da ESF no município em dezembro de 2010 e dezembro de 2018.

Quadro 30: Caracterização dos equipamentos de saúde - Avelino Lopes (PI), 2019

Tipo	Total	CNES	Descrição	Área	Observações
Posto de Saúde	2	2490455	Centro de Saúde Avelino Lopes	Urbana	-
		9003010	Unidade Básica Belo Horizonte	Urbana	-

Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	4	5294649	Posto de Saúde Bonfim	Rural	-
		2669137	Posto de Saúde Dionizinho	Rural	-
		5634040	Unidade Básica de Saúde de Avelino Lopes	Urbana	-
		6877702	Unidade Básica de Saúde São João	Urbana	-
Polo da Academia da Saúde	1	9758682	Academia da Saúde Belo Horizonte	Urbana	Anexa à UBS Belo Horizonte
Unidade Mista	1	2551918	Unidade Mista de Saúde Avelino Lopes	Urbana	Instituição estadual, cedida para gestão municipal
Centro de Atenção Psicossocial	1	7536119	CAPS Avelino Lopes	Urbana	Instituição estadual, cedida para gestão municipal, em acordo com consórcio de municípios
Unidade de Apoio a Diagnose e Terapia	1	7510667	Laboratório de prótese dentária de Avelino Lopes	Urbana	Instituição estadual, cedida para gestão municipal, inserida no Centro de Saúde Avelino Lopes
Central de gestão em saúde	1	6585280	SMS de Avelino Lopes	Urbano	-

As UBS funcionam de segunda a sexta, entre 7h e 12h e 14h e 18h. Vale ressaltar que somente há atendimento médico, de enfermagem e odontológico nas UBS da área rural conforme um cronograma de visitas a diversas localidades, não sendo clara a regularidade do atendimento por estes profissionais nas UBS rurais.

JULIO BORGES - PI

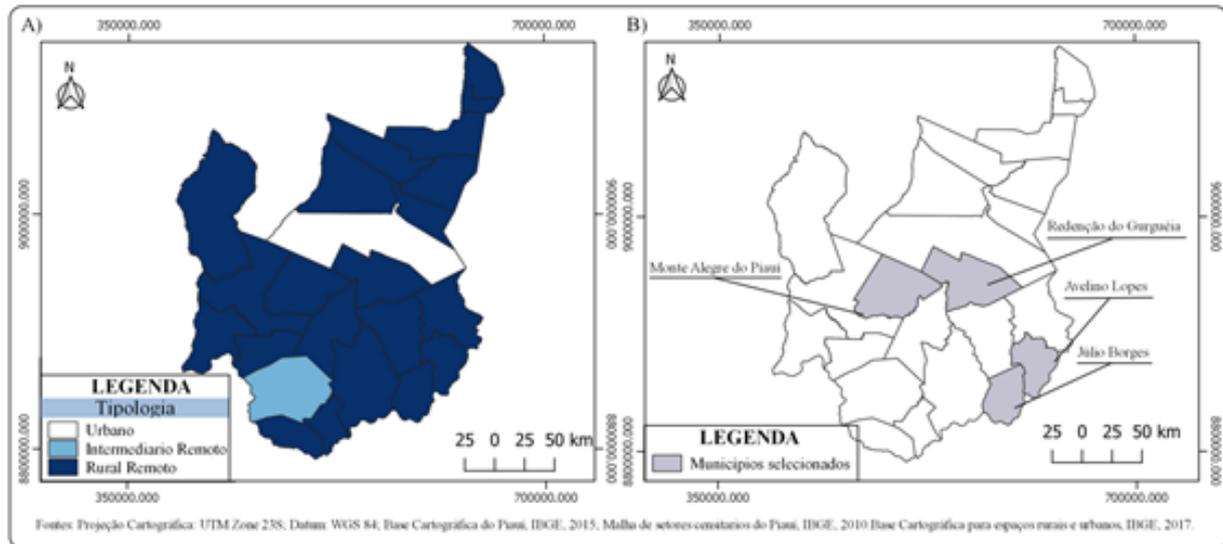
Fotografia 5: Júlio Borges - PI



O município de Júlio Borges (PI) foi classificado nesta pesquisa em território definido como MATOPIBA, região que representa a expansão da fronteira agrícola nos estados do Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia. Dentre os municípios da região MATOPIBA, optou-se pela escolha intencional dos municípios com características médias da região de saúde 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). Júlio Borges está presente na amostra da pesquisa dadas suas características socioeconômicas que são de certa forma representativas do espaço regional no qual se inscreve. Características e dinâmicas territoriais capazes de singularizar subespaços nacionais são levadas em conta na amostragem de municípios da pesquisa, situando Júlio Borges como inscrito no território identificado como MATOPIBA.

Na Região de Saúde que está localizado Júlio Borges, a região da Chapada das Mangabeiras, cuja sede CIR é o município de Bom Jesus, verifica-se que a quase totalidade dos seus municípios estão classificados pelo IBGE como municípios “rurais remotos”, tendo inclusive outros municípios selecionados também para compor a amostra da pesquisa. Ambos os municípios desta região foram classificados previamente como integrantes da região do MATOPIBA (Figura 12 e Quadro 31).

Mapa 14: Municípios da Região de Saúde da Chapada das Mangabeiras (PI), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e seleção na pesquisa



Quadro 31: Municípios da Região de Saúde da Chapada das Mangabeiras (PI), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)

UF	Município ¹	Classificação IBGE ²	Seleção Amostra ³	Classificação do território na pesquisa ³
PI	Alvorada do Gurguéia	Rural Remoto	Não	-
PI	<i>Avelino Lopes</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>	<i>Matopiba</i>
PI	Barreiras do Piauí	Rural Remoto	Não	-
PI	Colônia do Gurguéia	Rural Remoto	Não	-
PI	Corrente	Intermediário Remoto	Não	-
PI	Cristalândia do Piauí	Rural Remoto	Não	-
PI	Cristino Castro	Rural Remoto	Não	-
PI	Curimatá	Rural Remoto	Não	-
PI	Currais	Rural Remoto	Não	-
PI	Eliseu Martins	Rural Remoto	Não	-
PI	Gilbués	Rural Remoto	Não	-
PI	<i>Júlio Borges</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>	<i>Matopiba</i>
PI	Monte Alegre do Piauí	Rural Remoto	Sim	Matopiba
PI	Morro Cabeça no Tempo	Rural Remoto	Não	-
PI	Palmeira do Piauí	Rural Remoto	Não	-
PI	Parnaguá	Rural Remoto	Não	-
PI	<i>Redenção do Gurguéia</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>	<i>Matopiba</i>
PI	Riacho Frio	Rural Remoto	Não	-
PI	Santa Filomena	Rural Remoto	Não	-
PI	Santa Luz	Rural Remoto	Não	-
PI	São Gonçalo do Gurguéia	Rural Remoto	Não	-
PI	Sebastião Barros	Rural Remoto	Não	-

Fonte:

¹Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/07/2019.

²IBGE:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm.

Acesso em 31/07/2019

³Dados da pesquisa

O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo no município de Júlio Borges foi realizado entre os dias 17 e 19 de julho de 2019. No dia 17 (quarta-feira), os quatro pesquisadores responsáveis pelas entrevistas no município, após visita ao município de Avelino Lopes (PI), se deslocaram ao seu município vizinho, o que representou um deslocamento de 2h.

No mesmo dia, pela manhã, os pesquisadores foram recepcionados pelo Coordenador de Atenção Básica (AB) e pelo Secretário Municipal de Saúde. Realizadas as devidas apresentações, os pesquisadores apresentaram a pesquisa, salientando os objetivos e sanando possíveis dúvidas que ficaram na leitura do material da pesquisa que havia sido enviado previamente por e-mail para os gestores municipais. Realizadas por duplas de pesquisadores, as entrevistas dos gestores municipais - Secretário Municipal de Saúde e Coordenador da AB- tiveram duração de 3 a 4 horas.

Já na parte da tarde a enfermeira da UBS sede apresentou a estrutura da unidade e o fluxo de atendimento. A seguir foram organizadas e realizadas as entrevistas dos profissionais de saúde e dos usuários daquela unidade referentes às condições de saúde traçadoras de trajetória assistencial (hipertensão, câncer de colo de útero e pré-natal/parto/puerpério). Entre os profissionais, foram entrevistados: médico, enfermeira e agente comunitário de saúde (ACS). As entrevistas, tal como avaliadas também no município visitado nos dias anteriores, duraram entre 1 e 3h. Ao término das entrevistas, foram acordados alguns encaminhamentos logísticos de transporte, horários de entrevistas e unidades de saúde a serem visitadas no dia seguinte na área rural.

Durante a manhã do dia 18 (quinta-feira), a equipe visitou três estabelecimentos rurais: USF de Santo Antônio, USF de São Miguel e PS de Veredão. Os pesquisadores se dividiram em duplas entre as UBSs rurais para a realização das entrevistas já que eram bastante distantes entre si, exceção feita às UBS dos povoados de Santo Antônio e Veredão, que, embora distantes da sede, são relativamente próximas entre si.

Na USF de São Miguel foram realizadas as entrevistas com os usuários moradores de áreas rurais e na USF de Santo Antônio foi realizada a entrevista com um agente comunitário que trabalha na área rural. O enfermeiro responsável pela USF de Santo Antônio acumulava a função de coordenador de atenção básica e acabara de ser entrevistado. Nesse mesmo dia se pretendia entrevistar o médico desta mesma unidade rural, contudo isto se mostrou impossível, pois como esta unidade rural não funciona todos os dias, a demanda por atendimentos se apresentou muito grande. Sendo assim, a

entrevista com o médico desta unidade foi realizado no dia seguinte, 19 (sexta-feira), na UBS da sede.

À noite cada um da equipe expôs as impressões em relação ao que vivenciou nas visitas às UBSs e durante as entrevistas e aproveitou-se para revisar os questionários e digitar algumas das sínteses nos tablets.

A realização da entrevista na manhã da sexta-feira com o médico da USF de Santo Antônio, marcou o fim dos trabalhos no município, após a qual os pesquisadores deram início à viagem de volta para o município de Barreiras (BA), de onde partiriam de volta ao Rio de Janeiro (RJ). O percurso entre Júlio Borges e Barreiras foi em grande parte por estradas de terra e durou cerca de 5 horas e meia.

Ao final do trabalho somaram-se 13 entrevistas realizadas conforme detalhadas no Quadro 2. Aponta-se novamente que o coordenador de atenção básica acumulava a função de enfermeiro da USF de Santo Antônio, e estavam disponíveis para entrevista, em atividade, apenas ele e a enfermeira da sede. É relevante mencionar que a usuária selecionada pela UBS da sede para a entrevista sobre a trajetória assistencial para o cuidado ao pré-natal, parto e puerpério ficou de certa maneira prejudicada, pois a usuária selecionada para entrevista sofreu complicações na gestação e perdeu a criança durante o parto, o que gerou grande constrangimento durante a entrevista. Várias questões, portanto ligados principalmente ao puerpério não se aplicaram ao seu caso.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O município de Júlio Borges, localizado ao sul do estado do Piauí, limita o território Piauiense em relação à porção noroeste do estado da Bahia. Inscreve-se, conforme classificações do IBGE, na microrregião geográfica das Chapadas do Extremo Sul Piauiense e na região imediata de articulação urbana da cidade de Correntes, apontando subordinação da população municipal à essa cidade em relação à oferta de produtos e serviços urbanos com grau de complexidade maior.

Integra ainda, como já foi apontado no quadro 1, a região de saúde da Chapada das Mangabeiras, na qual, dos 23 municípios da região, os únicos que não se caracterizam como município rural remoto pelo IBGE (2017) são Corrente (intermediário remoto) e Bom Jesus (predominantemente urbano), sendo Bom Jesus o município polo em relação à rede regional de assistência à saúde.

Embora inserido formalmente no território do MATOPIBA, onde o bioma predominante é o Cerrado, como município limítrofe, Júlio Borges apresenta uma caracterização morfoclimática de transição entre o domínio da Caatinga e do Cerrado, com nítida presença de caatinga arbórea e arbustiva entremeada por presença de campos

cerrado e cerradões. Sua inserção periférica neste espaço pode colocar o município em desvantagem comparativa, em termos de regime climático e de composição pedológica, como lugar privilegiado da grande produção agrícola característica marcante desse território.

Fundado em 1994, Júlio Borges é um município com uma população pequena que abriga, conforme dados de 2010 (IBGE), 5.373 habitantes. Com a maior parte da população vivendo na área rural, o município apresenta um grau de urbanização ainda baixo (30,1%), com sua população dividida entre a sede do município, com 1.618 pessoas, e sua área rural, com 3.755 pessoas (Quadro 32).

O município apresentou quase nenhum incremento populacional entre 2000 e 2010, indicando um pequeno aumento apenas no grau de urbanização. Nota-se, contudo uma evolução considerável no indicador de desenvolvimento humano entre os dois períodos censitários levando o município a não mais ser classificado com IDH “muito baixo”, mesmo que se mantenha ainda como “baixo”. Embora note-se uma tendência de envelhecimento da sua população com aumento do percentual de população de 65 anos ou mais, ainda apresenta um percentual elevado de população abaixo de 15 anos.

Quadro 32: Indicadores demográficos - Município Júlio Borges (PI), 2019

Ano de criação do município ¹	1994		
Área territorial (km ²) ¹	1 290,413 km ²		
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²	4,17 hab/km ²		
Populações tradicionais predominantes ^{3*}	Pescadores*, agricultores de subsistência*, trabalhadores em fazenda de agropecuária*		
Indicadores	2000	2010	2018
População total	5259	5373	5.534
População urbana ¹ n (%)	936	1.618	
População rural ¹ n (%)	4.323	3.755	
IDHM ¹	0,382	0,582	-
Classificação IDHM ¹	Muito Baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	2,21	1,45	-
% de população menor de 15 anos ¹	38,13	30,32	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	5,76	8,13	-

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: Banco de dados ciclo 2, PMAQ-AB. http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

*Dado primário da visita ao município

Verificou-se a partir das entrevistas e observações feitas durante o trabalho no município que sua população rural é formada majoritariamente por pequenos agricultores familiares de subsistência com rendimento predominantemente oriundo de programas de

transferência de renda (bolsa família, e aposentadoria rural). É importante apontar que 65% da população municipal é beneficiária do programa Bolsa Família.

Sua população, como já foi dito, mantém-se predominantemente no campo, onde se observa uma distribuição dispersa aliada a presença de muitos pequenos aglomerados rurais isolados que reúnem entre 5 e 15 famílias.

O abastecimento de água da sede município é realizado com base em água captada em barragem, onde à sua margem vivem da pesca uma comunidade tradicional de pescadores. A água captada é tratada e distribuída pela companhia estadual de águas do Estado.

O regime climático a que está submetido a maior parte do território municipal se caracteriza por um regime tropical semiárido quente, com períodos de estiagem que duram de 6 a 7 meses e com chuvas concentradas e intensas entre novembro e março, o que reflete diretamente na paisagem e na intermitência da drenagem, obrigando a população a adoção de estratégias próprias de convívio com um ambiente com essas características, principalmente no campo.

Nas áreas rurais há o predomínio de cisternas para armazenagem de água da chuva, sendo essa a água preferencialmente utilizada para a ingestão e o cozimento de alimentos. As cisternas são predominantemente feitas de placas de concreto e tiveram sua construção realizada em regime de mutirão pela comunidade a partir da disponibilização de material de construção e apoio técnico de organização social certificada.

Já nos aglomerados rurais verificou-se a presença de sistema de abastecimento com tubulações que distribuem por gravidade a água armazenada em caixas elevadas e que são abastecidas por bombeamento de poços artesianos.

Constata-se um indicador perturbador que é a baixa proporção de domicílios com banheiro ou sanitário. Enquanto em 2010 no dado agregado do país foi registrado um percentual de 97,4% de domicílios com banheiro e sanitário, em Júlio Borges registra-se a proporção de apenas 57,7% de domicílios nesta situação. Como se vê no quadro 4, o percentual de pessoas vivendo em domicílios com banheiro e água encanada, apesar de ter aumentado sensivelmente de 2000 para 2010, o valor em 2010 de 39,17% é ainda baixo em comparação ao valor registrado para o estado do Piauí (67,12%), além de ser baixíssimo em comparação ao dado nacional (87,16%).

Ainda em relação às condições do domicílio, deve-se ressaltar que o acesso à energia elétrica e à coleta de lixo aumentaram bastante nos últimos anos e atingiram bons patamares, contudo, de fato, o esgoto ainda constitui-se em um grande problema a ser

enfrentado pelo município, dado que apenas 5,54% das pessoas vivem em domicílios com acesso a esgotamento sanitário.

As estradas na área rural são em sua maioria não pavimentadas e acidentadas o que também impõe dificuldades ao deslocamento entre as comunidades e até a sede. Inexistem meios de transporte coletivos regulares para a sede, implicando a necessidade de utilização de transportes individuais, na sua maioria moto e carros, ou uso de lotações que possuem frequência irregular, as quais custam em média R\$ 20 para ida e volta às comunidades mais distantes.

É nítido na paisagem e na fala dos entrevistados a ausência de empreendimentos econômicos relevantes no município, inclusive na área rural, onde dada a relativa proximidade da dinâmica do agronegócio se poderia supor a existência de alguma iniciativa importante. Os empregos formais predominam no serviço público e em pequenos empreendimentos urbanos. Corroborando as impressões obtidas em campo, a renda familiar per capita mensal medida em 2010 apresenta um valor baixo, de apenas R\$ 179,61, sendo aproximadamente a metade do valor obtido globalmente nas famílias brasileiras. EM relação à desigualdade o valor municipal de 0,53 em 2010 está abaixo do Estado (0,61) e do país (0,60).

A taxa de analfabetismo da população maior de 15 anos no município, de 18,16%, apesar de apresentar em 2010 o dobro do percentual registrado nacionalmente, além de registrar diminuição na primeira década deste século, encontra-se em 2010 abaixo do percentual do Piauí, que apresentou no mesmo ano 23,12% (Quadro 3).

Quadro 33: Indicadores Sociais - Município Júlio Borges (PI), 2000 e 2010

Indicadores	2000	2010
Renda familiar per capita mensal ^{*1}	81,82	179,61
% população extremamente pobre ^{**1}	55,68	36,78
% de população beneficiária do PBF ^{***3}	-	65,05
% de beneficiários por plano de saúde ⁴	N/A	0,02
Índice de Gini ¹	0,59	0,53
Taxa de analfabetismo (em maiores de 15 anos) ¹	23,85	18,16
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	12,88	25,53
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	7,52	40,38
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	8,01	39,17
% da população em domicílios com água encanada ¹	11,57	50,04
% de população em domicílios com acesso a esgotamento sanitário ^{****3}	-	5,54
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	19,89	88,21
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	8,30	79,36

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 *Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010 x 100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 24/03/2019

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>. Acesso em 24/03/2019

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014. Acesso em 31/03/2019

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def. Acesso em 30/03/2019.

INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores sanitários do município de Júlio Borges demonstram que, entre os anos 2010 - 2016, ocorreu elevação no número de óbitos neonatal, o que indica dificuldades na assistência à saúde nesse município, sobretudo, no pré-natal e no parto. Observa-se também aumento do percentual de gestantes com menos de 7 consultas de pré-natal (96,05%) e elevada quantidade de partos domiciliares. Por outro lado, há como aspecto positivo provável diminuição da incidência de sífilis congênita (Quadro 4).

No período 2000 - 2017, a proporção de gravidez na adolescência, em relação aos demais grupos etários, variou de 21%, em 2000, a 31%, em 2017 (Figura 3), demonstrando possível falha no planejamento familiar.

Os relatos de entrevistados indicaram dificuldades no acesso aos serviços especializados e centralização de procedimentos diagnósticos no município - a exemplo de realização do teste rápido para detecção de HIV, sífilis e hepatites. O pré-natal de alto risco somente é realizado na capital do Estado, em Teresina, distante mais de 800 quilômetros de Júlio Borges.

Chama atenção, a alta taxa de mortalidade infantil registrada em 2016 (2 casos). Dados do ano de 2017 registam taxa de 10,42 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2017). Tal resultado pode ser reflexo das baixas condições socioeconômicas da população, das deficiências estruturantes nos serviços de saúde, e do acesso inadequado ao saneamento básico e à educação.

A cobertura vacinal é outra variável que influencia nas taxas de mortalidade infantil. Nesta perspectiva, observa-se que a cobertura vacinal no município é baixa e os dados da cobertura vacinal de três doses de Tríplice viral (sarampo, rubéola, caxumba), no período 2000-2010 é inexistente no DataSUS. Somente em 2016, que consta dado de vacinação por pentavalente (2,63%).

Com relação às principais causas de morte proporcional, observou-se mudança no perfil de mortalidade. No ano de 2016, observou-se modificação no padrão de mortalidade, registrando-se entre as três principais causas de mortalidade proporcional: as doenças do aparelho circulatório (37,5%), doenças do aparelho digestivo (18%) e as doenças do aparelho respiratório (12,5%). Convém ressaltar, que esses dados podem não demonstrar a realidade do município devido à possibilidade de subnotificação ou preenchimento inadequado da causa de óbito.

O registro da mortalidade por causas mal definidas, em 2016, foi de 27,3%, o que pode revelar situação de desassistência médica no município. Os indicadores revelam que houve um caso de morte por câncer de colo de útero no município em 2010.

Quadro 34: Indicadores sanitários - Júlio Borges (PI), 2000, 2010 e 2016

Indicadores		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		64,03	71,64	-
Nº de óbitos maternos ³		-	-	-
Mortalidade infantil ³	nº de óbitos neonatal (0 a 27 dias)	0	1	2
	nº de óbitos pós-neonatal (28 dias até 1 ano)	1	0	0
	nº de óbitos total em menores de 1 ano	1	1	2
Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	33,3 (Doenças do sistema nervoso)	56 (Doenças do aparelho circulatório)	37,5 (Doenças do aparelho circulatório)
	2ª principal causa de morte	33,3 (Doenças do aparelho respiratório)	8 (Algumas doenças infecciosas e parasitárias)	18,7 (Doenças do aparelho digestivo)
	3ª principal causa de morte	33,3 (Anemias)	8 (Neoplasias)	12,5 (Doenças do aparelho respiratório)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		80	-	27,3
Nº de óbitos por câncer de colo de útero ³		0	1	0
Nº de nascidos vivos em mães com 10 a 19 anos de idade		22	22	23
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g		6	4	6
Cobertura vacinal de três doses de pentavalente (%) ^{3***}		-	-	2,63
Gestantes com menos de 7 consultas de pré-natal ³		-	28,26	96,05
Nº de partos domiciliares ³		79	47	38
Nº de casos de sífilis congênita ^{3***}		10	3	-
% ICSAB Piauí ³		0	0	0

¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

²:<https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

³:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: n° de obitos de residentes por grupo de causa definidas/ n° total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: n° de obitos de residentes por causas mal definidas/ n° total de obitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018

Dentre questões de saúde, foi relatada pelos profissionais elevada ocorrência de hipertensão arterial na população do município, como esperado, em encontro com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, que registra ainda elevado acompanhamento de usuários com hipertensão arterial (Quadro 5).

Quadro 35: Número de Hipertensos Cadastrados e acompanhados pelas equipes de Saúde da Família - Júlio Borges (PI), 2010 a 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hipertensos Cadastrados	4.424	4.320	5.106	4.847	4.792	2.694
Hipertensos Acompanhados	4.408	4.286	5.050	4.808	4.785	2.690
Percentual de Acompanhamento	99,6	99,2	98,9	99,2	99,9	99,9

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

(<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/inf10pi.def>)

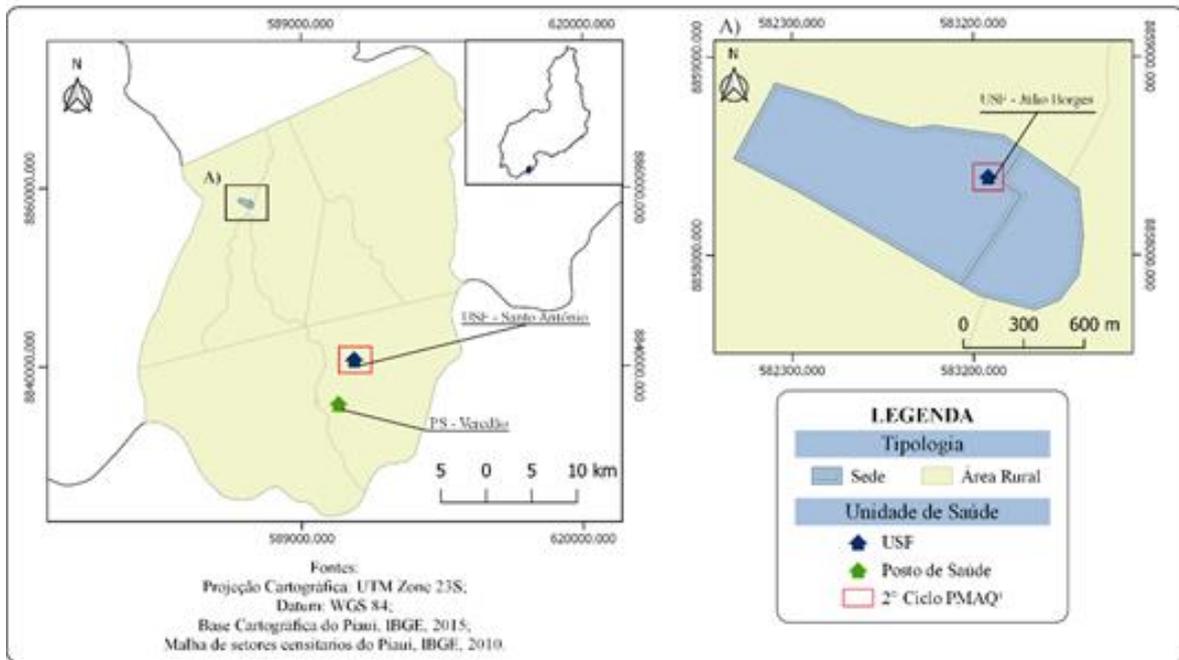
Também se destaca pelas entrevistas a necessidade de promover ações de educação em saúde que fortaleçam a adoção de hábitos saudáveis para prevenção de complicações associadas à hipertensão arterial. As observações e relatos de profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família sinalizaram ações voltadas à promoção da saúde, a exemplo de atividades educativas em grupos e, recentemente, a implantação do programa Academia da Saúde.

Além disso, a condição socioeconômica e os hábitos alimentares regionais, caracterizados pelo consumo de alimentos ricos em sódio, são entraves para o controle da hipertensão arterial, observados no campo da pesquisa e relatados por profissionais de saúde.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Em Júlio Borges existem 9 estabelecimentos de saúde com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dos quais apenas um está caracterizado como Centro de Saúde/Unidade Básica (Figura 2). Vê-se, porém, que além da USF de Júlio Borges, caracterizada como Unidade Básica, duas outras unidades, identificadas como postos de saúde, poderiam constar como tal (USF São Miguel e USF Santo Antônio), dada a vinculação de Equipes de Saúde da Família (EqSF) com Saúde Bucal a essas unidades. Sendo assim para efeitos deste relatório as reclassificaremos como UBSs.

Mapa 15: Localização geográfica das Unidades Básicas de Saúde de Avelino Lopes (PI), 2019



Formalmente, portanto, estão implantadas três Equipes de Saúde da Família (EqSF), uma na USF Júlio Borges que fica na sede do município e outras duas com instalações na área rural: USF São MIGUEL e USF Santo Antônio. Além das três unidades básicas de saúde mencionadas, existe também um Posto de Saúde no povoado de Veredão que provê assistência intermitente com apoio de profissionais das EqSFs das outras unidades rurais, principalmente da USF Santo Antônio que tem sua instalação física relativamente perto do povoado (a 6 km).

Todas as equipes possuem profissional de Saúde Bucal, tendo inclusive na sede laboratório de prótese dentária. As duas EqSFs vinculadas à área rural possuem médicos do Programa Mais Médicos (PMM) que se revezam entre o atendimento na UBS da sede e nas UBSs ou postos da área rural.

O médico vinculado à EqSF da Unidade Básica da sede é contratado pelo município por salário que acaba tendo que ser compatível com o que outras prefeituras da região oferecem. Fora do PMM outras facilidades como regime diferenciado de horas e dias de trabalho acabam sendo oferecidas ao médico para tornar mais atrativo o contrato. Como médico clínico com CRM e mais experiente, o médico contratado dá de certa forma algum suporte aos médicos do PMM que são oriundos de outros estados e recém-formados na Bolívia.

Dados da Pesquisa Regiões e Redes (2014) mostram que a porcentagem de recursos próprios do município em saúde são de apenas 16,2%, com baixa despesa por

habitante de recursos próprios municipais (R\$ 199,01)⁶, valor um pouco abaixo do valor médio gasto na região de saúde ao qual pertence (R\$ 211,22), mas bem abaixo dos R\$337,44 do valor nacional.

A UBS urbana apresenta estrutura física razoável, com espaço físico amplo, climatização e acesso à internet. Todavia, apenas uma das unidades em todo o município (Centro de Saúde Avelino Lopes) realiza imunização regular e dispensa medicamentos. Durante a visita verificou-se, contudo, que o abastecimento de remédios e vacinas tem sido nos últimos meses irregular e insuficiente. Exclusivamente na UBS da sede se realiza também o teste do pezinho. Para a coleta de material para a realização de exames de análises clínicas, a prefeitura estabelece parceria com pequena clínica privada (Clínica Viver), de propriedade do médico da EqSF da UBS sede, sendo disponibilizado uma quantidade limitada de exames, dando-se prioridade para gestantes, idosos e crianças.

A cobertura da ESF abrange todo o município, de acordo com a gestão e os profissionais de saúde. Contudo, em áreas rurais a população é dispersa, tornando difícil o acompanhamento das famílias. Inclusive, localidades de outros municípios vizinhos (Curimatá e Avelino Lopes), devido a enfrentarem distâncias maiores a suas respectivas sedes, recorrem muitas vezes à UBS da sede de Júlio Borges.

Integram-se às equipes de AB profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 2, com nutricionista, fisioterapeuta e farmacêutico. Além disso, o município conta ainda com uma unidade da Academia da Saúde que ainda estava em implantação no momento da visita.

A caracterização dos equipamentos de saúde do município é listada no Quadro 6, enquanto o Quadro 36 sumariza números de UBS, além de equipes, profissionais e cobertura da ESF no município em dezembro de 2010 e dezembro de 2018.

Quadro 36: Caracterização dos equipamentos de saúde - Júlio Borges (PI), 2019

Tipo	Total	CNES	Descrição	Área	Observações
Posto de Saúde	1	2404494	PS DE VEREDAO	Rural	
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	3	2404508	USF DE SAO MIGUEL	Rural	Unidade classificada atualmente como Posto de Saúde no CNES
		3611884	USF DE SANTO ANTONIO	Rural	Unidade classificada atualmente como Posto de Saúde no CNES

⁶ Banco de indicadores da Pesquisa Regiões e Redes. Disponível em <<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/03/2019.

		2404516	USF DE JULIO BORGES	Urbana	Centro de Saúde com funcionamento 24h (técnico de enfermagem e enfermeiro) Com leitos de observação
Polo da Academia da Saúde	1	9565884	ACADEMIA DA SAUDE DE JULIO BORGES	Urbana	Anexa à USF Júlio Borges
Policlínica	1	9494235	CLINICA VIVER	Urbana	Clínica Privada com coleta de material para análises clínicas e USG para gestantes (propriedade de um dos médicos da ESF)
Unidade Movel de Nivel pre-hospitalar na area de Uerg.	1	7216777	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIA	Urbana	-
Unidade de Apoio a Diagnose e Terapia	1	7273428	LABORARTORIO DE PROTESE DENTARIA	Urbana	Instituição estadual, cedida para gestão municipal, inserida na USF Júlio Borges
Central de gestão em saúde	1	3488659	SECERETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	Urbano	-

A UBS da sede funciona 24h. Quanto às UBSs rurais, somente há atendimento médico, de enfermagem e odontológico conforme um cronograma de visitas a diversas localidades, não sendo clara a regularidade do atendimento por estes profissionais nas UBSs rurais.

MONTE ALEGRE DO PIAUÍ - PI

Fotografia 6: Monte Alegre do Piauí - PI



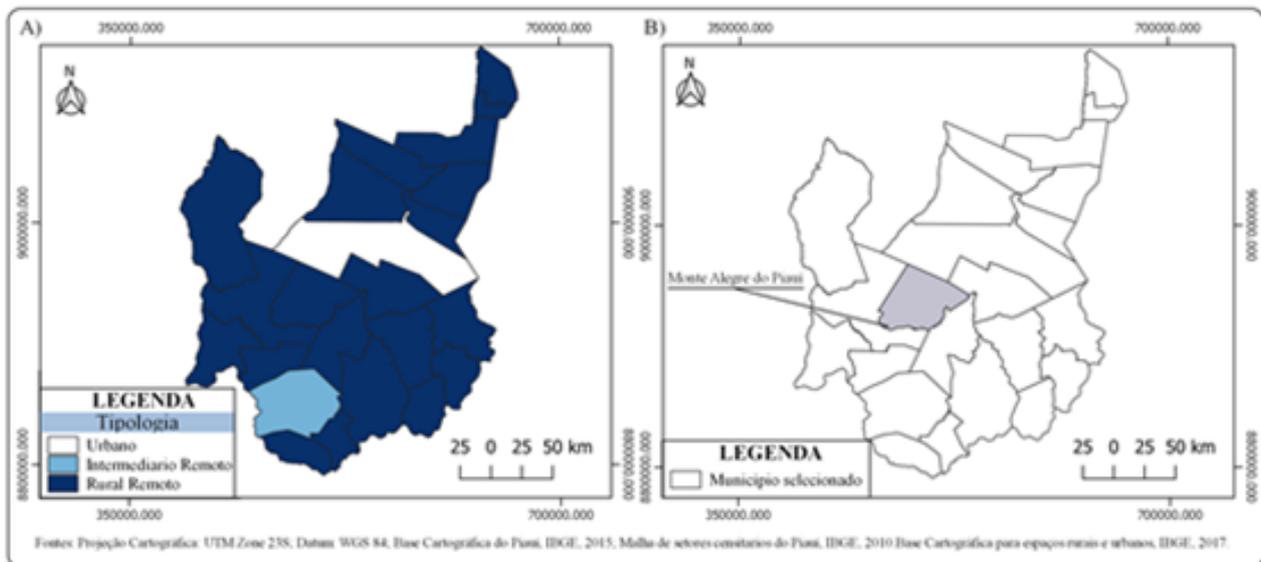
O município de Monte Alegre do Piauí (PI) compõe o grupo de municípios classificados como Matopiba, a região é um dos principais vetores de crescimento do agronegócio brasileiro nos últimos anos, e engloba parcialmente os estados do Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia. Como se pode notar, Matopiba é o 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.

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 3,01 hab/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(\pm 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 Bolsa Família, por

município, é de 50,2 ($\pm 14,9$) com mediana de 52,1. Caseara, Chapada da Natividade, Lagoa da Confusão e Sandolandia tem maior peso da agropecuária nas suas economias

Quanto a organização do setor saúde, os 92 municípios se distribuem em 18 CIRs, sendo que a CIR da Chapada dos Mangabeiras aglutina 21 destes municípios, e é exatamente nesta CIR que se localiza o município de Monte Alegre do Piauí. A regional de saúde é constituída por 23 municípios (Figura 14 e Quadro 37).

Mapa 16: Municípios da Região de Saúde da Chapada das Mangabeiras (PI), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e seleção na pesquisa



Quadro 37: Municípios da Região de Saúde da Chapada das Mangabeiras (PI), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)

UF	Município	Classificação IBGE	Seleção Amostra
PI	Alvorada do Gurguéia	Rural Remoto	Não
PI	<i>Avelino Lopes</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>SIM</i>
PI	Barreiras do Piauí	Rural Remoto	Não
PI	Bom Jesus	REGIONAL	Não
PI	Colônia do Gurguéia	Rural Remoto	Não
PI	Corrente	Intermediário Remoto	Não
PI	Cristalândia do Piauí	Rural Remoto	Não
PI	Cristino Castro	Rural Remoto	Não
PI	Curimatá	Rural Remoto	Não
PI	Currais	Rural Remoto	Não
PI	Eliseu Martins	Rural Remoto	Não
PI	Gilbués	Rural Remoto	Não
PI	<i>Júlio Borges</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>SIM</i>
PI	<i>Monte Alegre do Piauí</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>SIM</i>
PI	Morro Cabeça no Tempo	Rural Remoto	Não
PI	Palmeira do Piauí	Rural Remoto	Não
PI	Parnaguá	Rural Remoto	Não
PI	<i>Redenção do Gurguéia</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>SIM</i>
PI	Riacho Frio	Rural Remoto	Não
PI	Santa Filomena	Rural Remoto	Não

PI	Santa Luz	Rural Remoto	Não
PI	São Gonçalo do Gurguéia	Rural Remoto	Não
PI	Sebastião Barros	Rural Remoto	Não

Fonte:

¹Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/07/2019.

²IBGE:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm.

Acesso em 31/07/2019

³Dados da pesquisa

O TRABALHO DE CAMPO

No dia 13 de julho (sábado) saímos de São Paulo às 6hs da manhã com destino a Barreiras na Bahia, com conexão no aeroporto internacional de Belo Horizonte, onde nos encontramos com o grupo que vinha do Rio de Janeiro. Chegamos em Barreiras por volta de 10:30 da manhã, como estávamos em dois grupos foram alugados dois carros e de lá seguimos para o hotel.

No dia seguinte (14 de julho, domingo) saímos de Barreiras com destino a Bom Jesus, um trajeto de aproximadamente 460km que durou 7hs de viagem. A estrada era asfaltada em boas condições, encontramos um fluxo pequeno de caminhões (talvez por ser domingo) e nos hospedamos em um hotel no município vizinho Cristino Castro há 30km de Bom Jesus por indicação da coordenadora da CIR.

No dia 15 de julho (segunda feira) seguimos para o município de Bom Jesus onde realizamos a entrevista com a coordenadora da CIR que também é secretária Municipal de Bom Jesus e vice-prefeita da cidade. Chegamos às 9 da manhã, a gestora atrasou alguns minutos, realizamos a entrevista com as 4 componentes do grupo. A entrevista foi fundamental para esclarecer os fluxos regionais dos municípios que compõem a regional de saúde da Chapada das Mangabeiras.

Após a entrevista com a secretária de Bom Jesus seguimos nosso destino para Redenção da Gurguéia, porém no caminho paramos em uma UBS do município de Bom Jesus para conhecer. Na UBS o enfermeiro nos recebeu e nos apresentou a estrutura da UBS, alguns pacientes estavam aguardando atendimento médico, de enfermagem e odontológico. Na sala de reuniões um cartaz demonstrava as metas da equipe em sua maioria relacionados ao PMAQ, todos os consultórios sinalizados e um mapa do território na recepção.

Chegamos em Redenção da Gurguéia onde permanecemos nos dias 15 e 16 para as entrevistas no município. Devido às condições simples das pousadas locais, e pela

proximidade do município de Bom Jesus, optamos em retornar para o hotel Miramar que oferecia um conforto melhor.

No dia 17 de julho saímos por volta de 7hs da manhã para o município de Monte Alegre do Piauí, a estrada era asfaltada com fluxo de carro considerável para a região e muitos caminhões. O percurso durou cerca de 2 horas e fomos direto para unidade básica de saúde da sede do município encontrar com a secretária de saúde que organizou o nosso itinerário de entrevistas durante o dia.

Iniciamos as entrevistas às 9:30h na UBS da sede, cada integrante da equipe foi designado para uma sala, no período da manhã foram entrevistados usuários de PPP 2 da zona rural, a enfermeira da sede estava de férias, por isso foi designada uma outra enfermeira para responder as perguntas.

No período da tarde nos deslocamos até UBS rural que ficava a 20 minutos de carro da sede. A enfermeira Salma nos acompanhou até o local onde encontramos o ACS que nos levou até a casa de usuária de CCU e o mesmo também foi entrevistado no quintal da casa da usuária, enquanto isso as outras pesquisadoras foram conhecer a estrutura da UBS que não estava com atendimento naquele dia, pois a equipe só ia uma vez por semana. A UBS ficava perto da estrada principal ao chegar lá estava uma técnica de enfermagem que abriu a UBS para que as entrevistadoras realizassem a entrevista com usuária de HAS.

Devido também às condições das pousadas locais e a proximidade com o município de Gilbués preferimos nos hospedar num hotel nessa cidade. No hotel encontramos vários profissionais que trabalhavam no complexo solar São Gonçalo, município vizinho.

No dia 18 de julho retornamos a UBS da sede para terminar as entrevistas, para entrevistar a usuária PPP da sede o ACS em sua casa que ficava a uns 5 minutos da UBS, no mesmo período todos os ACS do municípios estavam em reunião com a secretária de saúde na sala de reuniões, parecida que o assunto era sobre rastreamento de câncer de colo de útero (já que encontramos dois casos de câncer de colo de útero no município). As entrevistas com o médico da unidade rural teve que ser bem rápida, pois o mesmo estava se deslocando para a Unidade Mista onde havia uma gestante em trabalho de parto.

Após dois dias de entrevistas encerramos nossos trabalhos no município de Monte Alegre do Piauí dia 18 de julho aproximadamente às 12hs e retornamos para Barreiras (BA). A volta foi mais rápida chegamos ao hotel às 16:45h, muito cansadas devido ao calor (temperatura média de 35 graus) e aos dias intensos de entrevistas e estrada.

Impressões sobre o município de Monte Alegre do Piauí: as ruas eram todas asfaltadas, poucas árvores plantadas no centro da cidade. A cidade é atravessada pela

rodovia BR 135, mas não chega a dividir a cidade que tem o seu centro afastado da mesma. Observamos pouco comércio na cidade, algumas lojas de vestuário e presentes em geral, uma casa lotérica e uma agência do Banco do Brasil e Correios. A maioria da população se locomove a pé ou por motocicletas (sem capacetes), não há transporte público dentro do município. Os carros de linha são o principal meio de transporte que a população da zona rural utiliza para acessar o centro da cidade.

O centro é movimentado, porém percebemos que ao redor da Unidade de Saúde não há tanta movimentação de pessoas. Na frente da UBS estava localizada uma escola da rede municipal (período de férias) e um centro de convivência. Ao lado da UBS ficava a Unidade Mista do Município (chamada pelos moradores de hospital). Outro detalhe que nos chamou atenção foi o fato da secretária de saúde ter sua sala (gabinete) dentro da UBS da sede.

Como nos outros municípios visitados, o meio de comunicação mais comum dos moradores é o telefone celular, não encontramos muitos pontos de lazer na cidade.

A cidade não possui uma infraestrutura de pousadas, avistamos um total de 3 pousadas, todas à beira da BR, todas muito simples, porém quartos com ar condicionados mas sem chuveiro elétrico. Camas de madeira comuns com colchões já bem usados e lençóis simples. Em Gilbués (município vizinho) conseguimos uma estrutura melhor de hotel.

Havia poucas opções de restaurante na cidade. Uma churrascaria (cujo os proprietários eram da família da Enfermeira responsável pela Unidade Mista) e um restaurante no estilo self-service também anexo a uma pousada. Por indicação da secretária almoçamos no restaurante da pousada, porém com poucas opções de comida e principalmente de salada. À noite geralmente pedíamos lanche no hotel que oferecia o serviço.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O município de Monte Alegre do Piauí localizado ao Sudoeste do estado do Piauí apresenta uma área de grande extensão territorial e baixa densidade demográfica. Sua população é 10.611 habitantes segundo estimativas do IBGE (2018). Sua população é predominantemente rural (71,2%). Seu principal bioma é o cerrado.

Em 1945, existiam na localidade apenas dois casebres de palha, pertencentes à família Romão. No ano seguinte, o garimpeiro João Néri ali chegou, descobrindo rica mina de diamantes. A notícia motivou grande afluxo de pessoas para a região, desenvolvendo-se a exploração de diamantes e carbonados da melhor qualidade. Inicialmente os garimpeiros se localizaram na Cidade de Gilbués. Proibidos de construir nas zonas urbana

e suburbana da cidade, foram residir em Monte Alegre. Em 1946, ocorreu o primeiro despacho oficial de diamantes. Com rápido progresso, a localidade conquistou a categoria de Povoado (IBGE, 2017).

Elevado à categoria de município e distrito com a denominação de Monte Alegre, lei estadual nº 1133, de 06-06-1955, desmembrado de Gilbués. Sede no atual distrito de Monte Alegre do Piauí ex povoado de Monte Alegre. Constituído do distrito sede. Instalado em 30-06-1955. Em divisão territorial datada de 1-VII-1955, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2005 (IBGE, 2017).

Quadro 38: Indicadores Demográficos - Monte Alegre do Piauí (PI)

Ano de criação do município ¹	1955		
Área territorial (km ²) ¹		2 417,854 km ²	
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²		4,28 hab./km ²	
Indicadores	2000	2010	2018
População total ¹	10230	10345	10.448
População urbana ¹ n (%)	2.672	2.981	
População rural ¹ n (%)	7.558	7.364	
IDHM ¹	0,387	0,578	-
Classificação IDHM ¹	Muito Baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	2,29	1,80	-
% de população menor de 15 anos ¹	40,40	32,08	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	5,49	6,64	-

Legenda: R=ribeirinhos; P=pescadores; Q=quilombolas; I=indígenas; E=extrativistas; A=assentados

Fontes:

¹: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

²: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

³: Banco de dados ciclo 2, PMAQ-AB.

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

*Dado primário com o município

O município não possui populações tradicionais. A sede do município não possui esgotamento sanitário, ou água tratada. O abastecimento de água na sede é feito através de poços artesianos através da Companhia de água e esgoto do Piauí (RESPISA) na zona rural os poços artesianos são predominantes, porém sem tratamento, segundo a gestora do município a qualidade do lençol freático é muito boa e contribui para baixos casos de doenças diarreicas. O esgotamento é basicamente fossa séptica apenas na sede do município. Os demais indicadores sociais apresentados no Quadro 3 mostram uma evolução positiva entre os censos de 2000 e 2010. Não obstante permanece uma situação de intensa vulnerabilidade social com 30% da população em extrema pobreza, e estimativa de aproximadamente 63% de população beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF), além de um baixo percentual de população com acesso a saneamento básico.

Quadro 39: Indicadores Sociais - Monte Alegre do Piauí (PI)

Indicadores	2000	2010	2014
Renda familiar per capita mensal* ¹	126,56	217,23	
% população extremamente pobre** ¹	54,88	30,39	
% de população beneficiária do PBF*** ³	-	-	63,62
% de beneficiários por plano de saúde ⁴	0,14	0,53	1,32
Índice de Gini ¹	0,62	0,57	
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais ¹	34,84	23,70	
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	26,68	20,32	
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	11,27	38,45	
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	25,48	88,93	
% da população em domicílios com água encanada ¹	25,48	88,93	
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário**** ³	-	2,01	
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	47,22	80,13	
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	31,12	79,44	

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 .

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 24/03/2019

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>. Acesso em 24/03/2019

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014. Acesso em 31/03/2019

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def. Acesso em 30/03/2019

INDICADORES DE SAÚDE

Alguns indicadores de saúde evoluíram de forma positiva nos últimos anos. Segundo dados do IBGE (2019), a mortalidade infantil caiu de forma considerável, bem como a taxa de fecundidade no município que em 2010 era 2.8.

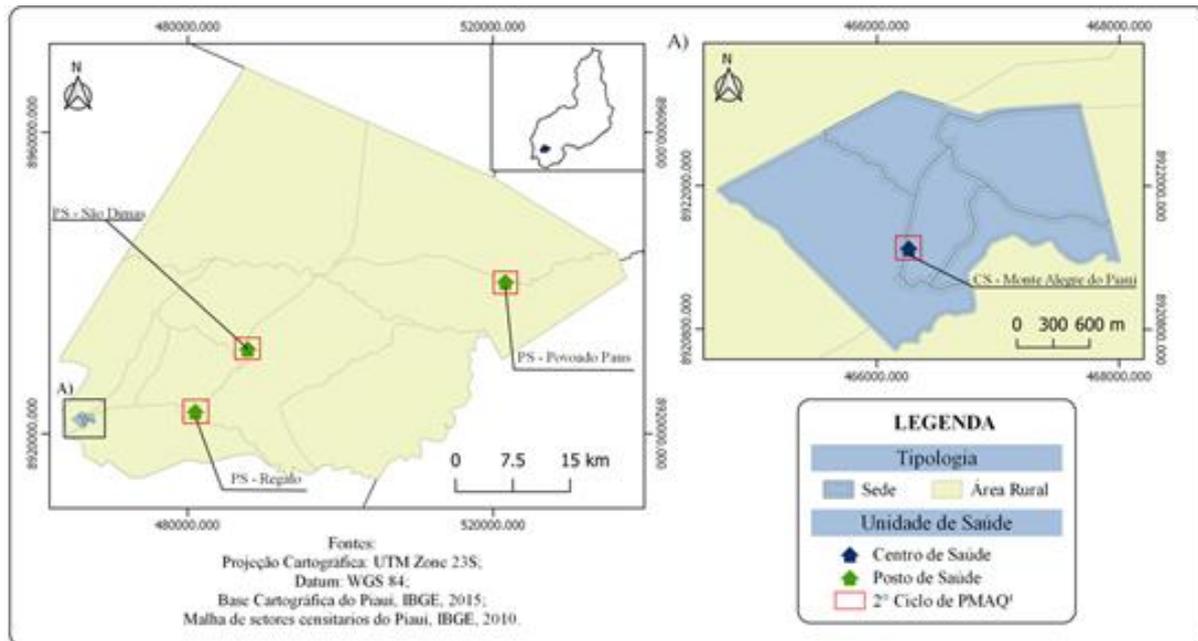
Corroborando a fala da secretária os casos de diarreia, devido a qualidade do lençol freático, são poucos, isso é demonstrado através dos casos de internações por diarreia serem 0,4 por mil habitantes. Dentre as principais causas de morte no município destacam-se as doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e as causas externas.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município de Monte Alegre do Piauí dispõe de 5 Unidades Básicas de Saúde. Dessas uma fica localizada na sede do município e 4 nas áreas mais afastadas, nos

povoados. O município possui 100% de cobertura de Estratégia Saúde da Família. A UBS da sede, Monte Alegre, possui duas equipes de ESF que atendem, porém os atendimentos nas unidades nas áreas rurais são realizados duas vezes por semana com a equipe odontológica e a enfermeira o médico vai à UBS apenas uma vez na semana, nos outros dias a população rural se desloca para a UBS da sede. Segundo a coordenadora a SMS disponibiliza dois carros que são revezados entre as equipes da zona rural, com atendimento nas UBS rurais 2 vezes por semana.

Mapa 17: Distribuição geográfica das unidades básicas de saúde do município de Monte Alegre do Piauí - PI



Para apoio há a Unidade mista Anerísio Neto Lobao Castelo Branco, localizada ao lado da UBS da sede, durante o dia não há plantonista no hospital, os médicos que atendem na UBS dão suporte ao atendimento de urgência nessa unidade, os plantonistas só atendem na unidade mista após o fechamento da UBS. Um relato interessante do médico entrevistado foi o fato de que uma simples sutura que poderia ser realizada na UBS, o profissional tem que se deslocar até a unidade mista para realizar o procedimento.

A equipe do NASF (exceto o educador físico) realiza atendimentos individuais na UBS da sede. os usuários são encaminhados a esses profissionais pelas equipes de Saúde da Família. A fisioterapeuta realiza na maior parte do seu tempo atendimentos individuais, pois há uma sala específica com equipamentos necessários para a realização de sessões de fisioterapia.

No momento da nossa visita o quadro de profissionais médicos estava completo, com apenas uma médica era do PMM, podemos perceber este profissional ser do PMM realizada atividades extra consultório, como educação em saúde e visita domiciliares. Os profissionais médicos que trabalham com contrato direto com o município não cumprem a

carga horária definida no contrato de 40h, alguns trabalham no município três vezes por semana. O contrato para plantonista na Unidade Mista é separado e, segundo a secretária municipal o valor pago por plantão de 12 horas é de R\$ 700,00.

O município tem uma equipe de NASF composta pelo fisioterapeuta, nutricionista e educador físico. O educador físico atua com atividades de educação em saúde em grupos de atividade física na escola para idosos. o fisioterapeuta e o nutricionista acompanham as equipes de ESF em atividades educativas coletivas e consultas individuais.

Quadro 40: Caracterização de equipamentos de saúde - Monte Alegre do Piauí (PI)

Tipo	CNES	Descrição*	Área*
Posto de Saúde	2366525	PS DO POVOADO PAUS	Rural
	2366517	PS SAO DIMAS	Rural
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	2366533	PS REGALO	Urbana
	2325004	UNIDADE BASICA DE SAUDE DE M ALEGRE	Urbana
	7774214	UNIDADE BASICA DE SAUDE JOANA RUFO DE SOUSA	Urbana
Unidade Mista	2694204	UMS ANFRISIO NETO LOBAO CASTELO BRANCO	Urbana
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT ISOLADO)	9668829	LABORATORIO DE PROTESE DENTARIA DE MONTE ALEGRE DO PIAUI	Urbana
Unidade Móvel de Nível pre-hospitalar na área de Urg.	7615175	SAMU DE MONTE ALEGRE DO PIAUI	Urbana
Central de Gestão em Saúde	7195036	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	Urbana

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp

*Dados que devem ser confirmados no contato com o município.

Quadro 41: Indicadores de recursos em saúde - Monte Alegre do Piauí (PI)

Indicadores	2010	2018
Nº de médicos ³	N/A	4
Medico clinico	N/A	1
Medico da estrategia de saude da familia	N/A	3
Nº de enfermeiros ³	3	8
Nº de dentistas ³	N/A	5
Nº de Leitos n ⁴		25*

Fontes:

1: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def. Acesso em 30/03/2019

2: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/03/2019

REDENÇÃO DA GURGUEIA - PI

Fotografia 7: Redenção da Gurgueia - PI



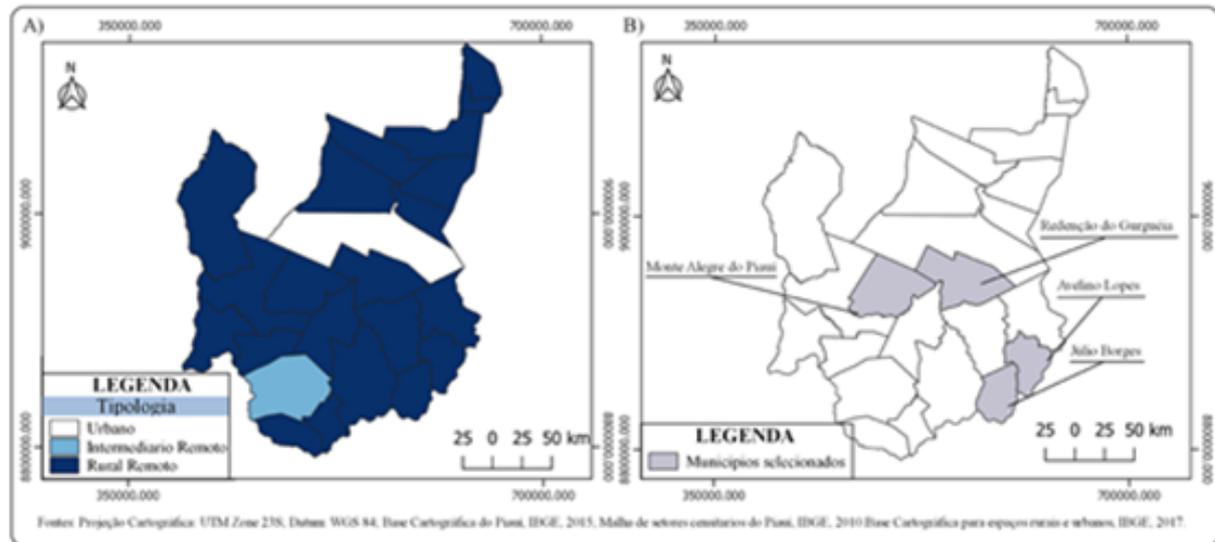
Redenção da Gurgueia é um dos municípios do território da pesquisa classificado como MATOPIBA. Esta área é um dos principais vetores de crescimento do agronegócio brasileiro nos últimos anos e engloba parcialmente os estados do Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia. Como pode-se notar, MATOPIBA é o acrônimo 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. 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 rurais remotos pela classificação do IBGE.

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 3,01 hab/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(\pm 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 (Tabela A2). 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 Bolsa Família,

por município, é de 50,2 ($\pm 14,9$) com mediana de 52,1. Caseara, Chapada da Natividade, Lagoa da Confusão têm maior peso da agropecuária nas suas economias.

Quanto a organização do setor saúde, os 92 municípios se distribuem em 18 CIRs, sendo que a CIR da Chapada dos Mangabeiras aglutina 21 destes municípios, e é exatamente nesta CIR que se localiza o município de Redenção da Gurgueia (Figura 16 e Quadro 41).

Mapa 18: Municípios da Região de Saúde da Chapada das Mangabeiras (PI), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e seleção na pesquisa



Quadro 41: Municípios da Região da Chapada das Mangabeiras (PI)

UF	Município ¹	Classificação IBGE ²	Seleção Amostra ³
PI	Alvorada do Gurgueia	Rural Remoto	Não
PI	<i>Avelino Lopes</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>SIM</i>
PI	Barreiras do Piauí	Rural Remoto	Não
PI	Bom Jesus	REGIONAL	Não
PI	Colônia do Gurgueia	Rural Remoto	Não
PI	Corrente	Intermediário Remoto	Não
PI	Cristalândia do Piauí	Rural Remoto	Não
PI	Cristino Castro	Rural Remoto	Não
PI	Curimatá	Rural Remoto	Não
PI	Currais	Rural Remoto	Não
PI	Eliseu Martins	Rural Remoto	Não
PI	Gilbués	Rural Remoto	Não
PI	<i>Júlio Borges</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>SIM</i>
PI	<i>Monte Alegre do Piauí</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>SIM</i>
PI	Morro Cabeça no Tempo	Rural Remoto	Não
PI	Palmeira do Piauí	Rural Remoto	Não
PI	Parnaguá	Rural Remoto	Não
PI	<i>Redenção do Gurgueia</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>SIM</i>
PI	Riacho Frio	Rural Remoto	Não
PI	Santa Filomena	Rural Remoto	Não
PI	Santa Luz	Rural Remoto	Não

PI	São Gonçalo do Gurguéia	Rural Remoto	Não
PI	Sebastião Barros	Rural Remoto	Não

Fonte:

¹Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/07/2019.

²IBGE:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm.

Acesso em 31/07/2019

³Dados da pesquisa

Redenção da Gurguéia foi escolhido por aglutinar características medianas dos MRR de MATOPIBA, a saber: População entre os quartis 25 e 75; PIB Muito Baixo ou Baixo; Densidade populacional entre 3 e 4,47; Cobertura da ESF de 100 %; e ter participado Ciclos 1 e 2 do PMAQ. No quadro 1 é possível visualizar o conjunto dos municípios da CIR da Chapada dos Mangabeiras, com suas respectivas classificações na Tipologia Rural-Urbano do IBGE.

O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo no município foi realizado nos dias 15 e 16 de julho de 2019. O grupo de pesquisadores, oriundos de Rio de Janeiro, São Paulo e Alagoas, iniciou a viagem no dia 13 de julho, chegando em Barreira (Ba), via o aeroporto de Confins.

No dia 14/07 às 9h da manhã a equipe composta por Profa Aylene Bousquat, Cristiane Martins, Daniela Santiago e Edialy Tetemann se dirigiu para o Município de Bom Jesus sede regional. Chegamos em Bom Jesus por volta das 16:30h da tarde. Localizamos o Hotel. A entrada em Bom Jesus é bastante impactante, a sensação é de que se trata de um município com alto dinamismo econômico, inúmeras concessionárias de veículos pesados, lojas de insumos agrícolas, além de bancos, diversas lojas de varejo de marcas nacionais.

Em 15/07 nos dirigimos a secretaria de saúde local para entrevista com a secretaria de saúde do município polo, a mesma foi muito receptiva e fez panorama da região de saúde. Paramos em uma das unidades de Bom Jesus por volta da hora do almoço, sem aviso prévio. A unidade estava cheia, conversamos informalmente com o enfermeiro. Em seguida, almoçamos no local e nos dirigimos a Redenção da Gurgueia a 52 km de Bom Jesus. Avisamos a coordenadora de atenção básica e secretário de saúde que chegaríamos por volta da 13h na unidade de saúde. Chegamos à unidade, que estava fechada, com várias mães com crianças para serem atendidas aguardando do lado de fora. Ligamos para o secretário e coordenadora de atenção básica que enviou uma funcionária para abrir a unidade.

Iniciamos a entrevista com uma mãe às 13:30h, logo após entrevistamos uma usuária de acompanhamento de câncer de colo uterino e também a coordenadora de

atenção básica. A Usuária com Hipertensão chegou para atendimento e consultamos a mesma que aceitou a participar da pesquisa. O Agente comunitário de Saúde também foi entrevistado e esperamos a médica e enfermeira terminarem seus atendimentos para iniciarmos a entrevista.

A médica se negou a gravar a entrevista e demorou bastante para iniciá-la a impressão que ficou é que era recém-formada, pouco conhecimento sobre a organização do serviço e a sua atuação como profissional da área de saúde pública. O secretário de saúde, marcou para nos atender no dia seguinte retornamos para pernoitar em Bom Jesus, devido a precariedade das pousadas do local.

No dia 16/07/2019 saímos cedo de Bom Jesus e fomos a comunidade do Brejão, 25Km da cidade, onde residem 112 famílias remanescentes dos quilombos, estrada de barro, acompanhada pela coordenadora de atenção básica, que não tinha certeza do caminho para a comunidade. Ao chegarmos ao quilombo encontramos a Unidade Básica de Saúde fechada, não foi encontrada a zeladora. Fizemos contato com o ACS, e o mesmo nos levou as residências dos usuários para entrevistas. Foi realizado um vídeo com ACS do lugarejo. A tarde fomos a ESF onde o médico e enfermeiro responsáveis pela área do brejão trabalhavam. Outra parte da equipe se dirigiu a secretaria de saúde para entrevistar o secretário de saúde. Visitamos também a Unidade Mista que é muito precária, onde fica também a ambulância do SAMU.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

Redenção do Gurgueia é um município brasileiro do Estado do Piauí, criado pela Lei Estadual n.º 2.354, de 5 de dezembro de 1962, e instalado no dia 26 de dezembro do mesmo ano. Localiza-se a uma latitude 09º29'12" sul e a uma longitude 44º35'11" oeste, estando a uma altitude de 292 metros em relação ao nível do mar. Sua população é de cerca de 8000 habitantes. Dista 662 km até a capital do estado, Teresina.

De acordo com o Censo de 2010, mais de 60% da população do município vive na sede do município. A densidade demográfica é baixa, são 3,49 habitantes/km². O IDH municipal é baixo (Quadro 42).

Quadro 42: Indicadores Demográficos - Redenção do Gurgueia (PI)

Ano de criação do município ¹	1930		
Área territorial (km ²) ¹	2 468,006 km ²		
Densidade Demográfica (hab./km ²) ²	3,49 hab./km ²		
Indicadores	2000	2010	2018
População total ¹	7781	8400	8.634
População urbana ¹ n(%)	4.679	5.335	
População rural ¹ n(%)	3.102	3.065	

IDHM ¹	0,402	0,589	-
Classificação IDHM ¹	Muito Baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	2,69	1,83	-
% de população menor de 15 anos ¹	41,01	32,89	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	4,55	6,11	-

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: Banco de dados ciclo 2, PMAQ-AB.

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

*Dado primário com o município

Os indicadores sociais selecionados no quadro 3 revelam que Redenção da Gurgueia de baixo desenvolvimento social e econômico, com 30% de sua população vivendo em situação de extrema pobreza e 70% é beneficiária do Programa Bolsa Família. Embora tenha havido uma queda em relação à década anterior, no Censo de 2010 uma taxa de analfabetismo superior a 20%. Somente 40% dos domicílios tem acesso a esgotamento sanitário.

Quadro 43: Indicadores Sociais - Redenção do Gurgueia (PI)

Indicadores	2000	2010	2014
Renda familiar per capita mensal* ¹	123,32	255,92	
% população extremamente pobre** ¹	45,60	28,59	
% de população beneficiária do PBF*** ³	-	-	70,34
% de beneficiários por plano de saúde ⁴	0,18	0,19	0,45
Índice de Gini ¹	0,50	0,57	
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais ¹	31,70	21,78	
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	20,03	22,81	
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	5,83	26,13	
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	35,55	87,74	
% da população em domicílios com água encanada ¹	35,55	87,74	
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário**** ³	-	39,16	
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	64,51	95,90	
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	12,55	53,60	

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 .

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Cidade muito pequena, casas bem simples, rebocadas só na frente, o núcleo central não é exatamente na entrada, há um pequeno desvio. Algumas ruas principais

pavimentadas (foto). Muito calor e seco, chamou atenção a quantidade de motos com crianças sem capacetes. Um dos entrevistados mencionou que se um guarda observar alguém com capacete será parado. Comércio muito pequeno, com uma agência bancária (BRADESCO) e uma casa lotérica. Boa parte das ruas não estão asfaltada. Muitas pessoas sem fazer nada na rua, mesmo sendo cedo. Vimos funcionários de empresas de iluminação e do IBGE.

É comum chamarem as regiões mais longe de “interior”. Fomos ao Quilombola do Brejão dos Aipins, que fica a 20 Km de distância do centro. A coordenadora de AB, nos acompanhou, mas, tinha dúvida do caminho. Nesta estrada de terra bem conservada a maioria das casas era de pau a pique, com algumas roças e uma com uma criação até razoável de cabras. A área rural do Brejão tem uma população de remanescentes dos quilombolas, onde vivem 110 famílias, há uma unidade básica, tem apenas 1 ACS e uma pessoa que faz a faxina. Na Comunidade do Brejão quase todas as casas são de pau a pique, as que entramos com chão batido, com redes. Algumas poucas roças, várias pessoas vão para o brejo colher buriti que parece ser uma importante fonte complementar de renda.

O único transporte coletivo disponível no vilarejo é um pau de arara (foto) o qual cobra 7 reais o trecho para ir para a cidade (foto), que funciona durante os dias úteis pela manhã. Quando os usuários precisam de atendimento de emergência, entram em contato com o SAMU que a depender da avaliação pode não fazer o atendimento.

A equipe de saúde é contratada, tem um médico do PMM, brasileiro, havia uma cubana, que permanece na região, estudando para o revalida, de quem a população fala muito bem e tem o maior apreço. A mesma fazia parte da equipe rural do Brejão.

Grande parte da população tem como renda o bolsa família, outros trabalham em Bom Jesus, no agronegócio, colhem buriti para ajudar no sustento. Muitos desempregados, alcoolismo presente e gravidez na adolescência.

INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores sanitários do município de Redenção da Gurgueia demonstram que entre os anos de 2000 a 2016 ocorreu aumento no número de óbitos por doenças cardiovasculares 38,3%, e que permanecem causas de óbito 22,7% de doenças infecciosas e parasitárias e mortalidade por causas externas de 21.3% (Quadro 44).

Dentre questões sociais e de saúde, foram relatados pelos profissionais um alto índice de gravidez na adolescência, assim como a necessidade de promover ações de educação em saúde que fortaleçam a utilização de contraceptivos.

Quadro 44: Indicadores sanitários do município de Redenção da Gurguéia/PI, período de 2000, 2010 e 2016

		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		63,19	70,98	-
Nº de óbitos maternos ³		-	-	-
Mortalidade infantil ³	nº de obitos neonatal (0 a 27 dias)	1	2	1
	nº de obitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	2	0	0
	nº de obitos total em menores de 1 ano	3	2	1
Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	31,8 (Doenças do aparelho circulatório)	25 (Doenças do aparelho circulatório)	38,3 (Doenças do aparelho circulatório)
	2ª principal causa de morte	22,7 (Algumas doenças infecciosas e parasitárias)	14,3 (Doenças do aparelho digestivo)	21,3 (Causas externas de morbidade e mortalidade)
	3ª principal causa de morte	13,6 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	14,3 (Neoplasias)	12,8 (Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		4,3	3,4	2,1
Nº de óbitos por câncer de colo de útero ³		0	0	1
Nº de nascidos vivos em mães na faixa de etária de 10 a 19 anos		76	48	28
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g		10	12	7
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%) ^{3***}		-	-	4,1
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ^{3***}		-	25,77	128,69
Gestantes com nº de consultas de pré natal insuficiente (menos de 7 consultas) ³		151	95	59
Nº de partos domiciliares ³		1	2	2
Nº de casos de sífilis congênita ^{3***}		0	0	0
% ICSAB Piauí ³				41,58

¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

²:<https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

³:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por grupo de causa definidas/ nº total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

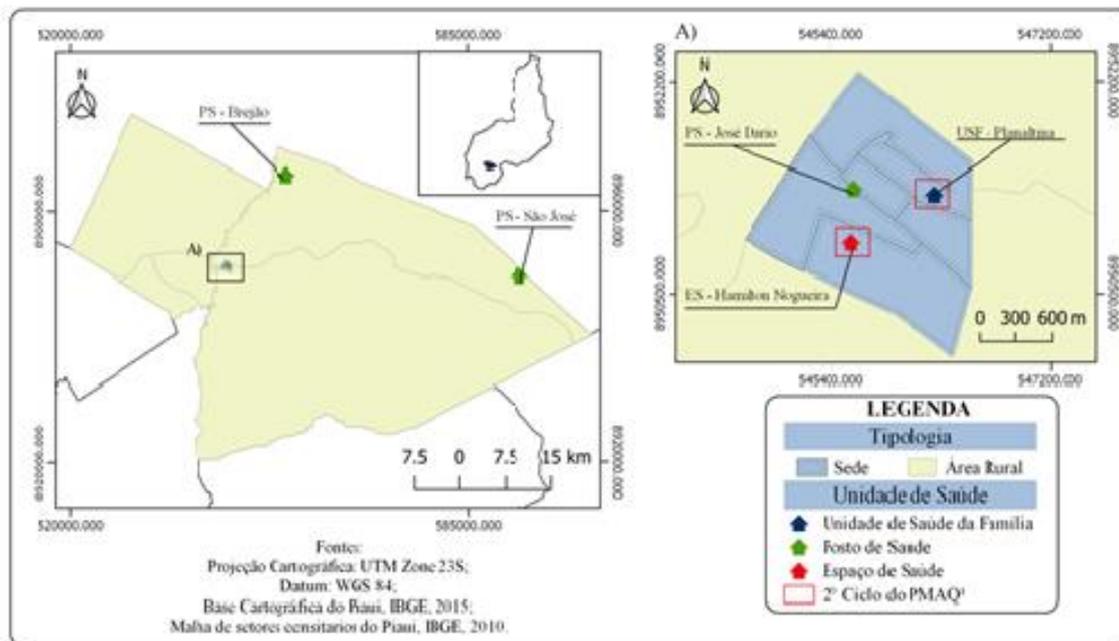
**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por causas mal definidas/ nº total de obitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município tem 6 unidades de Saúde, sendo que a UBS Hamilton estava em reforma, 3 equipes estavam atendendo na UBS do Estreito (Figura 17). As ESF respondem por territórios divididos, no geral, uma parte da sede mais comunidades afastadas, chamadas de “interior”. Segundo informações fornecidas pela coordenadora da Atenção Básica, as unidades de saúde do município foram reformadas e equipadas recentemente com recurso de emendas parlamentares. O município não contava com médicos em 2010, sendo que a situação melhorou muito em 2018 (Quadro 5).

Mapa 19: Distribuição geográfica das unidades básicas de saúde do município de Redenção da Gurgueia (PI).



Quadro 45: Indicadores de recursos humanos em saúde - Município de Redenção da Gurgueia/PI, 2010 e dezembro de 2018

	2010	2018
Nº de médicos ³	N/A	4
Medico clinico	N/A	N/A
Medico da Estratégia de Saúde da Família	N/A	4
Nº de enfermeiros ³	4	8
Nº de dentistas ³	N/A	4
Nº de Leitos n ⁴	N/A	19*

Fontes:

1: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def. Acesso em 30/03/2019

2: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/03/2019

3. CNES DATASUS, busca por CBO. Competência: dez/2018

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp. Acesso em 30/03/2019

4. Sala de Apoio a gestão estratégica do SUS - SAGE/SUS. <http://sage.saude.gov.br/> Acesso em 28/03/2019. Valores de PAB referentes a 2017

*Referentes a gestão dupla SUS

Sobre a organização da Atenção Primária no município, as equipes se estruturam a partir demanda espontânea, raras ocasiões a demanda é programada. A população precisa pegar uma ficha para garantir o atendimento médico na UBS.

São duas UBS na sede e 4 na área rural do município. As equipes das UBS localizadas nas áreas rurais ficam na sede municipal e duas vezes por semana deslocam para as diversas áreas rurais, os interiores. Quando os usuários precisam de atendimento, precisam chegar de madrugada para conseguir pegar ficha de atendimento na UBS em que a equipe que atende em sua área realiza o atendimento. Os indicadores de Atenção Básica podem ser visualizados no Quadro 6.

Com relação aos horários e dias de funcionamento, as UBS da sede funcionam 7:30 às 11:30, fecha para o almoço e retorna às 13:30 finalizando às 17h horas, de segunda a sexta.

Quadro 46: Indicadores de Atenção Básica - Redenção do Gurguéia (PI)

Indicadores	2010	2018
População	8567	8634
UBS em áreas rurais		4
UBS na sede		2
nº Eq ESF ³	3	4
nº ACS em ESF ³	21	21
nº Eq EACS ³	n/c	n/c
nº ACS em EACS ³	n/c	n/c
Total ACS ³	21	21
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	3	4
CAPS	n/c	n/c
NASF ³	n/c	1
ESF prisional ³	n/c	n/c
ESF Ribeirinha ³	n/c	n/c
ESF Fluvial ³	n/c	n/c
ESF Quilombola ³	n/c	n/c
Eq multiprofissional de Atenção Domiciliar ³	n/c	n/c
Cobertura ESF ⁴	100,00%	100%

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: CNES. http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 29/03/2019

4: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reIHistoricoCoberturaAB.xhtml>
Acesso em 29/03/2019

O Quadro 47 identifica o conjunto de recursos em saúde existente no município. Com relação a oferta dos serviços laboratoriais o município não realiza nem os exames básicos. Os exames eram realizados em Bom Jesus, porém o contrato foi finalizado. Às vezes a

população tem que pagar para um laboratório particular aberto recentemente no município pertencente a um médico que também presta atendimento no município como funcionário. Os exames solicitados como rotina para as consultas de pré-natal são coletados somente na sede, não são realizados os testes rápidos, somente os exames sorológicos para acompanhamento que são enviados ao LACEN, que fica em Teresina, e os resultados ficam prontos de 30 a 40 dias, os outros exames são realizados apenas em laboratórios particulares, sendo custeado pelos usuários.

O atendimento aos usuários hipertensos é realizado nas UBS pelo médico e enfermeiro, porém em demanda espontânea, o que dificulta a busca ativa dos pacientes que não realizam o controle. Frequentemente há falta de medicamentos, por vezes buscam na farmácia popular ou compram.

Quadro 47: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Redenção da Gurgueia (PI)

Tipo	Total	CNES	Descrição*
Posto de Saúde	3	2404583	PS DE SAO JOSE
		2404559	PS DO BREJAO
		2404567	PS JOSE DARIO
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	3	7058683	ESPACO SAUDE HAMILTON NOGUEIRA
		2404575	PS DE ESTREITO
		2404591	UNID DA FAMILIA DA PLANALTINA
Unidade Mista	1	2365014	UMS REDENCAO DO GURGUEIA
Unidade Móvel de Urgência.	1	7126204	SAMU REDENCAO DO GURGUEIA 01
Central de Gestão em Saúde	1	6553184	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE REDENCAO DO GURGUEIA

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp

*Dados que devem ser confirmados no contato com o município.

Chamou atenção encontrar uma usuária com CCU. a paciente não realizava o preventivo na UBS e não era orientada pelo ACS. A coleta do exame é realizada somente nas UBS da sede, pelo enfermeiro e os materiais encaminhados para Teresina no laboratório público.

Os serviços de imunização são oferecidos somente na UBS da sede, apenas em campanhas de vacina há oferta nas outras unidades de saúde rurais. Ao visitar a sala de vacina foi notada a presença quatro notebooks para realizar a anotação das vacinas.

A farmácia Básica está localizada ao lado da UBS Central. A dispensação de medicamentos é centralizada, exceto quando há atendimento na UBS Brejão, quando a equipe faz a dispensação de alguns medicamentos.

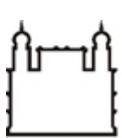
Os médicos entrevistados eram do Programa Mais Médicos, brasileiros e com graduação no Paraguai e conforme as falas dos profissionais do PMM são os que cumprem a carga horária e atendem mais pacientes extra agendamento. Durante a entrevista com o médico da UBS rural a coordenadora interrompeu a entrevista para solicitar que o mesmo

fosse realizar um atendimento de urgência de um usuário que não era da sua área de abrangência.

A unidade mista possui uma infraestrutura muito precária (foto), fica aberta 24 horas, porém só tem médico a noite. Realizam 10 pronto atendimentos diários. O financiamento é misto, estado e prefeitura. Também ficam na estrutura da Unidade mista 2 ambulâncias do SAMU de suporte básico.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família é composto pelos profissionais fonoaudiólogos, psicólogo, fisioterapeuta e educador físico. Os profissionais realizam atendimentos individuais geralmente encaminhados da UBS, somente o educador físico possui um grupo de atividade educativa coletiva realizada na escola com foco em adultos e idosos. Foi demonstrado que há uma pequena participação dos profissionais do NASF em grupos de atividade de educação em saúde.

PARTE VI
RESULTADOS PRELIMINARES -
[CASOS MÚLTIPLOS: SEMIÁRIDO]

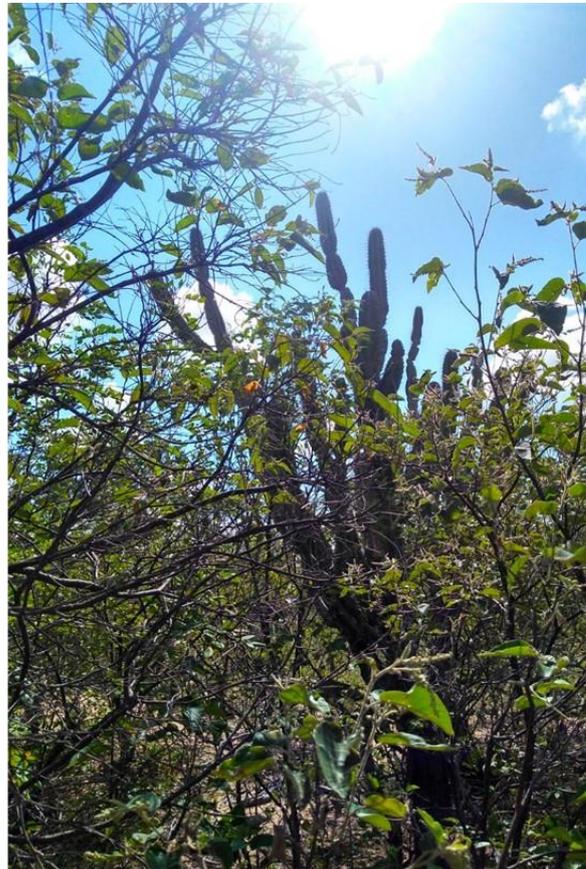


Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Centro de
Estudos
Estratégicos
da Fiocruz



SEMIÁRIDO

IPUPIARA - BA

Fotografia 8: Ipupiara - BA



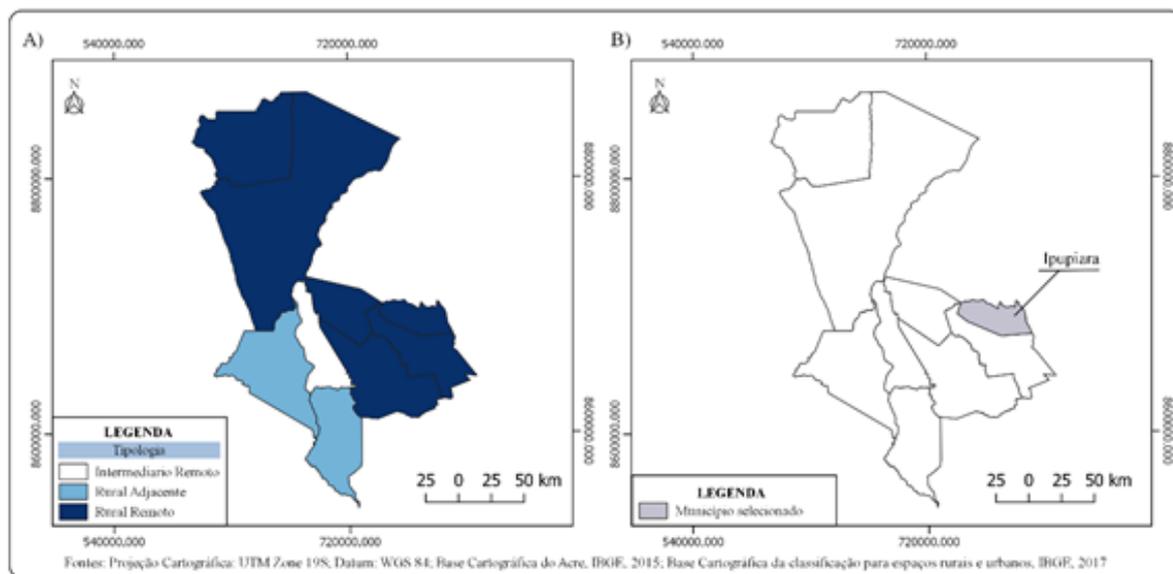
O município de Ipupiara (BA) compõe o grupo de municípios classificados na pesquisa como Semiárido. O semiárido brasileiro tem uma extensão territorial de 982.563,3 km², correspondendo acerca 12% do território nacional e abrange 1.262 municípios brasileiros, considerando a delimitação atual divulgada pela Sudene (2017), abrange os estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Minas Gerais, Pernambuco, Piauí, Sergipe e Rio Grande do Norte, tendo uma população total de 26.061.164 habitantes, de acordo com IBGE (2010).

Possui um clima árido, característico pela deficiência hídrica com imprevisibilidade das precipitações pluviométricas e pela presença de solos pobres em matéria orgânica. O prolongado período seco anual eleva a temperatura local, caracterizando a aridez sazonal. A hidrografia dessa região é composta, em sua maioria, por rios intermitentes, com exceção do Rio São Francisco que é um rio perene, o que faz com que a terra em seu entorno seja produtiva e, desta forma, a agricultura torna-se uma fonte de renda para população local.

Uma outra característica da região é o elevado nível de desigualdade social e econômica, intensificada pela distribuição desequilibrada de renda entre a população. Metade da população no Semiárido não tem renda fixa ou tem como única fonte de rendimento os benefícios governamentais, sendo a cobertura do Programa Bolsa Família (PBF) de 84%, realidade mais presente nas regiões rurais (Lemos e Fernandes, 2016; Silva ESA, Paes NA, 2019). Uma grande parte dos municípios é classificada nas faixas de PIB per capita baixa. Em 60,09% dos municípios do Semiárido o IDH varia de Muito Baixo a Baixo, sendo todos inferiores ao IDH do Brasil (0,727) (ATLAS, 2010).

Neste contexto está inserido o município de Ipupiara cuja localização territorial pertence à região geográfica intermediária de Xique-Xique - Barra, de acordo com a nova divisão regional do Brasil (IBGE, 2017). Dos 10 municípios pertencentes à região, seis foram classificados como elegíveis para participarem do estudo, sendo eles: Barra, Oliveira dos Brejinhos, Morpará, Ipupiara e Brotas de Macaúbas, sendo então classificados como rurais remotos pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017). Esses municípios, juntamente com Ipupiara, também integram a região de saúde de Ibotirama, composta por 9 municípios, cuja sede do Núcleo Regional de Saúde é o município de Barreira, polo regional do Oeste baiano. É importante salientar que no estado da Bahia, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) divide o território do estado 28 regiões, que se aglutinam em 9 Macrorregiões de Saúde (SESAB, 2017) (Figura 18 e Quadro 48).

Mapa 20: Mapas da regional de saúde do Ibotirama (BA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa



Quadro 48: Municípios da Região de Saúde de Ibotirama (BA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)

UF	Município	Classificação IBGE	Seleção Amostra
BA	Barra	Rural Remoto	Sim
BA	Brotas de Macaúbas	Rural Remoto	Sim
BA	Buritirama	Urbano	Não
BA	Ibotirama	Urbano	Não
<i>BA</i>	<i>Ipupiara</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>
<i>BA</i>	<i>Morpará</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>
BA	Muquém de São Francisco	Rural adjacente	Não
BA	Oliveira dos Brejinhos	Rural Remoto	Sim
BA	Paratinga	Urbano	Não

O TRABALHO DE CAMPO

O campo no município de Ipupiara - BA foi realizado de 29 a 31 de maio de 2019. O deslocamento da equipe de pesquisadores ocorreu no dia 28/05/2019, às 15h, após conclusão das entrevistas da USF Nestor Alves Torres da Zona Rural de Morpará, outro município da pesquisa. Os cinco pesquisadores seguiram em veículo tipo Van da marca Mercedes Bens. O percurso mais rápido entre os municípios se dá por meio de uma estrada de terra em condições não muito boas, passando por um trecho de subida íngreme, com passagem de um carro por vez. A chegada ao município de destino ocorreu por volta das 16h40min. Cerca de 95km do trajeto foi realizado em estrada de terra e os outros 15km foi em estrada asfaltada. Imediatamente após a chegada, os pesquisadores se hospedaram em uma pousada da cidade. A pesquisadora líder entrou em contato com o Coordenador da Atenção Básica, informando a chegada e confirmando o horário das entrevistas a serem realizadas no dia seguinte.

Aproximadamente às 08h30min do dia 29/05/2019, os pesquisadores foram recepcionados pelo Coordenador da Atenção Básica e apresentados ao Secretário Municipal de Saúde, na secretaria de saúde do município. Após a acolhida os pesquisadores apresentaram a pesquisa e seus objetivos.

Após as devidas considerações, os pesquisadores dividiram-se em um trio e uma dupla para entrevistar, respectivamente, o Secretário Municipal de Saúde e o Coordenador da Atenção Básica. As entrevistas iniciaram-se por volta de 9h, com duração de aproximadamente 3h. É importante salientar que o SMS, antes do início das entrevistas, solicitou a presença de um representante da secretaria para auxiliá-lo, sendo informado que não seria necessário e que as entrevistas deveriam ser individuais. Ao término da entrevista, foram acordados os últimos encaminhamentos logísticos de transporte e horários para as entrevistas nas USF a serem visitadas. Fato inusitado, ao final da entrevista, foi o descontentamento do SMS em relação ao tempo dispendido com a entrevista, alegando que muito trabalho o aguardava na SMS. Durante a entrevista, observou-se que a distribuição de recursos para o transporte de usuários a outros municípios para tratamento de saúde parecia ser tratada com o próprio Secretário.

Ficou acordado que no turno da tarde seria realizada a visita e entrevista dos profissionais e usuários da USF Mãe Marinalva Pereira da Silva, localizada na sede do município e, no dia seguinte, seriam realizadas as entrevistas na USF Arthur Gomes, localizada na zona rural. Às 14h, do dia 29/05, conforme combinado, a equipe encontrou-se com o Coordenador de Atenção Básica que os levou até a UBS sede, apresentando a equipe à enfermeira da equipe.

A médica estava em atendimento quando a equipe chegou na unidade e a enfermeira havia bloqueado sua agenda para receber os pesquisadores e organizar as entrevistas. Inicialmente a equipe apresentou os objetivos da pesquisa, e esclareceram as possíveis dúvidas, posteriormente se dividiram em uma dupla e um trio iniciando as entrevistas às 14h30min. Ficou acordado que a entrevista com a médica ficaria por último, considerando que estava em atendimento, e também para que os usuários selecionados não ficassem esperando. Nesta tarde foram entrevistados todos os três profissionais (médico, enfermeira e ACS) e os três usuários. É importante salientar que a usuária que respondeu à entrevista do traçador Câncer do Colo do Útero não teve lesão precursora, apenas tinha realizado preventivo na unidade no último ano. Contudo, sofria de problemas crônicos que demandava atendimento em serviços de referência, o que foi abordado e gravado após a finalização do roteiro CCU. Segundo a enfermeira, não havia usuária que tivesse tido alguma lesão de colo em 2017. Ao final da última entrevista, a UBS já se encontrava fechada, pois a entrevista com a médica encerrou-se às 18h30min. Ao final, agradecemos à equipe e nos dirigimos à pousada. Enquanto parte dos pesquisadores aguardavam a finalização da entrevista com a médica, presenciou-se um episódio de homofobia na praça localizada no entorno da UBS, protagonizado por um vigia comunitário. As entrevistas com os profissionais tiveram uma duração média de 1h40min, e com os usuários variou de 1h a 20min.

No dia 30/05/2019, às 9h a equipe encontrou-se novamente com o Coordenador da Atenção Básica que a acompanhou até a unidade da Zona Rural a USF Arthur Gomes da Silva, que embora fosse responsável pela área rural, localizava-se a apenas 8 min da sede, uma distância de 4,6km em estrada asfaltada. Entretanto a UBS era responsável pelo atendimento de localidades com uma distância de aproximadamente 40km entre a unidade e o povoado. Ao chegar à USF, o coordenador apresentou a equipe de pesquisa para a enfermeira, e a pesquisadora líder juntamente com os demais apresentou o projeto e seus objetivos às 9h40min as entrevistas foram iniciadas. Para melhor otimizar o trabalho, a equipe se dividiu em duas duplas, sendo que um dos pesquisadores ficou sozinho, em sequência foram entrevistados os usuários de PPP, Hipertensão e CCU. Em seguida, foram entrevistados o médico, integrante do Programa Mais Médicos e a enfermeira e, por fim, a Agente Comunitária de Saúde. A entrevista com os usuários teve uma duração média de 45 min e com os profissionais variou de 50min a 2h20min. As entrevistas se encerraram às 14h, sendo realizado no total 14 entrevistas.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

A cidade de Ipupiara foi emancipada em 9 de agosto de 1958, mas antes de ser emancipada pertencia ao município de Brotas de Macaúbas. O território do município está localizado em uma região montanhosa, com serras verdes e um misto de vegetação da caatinga e da Chapada Diamantina. Os primeiros habitantes da região foram os índios, que deixaram pinturas rupestres que podem ser vistas até hoje nas comunidades de Larginha e Pintada (PMI, 2019). Os relatos históricos contam que o surgimento da atual cidade de Ipupiara deve-se à descoberta de jazidas de ouro e carvão. Por volta de 1792, o português Romão Gramacho fez as primeiras penetrações no solo da região, a qual chamou de "Caiam-Leda". Possui dois distritos: a sede (Ipupiara) e Ibipetum, onde estão distribuídos mais de 70 povoados e alguns importantes aglomerados, como Sodrelândia, Pintada, Bela Sombra, Riacho das Telhas, Lagoa da Boa Vista, Pé de Serra, Baixa dos Marques, Coxinho, Vanique e Lagoa de Prudente (IBGE, 2019; PMI, 2019).

A cidade tem uma extensão territorial de 1.055,760km², tendo vegetação e clima característicos do semiárido, distante a 624 km da capital Salvador, com uma de população estimada em 9.285 habitantes, sendo que 64,4% (5.979) da população vive na área urbana, segundo censo IBGE (IBGE, 2010), tendo um gasto em saúde de R\$ 2.732.216,91 (TCM-BA,2018) e PIB per capita 7.333,99. Cerca de 96,3 % de sua receita foi oriunda de fontes externas segundo dados do IBGE (IBGE, 2010). A média salarial mensal dos trabalhadores formais é de 1,2 salários mínimos, sendo que apenas 10,3% da população tem emprego formal. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, 51,1% da população de Ipupiara vive nessas condições (Quadro 49).

A população sobrevive basicamente da agricultura e pecuária de subsistência. No solo do município são encontradas pequenas quantidades de minério, como: ouro, carbonato, mármore, manganês, barita e cristal de rocha, etc. A cidade tem despontado no comércio atacadista de roupas e acessórios com o investimento de empresários em lojas de revenda desses itens, atraindo compradores de diversas regiões, e movimentando a economia local (PMI, 2019).

Quadro 49: Indicadores demográficos - Município Ipupiara (BA)

Ano de criação	1958
Área Territorial (km ²)	1.055,760
Densidade Demográfica (hab/km ²)	8,75
Populações tradicionais predominantes	---
Indicadores 2010 (Último Censo)	
População total	9.285
População urbana	5.979 (64,4%)
População rural	3.306 (35,6%)
IDHM	0,590
Classificação IDHM	Baixo

Fonte: Nota técnica projeto APS- Rural Remoto Brasil; IBGE, 2010

Assim, como em outras áreas do semiárido nordestino, em Ipupiara observa-se uma importante vulnerabilidade socioeconômica, na qual 52,26% da população é beneficiária do PBF. O índice de Gini é de 4,1, indicando uma elevada desigualdade social entre a população. O IDHM é de 0,59, caracterizado como baixo (Quadro 3).

Outro fator que corrobora para vulnerabilidade da população são as condições precárias de saneamento básico. Apenas 1,7% dos domicílios possui esgotamento sanitário adequado, em alguns pontos da cidade é possível observar o esgoto a céu aberto. Tal fato foi relatado por usuários entrevistados, pertencentes ao distrito de Ibipetum, no qual se localiza a USF da zona rural visitada.

No que diz respeito ao abastecimento de água na zona urbana, os domicílios contam com rede geral de distribuição de água, e na zona rural o abastecimento é predominantemente por poço artesiano, cisterna e/ou carro pipa com armazenamento em reservatório, as cisternas foram construídas pelo Programa Nacional de Apoio à Captação de Água de Chuva e outras Tecnologias Sociais, do governo federal, implantado na região Nordeste deste de 2003, sendo uma importante estratégia para melhoria da qualidade de vida da população local (FUNDAÇÃO ASA, 2019). Alguns indicadores do município são apresentados na tabela 50.

Quadro 50: Indicadores Sociais - Ipupiara (BA)

Indicadores	2010
Renda média trabalhadores formais	1,2 salários mínimos
População formalmente ocupada	10,3
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade	98,8
IDEB - Anos iniciais do ensino fundamental 2017	5,4
PIB Per capita	7.333,99
% domicílios com banheiro e água encanada área urbana	76,65
% da população em extrema pobreza	39,14
Índice de Gini	4,1
% de população beneficiária do PBF	52,26

Fonte: Censo IBGE 2010

Em relação a coleta e destinação do lixo, na zona urbana esse serviço é realizado pelo serviço de limpeza urbana e na zona rural o lixo é queimado na propriedade das famílias, conforme relatado nas entrevistas com os profissionais e gestores.

Em um aspecto geral a cidade de Ipupiara apresentou-se com melhor desenvolvimento estrutural em relação à Morpará, cidade que também foi visitada pela equipe. Observou-se o desenvolvimento do comércio da região, entretanto há um monopólio político no local, com bastante influência do atual prefeito. Muitas empresas do

ramo de alimentos, construção e comércio de roupas pertencem a sua família (relatos da população local).

INDICADORES DE SAÚDE

A análise do perfil epidemiológico do município de Ipupiara demonstra melhoria nas condições de vida e saúde da população em relação a indicadores de morbidade e mortalidade, quando comparado os anos de 2000 e 2010. Houve um discreto aumento na expectativa de vida, com redução das taxas de mortalidade infantil, em contrapartida, o número de mortes por causas evitáveis cresceu, nas faixas etárias analisadas, evidenciando que ainda existem problemas de saúde e socioeconômicos que necessitam ser superados (Quadro 51).

Ao analisar indicadores mais recentes é possível perceber que dentre as principais causas de morte estão às doenças crônicas e suas complicações. Foram registrados dois óbitos devido ao diabetes e 13 óbitos relacionados a doenças hipertensivas (DATASUS, 2017). Não houve registro de casos de óbito por doenças infectoparasitárias, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, gastroenterites ou por causas externas.

Os dados encontrados nas bases assemelham-se ao que foi relatado pelos profissionais nas entrevistas, quando questionados sobre a principal causa de adoecimento e morte no município, sendo relatado como causas principais a hipertensão e o diabetes. Por tratar-se de área rural e com características remotas esperava-se uma maior prevalência de acidentes por animais peçonhentos, doenças infectoparasitárias e gastroenterites, mas foram muito pouco os casos relatados.

Quadro 51: Indicadores sanitários - Município Ipupiara (BA)

Indicadores		2000	2010
Expectativa de vida		66,1	69,2
Nº de óbitos maternos		-	-
Mortalidade infantil ao nascer		38,5	30,0
Mortalidade até os 5 anos de idade		49,5	32,4
Taxa de fecundidade total		2,9	2,2
Taxa de envelhecimento		9,49	11,71
Mortalidade infantil	nº de óbitos neonatal (0 a 27 dias)	2	1
	nº de óbitos pós neonatais (28 dias até 1 ano)	1	0
Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos		3	7

Óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos		25	28
Óbito por causa externa		7	4
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		57	54
Nº de óbitos por câncer de colo de útero		-	-
Internação Hospitalar		-	40
Casos notificados de dengue		-	11
Acidente por animal peçonhento		-	-
Nº de nascidos vivos		135	122
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g		2	9
Nº de nascidos vivos de mães de 14 a 19 anos		36	23

Fonte: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 01/10/2019

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvba.def> Acesso 01/10/2019

<https://ba.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 01/10/2019

A cobertura vacinal no município, em 2018, foi de 100% para crianças menores de dois anos para as vacinas Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral (SESAB, 2018). Considerando o aumento de casos de sarampo no país, ao analisar a cobertura vacinal no município para Tríplice Viral (sarampo, rubéola, caxumba) observa-se que a cobertura apresentou redução nos anos de 2015 e 2016, possivelmente, relacionada à falta de vacina vivenciada nesses anos. Entretanto nos anos seguintes manteve-se acima do mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde (95%). Já em relação à vacina tetra viral (sarampo, rubéola, caxumba + varicela), não há informações sobre a cobertura nos anos de 2010 a 2012, e nos outros anos a cobertura registrada foi baixa, não tendo registro em 2018 e 2019 (tabela 7).

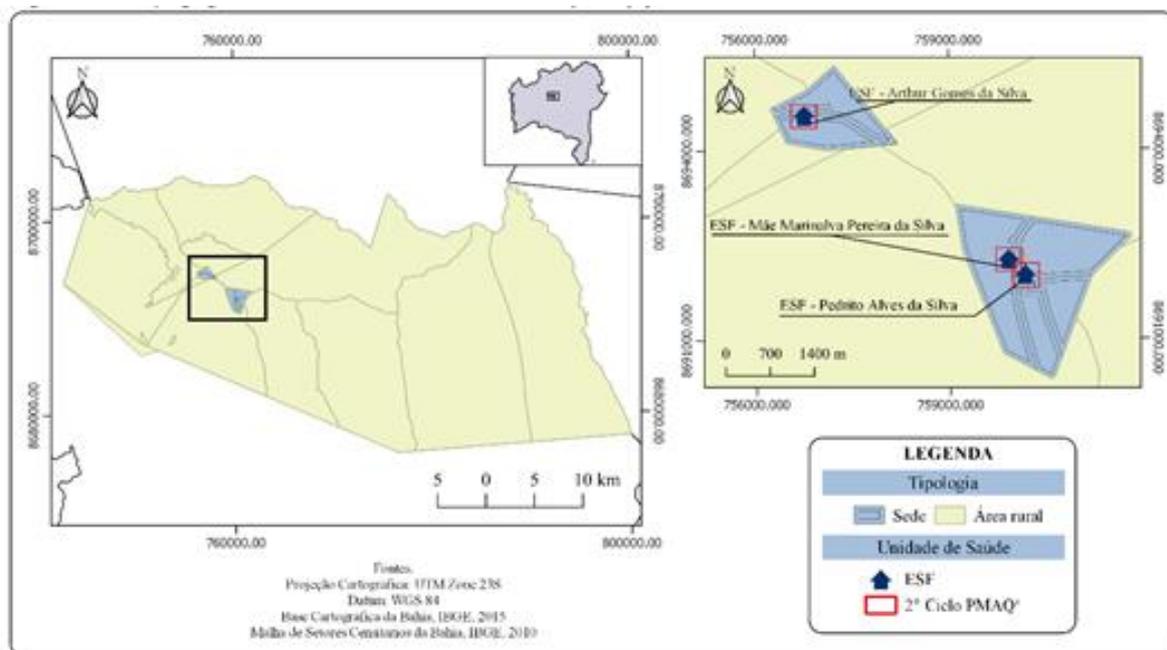
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

No período de realização da pesquisa, o município contava com três USF, sendo duas localizadas na sede e uma localizada em área rural (Tabela 9, figura 1). No entanto, uma nova unidade foi inaugurada, em agosto de 2019, na área urbana da cidade, conforme identificado no cadastro do CNES. O município conta com dois profissionais do PMM, um na unidade da sede, que não foi visitada, e outra na zona rural. Na unidade visitada na sede, a médica é peruana e trabalha há 20 anos no município, conhece uma grande parte da população e possui um vínculo significativo com os usuários. Além de atuar na equipe de SF da sede, tem outras especializações, servindo de referência para os usuários também em especialidades como psiquiatria, cardiologia e no SAMU. Cabe salientar que a UBS da sede também atende a algumas localidades da zona rural. Tanto as UBS da sede

quanto rural apresentavam boa ambiência, com consultórios de enfermagem, médico, odontológico, sala de ACS, de grupos e procedimentos. A UBS da sede apresentava também um pequeno auditório que servia para atividades realizadas pelos profissionais do NASF.

Ipupiara possui duas equipes de saúde bucal, entretanto apenas um odontólogo que é responsável pelo atendimento NASF tipo 2 cadastrado, composto por psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista, e tem uma cobertura de atenção básica de 100%, conforme dados do Ministério da Saúde em 2019 (BRASIL, 2019). O município ainda conta com uma unidade de coleta do LACEN, porém no momento da visita, o mesmo não estava funcionando, por falta de material para coleta de amostra de sangue. Alguns dos indicadores que caracterizam a oferta de AB no município estão descritos na Figura 19 e nos quadros 52 e 53.

Mapa 21: Mapa das unidades de saúde



Quadro 52: Cadastro Atenção Básica Ipupiara BA 2019

Indicadores	2019
UBS/ESF/PS em áreas rurais	01
UBS/ESF na sede	02
Unidade Mista na sede	0
nº Eq ESF	03
nº ACS em ESF	23
nº Eq EACS	0
nº EqSB (em ESF ou EACS)	02
NASF - AB	01
Cobertura ESF (%)	100

Quadro 53: Indicadores de Atenção Básica Ipupiara 2015

Indicador	Número
Famílias cadastradas	3.162
Pessoas cadastradas	10.012
Crianças menores de 1 ano	87
Crianças de 1 a 4 anos	499
Idosos > 60 anos	1.763
Deficiência física	173
Alcoolismo	39
Diabéticos	274
Hipertensos	1.385
Hanseníase	4
Tuberculose	1
Gestante (10 a 19 anos)	9
Gestante 20 e +	44
Pessoas com Plano de Saúde	69

Fonte: DATASUS - <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFBA.def>. Acesso em 07/10/2019

Os quadros 54 e 55 apresentam, respectivamente, dados relacionados ao número de profissionais da saúde nos equipamentos municipais. Para serviços de urgência, o município conta com o Hospital Municipal, classificado como de pequeno porte, e recebe recurso para gerenciar a unidade. Além disso, possui uma unidade móvel avançada e uma unidade móvel básica do SAMU 192. Todos os partos que não são de alto risco são realizados no hospital municipal. A autorização para realização de parto cesáreo estava suspenso no momento do trabalho de campo.

Quadro 54: Indicadores de recursos humanos em saúde - Município de Ipupiara BA

Indicadores	2019
Nº de médicos	08
Cadastro como cirurgião geral	0
Cadastro como clínico	04
Cadastro como médico ESF	04
Cadastro como ginecologista e obstetra	01
Cadastro como oftalmologista	0
Cadastro como pediatra	0
Fisioterapeuta geral	02
Psicólogo clínico	01
Nutricionista	01
Nº de enfermeiros	11
Nº de dentistas	02

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp> Acesso em 22/10/2019

Quadro 55: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Ipupiara (BA)

Tipo de Estabelecimento	CNES	Descrição	Área
Unidade Móvel de Urgência	6974139	Base SAMU 192 Ipupiara	Urbana
Unidade Básica de Saúde	4026659	Estratégia de Saúde da Família Mãe Marinalva Pereira	Urbana
Unidade Básica de Saúde	7058586	Estratégia de Saúde da Família Pedrito Alves Da Silva	Urbana
Unidade Básica de Saúde	4026667	Estratégia de Saúde da Família Arthur Gomes da Silva	Rural
Unidade Básica de Saúde	9850473	UBS Getúlio Ribeiro Barreto	Rural
Hospital Geral	4026675	Hospital Municipal Guilhermino Pereira Machado	Urbana
Farmácia	6494749	Farmácia Básica Municipal de Ipupiara	Urbana

Fonte: CNES <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

É interessante destacar que embora o município tenha aderido ao PMM e que duas equipes contassem com tais profissionais, o SMS avaliou negativamente a política federal implementada durante o governo Dilma Roussef, destacando que a nova configuração com médicos brasileiros formados no exterior seria “muito melhor” embora não soubesse explicitar as razões. Durante a entrevista com o gestor municipal ficou explícita o alinhamento ao governo federal e dissonância em relação ao governo estadual da Bahia, sob gestão do Partido dos Trabalhadores.

Com relação aos horários e dias de funcionamento as UBS funcionam de 07h às 12h e de 14h às 17h de segunda a sexta e no momento encontravam-se com equipes completas.

MORPARÁ - BA

Fotografia 9: Morpará - BA



O município de Morpará (BA) compõe o grupo de municípios localizados no semiárido, região composta por 1.262 municípios, estes distribuídos nos estados do Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia e Minas Gerais. A classificação de semiárido se baseia, segundo a Resolução N^o 107/2017 em critérios técnicos e científicos, destes quais, os principais são, ter uma precipitação pluviométrica média anual igual ou inferior a 800 mm, um Índice de Aridez de Thornthwaite igual ou inferior a 0,50 e um percentual diário de déficit hídrico igual ou superior a 60%, considerando todos os dias do ano (BRASIL 2017).

É uma região delimitada pela Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), na qual as condições climáticas dominantes são de semiaridez. Como reflexo das condições climáticas, a hidrografia é frágil, sendo insuficiente para sustentar rios caudalosos que se mantenham perenes nos longos períodos de ausência de chuvas, exceção a essa regra, constitui-se apenas o rio São Francisco, que devido às características hidrológicas que possui, permite a sua sustentação durante o ano todo, fazendo com que esse rio adquira uma significação especial para as populações ribeirinhas e da zona do Sertão (IBGE, 2010).

Outra característica da região do semiárido é o alto índice de vulnerabilidade socioeconômica, característica esta agravada nas regiões rurais e remotas dessa região. Uma situação que exemplifica elevado índice de vulnerabilidade é a quase inexistência de

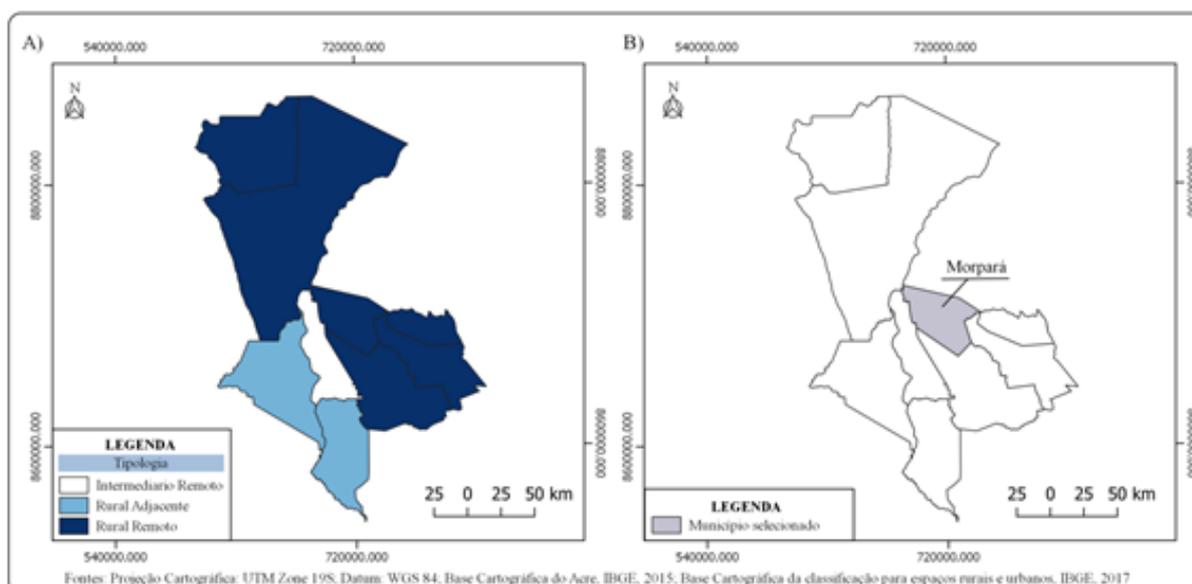
esgotamento sanitário, sendo utilizado como alternativa a fossa rudimentar, e a falta de rede de abastecimento de água tratada, com utilização pela população de água de poços e cisternas que são abastecidas por água da chuva ou caminhões pipa. A renda mensal domiciliar é inferior a um salário mínimo, sendo muito comum, famílias terem como única fonte de renda o Programa Bolsa Família (SILVA, A. S, et. al, 2014).

No geral, os municípios da região possuem grande extensão territorial, porém baixa densidade populacional, apresentando uma população média de 10.000 habitantes, sendo que existem muitos municípios com população inferior a 5.000 habitantes, e poucos com uma população que exceda os 300.000 habitantes.

Os municípios selecionados para a pesquisa, que além de fazerem parte do semiárido, tem características segundo o IBGE de município rural e remoto, se localizam no Estado da Bahia e no Piauí. Os selecionados na Bahia foram três, Pilão Arcado que faz parte da região de saúde de Juazeiro, Morpará e Ipupiara que fazem parte da região de saúde de Ibotirama, e no Piauí, o município de Rio Grande do Piauí, que pertence à região de saúde de Itaueiras.

A região de saúde de Ibotirama na Bahia, esta é composta por dez municípios, sendo eles: Barra, Brotas de Macaúbas, Buritirama, Ibotirama, Muquém de São Francisco, Oliveira dos Brejinhos, Paratinga, Ipupiara e Morpará, onde juntos somam uma população média de 195.467 habitantes, e apresentam em sua maioria um baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). A sede do núcleo regional se localiza no município de Barreiras (SESAB, 2019). Um dos municípios selecionados desta regional, por sua característica rural e remoto foi o de Morpará (figura 20).

Mapa 22: Mapas da regional de saúde de Ibotirama (BA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa.



Quadro 56: Municípios da Região de Saúde de Ibotirama (BA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).

UF	Município	Classificação IBGE	Seleção Amostra
BA	Barra	Urbano	Não
BA	Brotas de Macaúbas	Urbano	Não
BA	Buritirama	Urbano	Não
BA	Ibotirama	Urbano	Não
BA	Ipupiara	Rural Remoto	Sim
BA	Morpará	Rural Remoto	Sim
BA	Muquém de São Francisco	Rural adjacente	Não
BA	Oliveira dos Brejinhos	Urbano	Não
BA	Paratinga	Urbano	Não

Fonte: IBGE <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>

O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo no município de Morpará foi realizado nos dias 27 e 28 de maio de 2019. No dia 26/05/2019 às 09h00min os cinco pesquisadores deslocaram-se do município de Vitória da Conquista para o município de Morpará, pela rodovia BA - 156 com veículo do tipo van da marca Mercedes Bens, e chegando ao município de destino em torno das 17h00min. Boa parte do trajeto foi realizado em estrada de asfalto, e os últimos 30 km em estrada de terra, único acesso terrestre à cidade. Imediatamente após a chegada, no fim de tarde de domingo, os pesquisadores se hospedaram em uma das duas únicas pousadas da cidade e a pesquisadora líder entrou em contato com o Secretário de Saúde e a Coordenadora da Atenção Básica, informando a chegada e confirmando o horário das entrevistas com os mesmos, a serem realizadas no dia seguinte.

As 08h00min do dia 27/05/2019 os pesquisadores foram recepcionados pelo Secretário Municipal de Saúde e pela Coordenadora da Atenção Básica na secretaria de saúde do município. Realizadas as devidas apresentações, os pesquisadores apresentaram a pesquisa, salientando os objetivos e sanando possíveis dúvidas que ficaram na leitura do material previamente enviado por e-mail para os gestores municipais.

Após as devidas considerações, os pesquisadores dividiram-se em uma dupla e um trio para entrevistar os gestores municipais: Secretário Municipal de Saúde e Coordenadora da Atenção Básica. Estas entrevistas tiveram início em torno das 09h00min, com duração de aproximadamente 3h00min. Ao término da entrevista, às 12h00min, foram acordados os últimos encaminhamentos logísticos de transporte, horários de entrevistas e UBS a serem visitadas.

Ficou acordado que no turno da tarde seria realizada a visita e entrevistas dos profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família Vilmar Andrade Coimbra, localizada na sede do município, e no dia seguinte seria feito o deslocamento e a realização das entrevistas na Estratégia de Saúde da Família Nestor Alves Torres localizada na zona

rural. Segundo o informado, ambas as equipes estavam cientes da pesquisa e haviam mobilizado os usuários referentes aos agravos e condições traçadoras (hipertensão, câncer de colo de útero e pré-natal/parto/puerpério), com base nos critérios orientados previamente pelos pesquisadores.

Às 14h00min quatro pesquisadores chegaram a Estratégia de Saúde da Família Vilmar Andrade Coimbra (sede) e a pesquisadora líder se deslocou com o transporte da equipe para realização da entrevista com o gestor da regional de saúde no município de Ibotirama. Os quatro pesquisadores chegaram à unidade, se apresentaram na recepção e ao aguardarem a chegada dos profissionais para apresentação e organização da logística e divisão das entrevistas, foi presenciado uma situação extremamente constrangedora: a recepcionista informou a uma usuária que a mesma não seria atendida naquele dia, pois o médico iria “conversar com esse povo que veio de fora”, gerando insatisfação e ofensas da usuária para com a recepcionista e vice e versa.

Com a chegada da enfermeira, os quatro pesquisadores explicaram os objetivos da pesquisa e esclareceram as possíveis dúvidas, posteriormente se dividiram em duas duplas, uma dupla iniciando a entrevista com a enfermeira às 14h30min e a outra dupla iniciou outra no mesmo horário com uma usuária hipertensa que já estava aguardando, ficando acordado que a entrevista com o médico ficaria por último, pois o mesmo iria atender alguns pacientes e também para que os usuários selecionados não ficassem esperando.

Nesta tarde foram entrevistados todos os três profissionais (médico, enfermeira e ACS) e os três usuários. Uma dupla de pesquisadoras realizou as entrevistas da enfermeira e do ACS, que tiveram duração maior, em torno de 02h00min e a outra dupla realizou as três entrevistas com os usuários e a do médico, que tiveram duração média de 01h00min. É importante salientar que a usuária que respondeu à entrevista do traçador CCU, não teve lesão precursora, apenas tinha realizado preventivo na unidade no último ano. Segundo a enfermeira a equipe não tinha nenhuma usuária que tivesse tido alguma lesão de colo em 2017. No fim da última entrevista a unidade já se encontrava fechada devido o avançar do horário, que excedia as 18h00min. Ao final, agradecemos à equipe que ainda se encontrava na unidade e nos dirigimos à pensão, cerca 30min depois de nossa chegada, a pesquisadora líder também retornou do município de Ibotirama, onde também obteve êxito na realização de sua entrevista com o gestor regional, com duração de cerca de 02h40min.

No dia 28/05/2019, havia ficado acordado com a Coordenadora da Atenção Básica que iríamos para a unidade da zona rural, junto com um membro da equipe (técnica de enfermagem)

Em torno das 08h40min foi realizado o deslocamento para a Estratégia de Saúde da Família Nestor Alves Torres localizado no povoado rural de Mocambo do Branco via BA - 225. O deslocamento foi em estrada de terra em más condições e com muitos trechos de serras. O tempo de deslocamento para percorrer cerca de 40 quilômetros de distância da sede do município até a unidade de saúde foi em torno de 01h10min

Às 10h00min a equipe de pesquisadores foi recepcionada pela enfermeira da unidade de saúde, sendo em um primeiro momento, apresentada a pesquisa e sanada possíveis dúvidas e após isso, a equipe se dividiu para realização das entrevistas. É importante salientar que a unidade estava cheia de usuários que iriam passar em consulta com o médico, e que a enfermeira não agendou atendimentos para o turno para realização da entrevista.

Em torno das 10h20min foi iniciada a entrevista com a enfermeira por uma pesquisadora apenas, pois como já havia mais de um usuário aguardando para ser entrevistado, e por conta do transporte dos mesmos, foi necessário agilizar a entrevista. A entrevista da enfermeira foi a mais longa, durando em torno de 02h50min, devido a inúmeras interrupções por motivo de demandas administrativas e técnicas que surgiam a todo o momento.

Conforme foram se encerrando as entrevistas com os usuários, ACS e enfermeira, e durante a espera pelo fim do atendimento médico para realização da entrevista com o mesmo, foram realizadas fotos e visita à unidade. Com a quantidade de usuários que ainda havia para serem atendidos pelo médico e por passar do meio dia, a enfermeira sugeriu que os pesquisadores fossem junto com ela almoçar na casa de uma pessoa da comunidade, que tinha preparado previamente o almoço para equipe.

Ainda durante o almoço, o médico, chegou, almoçou rapidamente, em menos de 20min e já se levantou para retornar para unidade, e assim junto com ele foram duas pesquisadoras realizar a entrevista. Enquanto isso o restante dos pesquisadores fez um vídeo pílula com a enfermeira que apresenta uma característica muito interessante, que é residir no povoado, o que a fez se tornar uma figura de referência para a comunidade, que a procura quando precisa, não apenas em horários ou dias comerciais. Essa relação se reflete na fala da profissional: “aqui eu sou enfermeira em tempo integral, trabalho de domingo a domingo, de manhã, à tarde e a noite”.

Em torno das 14h30min se encerraram as entrevistas e a equipe de campo seguiu viagem rumo à segunda cidade do semiárido baiano, conforme previa o cronograma. No município de Morpará (BA), foram realizadas no total 14 entrevistas.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

Morpará foi descoberta em 1812 por um vaqueiro da fazenda Picada que encontrou, enquanto buscava gado, vários ranchos dos índios que pescavam às margens do Rio São Francisco, local este que serviu muitos anos depois para ancoragem dos navios chamados vapor, o que fez este local ficar conhecido por todos como Porto do Vapor (Portal da Prefeitura Municipal de Morpará, 2019)

Seu primeiro nome foi dado pela aglomeração de pescadores Rancho Velho, depois foi denominado de Morro do Paramirim por ser aí o encontro dos rios São Francisco e Paramirim. Em 1891 o local foi loteado por um fazendeiro para venda, nisto foram chegando pessoas que abriram comércios, em 1916, chegaram novos comerciantes, especialmente os Brejeiros, que se instalaram comprando peixes, cera de carnaúba, peles e couro de todos os animais, vendendo essas mercadorias para cidades como Juazeiro (BA), Petrolina (PE) e para o estado de Sergipe.

Com o desenvolvimento, Morpará recebeu os primeiros serviços públicos, e em 16 de julho de 1962, o município foi criado com parte do território do distrito de Morpará, desmembrado de Brotas de Macaúbas, e com o território do distrito de Quixaba, desmembrado de Oliveira dos Brejinhos (Portal da Prefeitura Municipal de Morpará, 2019).

No município destaca-se o potencial natural, pois é banhado pelo Rio São Francisco, apresenta muitas serras e uma vegetação vasta. Pertence à região econômica do Vale do São Francisco, a região administrativa de Barra, fazendo limites ao norte com os municípios de Barra e Xique-Xique, ao leste com o município de Gentio do Ouro, Ipupiara e Brotas de Macaúbas, ao oeste com o Rio São Francisco, fazendo divisa com Ibotirama e ao sul com o município de Oliveira dos Brejinhos.

Quem nasce em Morpará chama-se morparaense. Morpará possui extensão territorial de 2.093.872 km², uma população estimada segundo dados do IBGE de 8.280 habitantes, destes 5538 residentes na zona urbana e 2742 na zona rural, com densidade demográfica de 4,88 habitantes por km² (Quadro 2).

Quadro 57: Indicadores demográficos - Município Morpará (BA)

Ano de criação	1962
Área Territorial (km ²)	2.093.872
Densidade Demográfica (hab/km ²)	4,88
Populações tradicionais predominantes	Pescadores e agricultores familiares
Indicadores 2010 (Ultimo Censo)	
População total	8.280
População urbana	5.538 (66,9%)
População rural	2.742 (33,1%)
IDHM	0,558
Classificação IDHM	Baixo

Fonte: Censo IBGE 2010

Morpará é um município baiano, banhado pelo Rio São Francisco, que tem sua população predominantemente residente na sede do município 66,9 % e 33,1% residentes em áreas rurais, distribuído nos povoados de Quixaba, Mocambo do Branco e Carnaúba Grande. Apresenta grande vulnerabilidade socioeconômica, o que se reflete em se IDM baixo, apresentando grande parcela da população cadastrada em programas sociais, como predominantemente o Bolsa Família, mas também o bolsa defeso e o auxílio safra, devido à predominância da pesca e da agricultura de subsistência como fonte de renda. Fazem jus a esses auxílios devido ao caráter de sazonalidade dessas atividades, da alternância de períodos produtivos e improdutivos, e de reprodução dos peixes no qual eles não podem pescar, recebendo esses auxílios para sustento nesses períodos. Outra possível fonte de renda, principalmente dos residentes na sede, é a ocupação de vagas no serviço público, porém essa oportunidade é destinada a um número reduzido de pessoas.

Segundo o IBGE em 2017, o salário médio mensal era de 1.5 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 5.0%. Na comparação com os outros municípios do estado, sobre o salário médio mensal e proporção de pessoas ocupadas, Morpará ocupava as 324^a e a 369^a posições respectivamente (de um total de 417 municípios no Estado da Bahia). Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 54.8% da população nessas condições. (IBGE, 2017).

Outra característica que endossa a grande vulnerabilidade deste município são as condições de esgotamento sanitário e abastecimento de água. Apresenta 4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, este percentual situado exclusivamente na zona urbana, pois na zona rural a quantidade de domicílios com esgotamento sanitário adequado é zero. Outro dado relevante é que 0% dos domicílios urbanos se localizam em vias públicas com urbanização adequada, com presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2017).

O esgotamento sanitário na zona urbana é predominantemente por fossa rudimentar, apresentando em algumas regiões da cidade esgotamento a céu aberto, na zona rural acontece da mesma forma. Já o abastecimento de água na zona urbana é quase em sua totalidade por rede de abastecimento de água tratada. Na zona rural essa questão da água é um grande problema. Essa população não possui abastecimento por uma rede de água tratada, recorrendo à abertura de poços artesianos, que nem sempre oferecem água em condições de consumo humano, captação da água da chuva e armazenamento em cisternas, esporadicamente abastecidas por caminhão pipa da prefeitura para que as famílias não fiquem sem água apropriada para o consumo, porém segundo moradores, essa situação ainda acontece.

A destinação do lixo na zona urbana é mais de 90% coletado por serviço de limpeza urbana e na zona rural mais de 90% do lixo é queimado na propriedade das famílias, o restante sendo jogado geralmente em terrenos baldios.

A cidade é caracterizada por comércio fraco, sem grandes lojas ou variedade na oferta de serviços, como, por exemplo, locais para hospedagem com melhor estrutura. Também há restrita opções de locais para alimentação.

Apesar de todas as dificuldades citadas, é uma cidade de pessoas acolhedoras e aguerridas, que não tem medo do trabalho e da luta diária, esta é uma característica muito comum do Nordeste, que devido a tantas adversidades, obriga seu povo sofrido a ser forte e resiliente. Logo a seguir uma tabela que com alguns indicadores sociais de Morpará (Quadro 58).

Quadro 58: Indicadores Sociais - Morpará (BA)

Indicadores	2010
Renda média trabalhadores formais	1,5 salários mínimos
População formalmente ocupada	5,0%
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade	97.9%
IDEB - Anos iniciais do ensino fundamental	4,1
PIB Per capita	6.759,90
% domicílios com banheiro zona urbana	95%
% domicílios com banheiro zona rural	70%
% da população em extrema pobreza	34,15%
% de população beneficiária do PBF	87,39%

Fonte: Censo IBGE 2010

INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores sanitários do município de Morpará demonstram em linhas gerais, uma melhora nas condições de vida e saúde da população com o passar dos anos. Mesmo que discreta, houve um aumento na expectativa de vida, com diminuição da mortalidade infantil ao nascer e mortalidade até os cinco anos de idade, em contrapartida houve um aumento nas mortes por causas evitáveis na faixa etária de 5 a 74 anos (tabela 6).

Com relação às principais causas de morte no ano de 2017, segundo dados mais recentes do DATASUS estão às doenças crônicas e suas complicações. Neste ano morreram duas pessoas devido ao diabetes, uma por doenças hipertensivas, três por Infarto Agudo do Miocárdio, oito por outras doenças cardíacas e oito por doenças cérebro vasculares, sendo que neste ano não houve nenhum óbito por causas como doenças

infecto parasitárias, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, gastroenterites, ou por causas externas.

Estes dados coadunam com o relatado pelos profissionais em suas entrevistas, quando perguntados sobre a principal causa de adoecimento e morte no município, sendo unânime a resposta: hipertensão e diabetes. Esperava-se uma grande prevalência de acidentes por animais peçonhentos, doenças infecto parasitárias e gastroenterites, mas essa não foi a realidade relatada como predominante, apesar de serem citados alguns poucos casos.

Dentre questões sociais e de saúde, foram relatados pelos profissionais um alto índice de gravidez na adolescência, principalmente na zona rural do município, assim como a necessidade de promover ações de educação em saúde que fortaleçam a utilização de contraceptivos. Geralmente são gestantes nas quais a família tem dificuldades financeiras. Dados do DATASUS mostram um elevado número de nascidos vivos de mulheres com faixa etária entre 15 e 19anos, sendo que em dado mais recente, em 2017 foram 20 nascidos vivos de mulheres nessa faixa etária em Morpará (Quadro 59).

Quadro 59: Indicadores sanitários - Município Morpará (BA)

		2000	2010
Expectativa de vida		66,53	68,90
Nº de óbitos maternos		-	-
Mortalidade infantil ao nascer		37,21	30,90
Mortalidade até os 5 anos de idade		47,81	33,31
Taxa de fecundidade total		3,47	2,18
Taxa de envelhecimento		8,64	10,34
Mortalidade infantil	nº de óbitos neonatal (0 a 27 dias)	2	3
	nº de óbitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	4	2
Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos		4	4
Óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos		14	24
Óbito por causa externa		1	2
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		-	29
Nº de óbitos por câncer de colo de útero		-	1
Internação Hospitalar		-	40
Casos notificados de dengue		-	1
Acidente por animal peçonhento		-	2
Nº de nascidos vivos		123	121
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g		2	6
Nº de nascidos vivos de mães de 14 a 19 anos		28	16

Fonte: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 21/09/2019

Fonte: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 21/09/2019

Fonte: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> 21/09/2019

A cobertura vacinal no município para vacina Tríplice Viral (sarampo, rubéola, caxumba) é alta. Teve uma redução em 2015, mas depois aumentou nos próximos anos, ficando em média com uma cobertura acima do mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde, que é 95%. Já em relação à vacina tetra viral (sarampo, rubéola, caxumba + varicela), não tem informações sobre a cobertura nos anos de 2010 a 2012, e nos outros anos a cobertura registrada foi baixa.

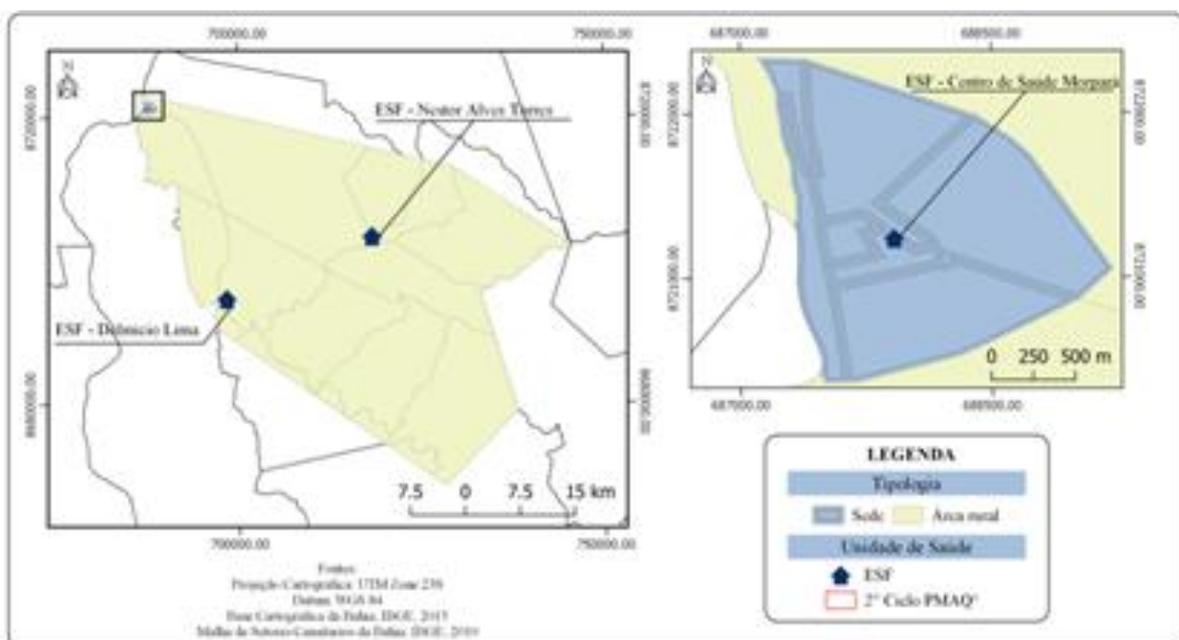
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município dispõe de três unidades básicas de saúde organizada nos moldes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Duas UBS são localizadas na zona rural e uma na sede. Há no município uma unidade mista localizada na sede e uma base do SAMU 192. As três ESF possuem médicos do Programa Mais Médicos (PMM), estando com seu quadro de funcionários completo (Figura 21, Quadros 60 e 61)..

Morpará tem cobertura de 100% de Equipes de Saúde da Família, porém apenas 36,44% de cobertura de saúde bucal, com duas equipes de saúde bucal credenciadas e implantadas de modalidade I, que recebem incentivos mensais de custeio de R\$ 2.230,00 (dois mil e duzentos e trinta reais).

Não existe o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e nem Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) no município.

Mapa 23: Distribuição geográfica das Unidades de Saúde do município de Morpará BA



Quadro 60: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Morpará, (BA)

Tipo de Estabelecimento	CNES	Descrição	Área
Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência	7441738	Base SAMU 192 Morpará	Urbana
Posto de Saúde	7547188	Estratégia de Saúde da Família Delmicio Lima	Rural
Centro de Saúde/Unidade Básica	7466811	Estratégia de Saúde da Família Nestor Alves Torres	Rural
Centro de Saúde/Unidade Básica	9308415	Estratégia de Saúde da Família Vilmar Andrade Coimbra	Urbana
Unidade Mista	7929250	Pronto Atendimento Jonival Lucas	Urbana

Fonte: CNES <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em 22/09/2019

Quadro 61: Indicadores de Atenção Básica Morpará BA 2019

Indicadores	2019
UBS/ESF/PS em áreas rurais	02
UBS/ESF na sede	01
Unidade Mista na sede	01
nº Eq ESF	03
nº ACS em ESF	22
nº Eq EACS	0
nº EqSB (em ESF ou EACS)	02
Cobertura ESF (%)	100

Fontes: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

Com relação aos horários e dias de funcionamento, a UBS da sede funciona oito horas por dia, de 07h30min as 12h00min e de 13h30min as 17h00min de segunda a sexta, enquanto as UBS rurais funcionam de 08h00min as 12h00min e de 13h00min as 17h00min, porém com uma dinâmica diferente de atendimento, funcionando também de segunda a sexta, ficando a enfermeira de uma dessas zonas rurais sempre de sobreaviso, por residir na comunidade.

PILÃO ARCADE - BA

Fotografia 10: Pilão Arcado - BA



Pilão Arcado, município baiano, faz parte do grupo de municípios da região Semiárido, caracterizada pelo marcador seca, juntamente com mais quatro municípios, todos pertencentes à Região Nordeste do país. São eles Morpará (BA), Ipupiara (BA), Pimenteiras (PI) e Rio Grande do Piauí (PI). O universo de municípios rurais remotos dentro desta região é de 43 municípios. Entre os municípios selecionados para o estudo Pilão Arcado é o município outlier do território Semiárido, especialmente pelo tamanho de sua população, maior área geográfica e menor cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Pilão Arcado está situado na Mesorregião do Vale São-Franciscano da Bahia e pertence à região de saúde de Juazeiro.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o estado da Bahia divide o espaço geográfico do estado em 28 Regiões que se aglutinam em 09 Macrorregiões de Saúde. Pilão Arcado faz parte da 15ª Regional de Saúde, sendo a sede da Diretoria regional localizada no município de Juazeiro.

A região de Juazeiro, também denominada território do sertão de São Francisco (Secretaria de Planejamento da Bahia), é composta por 10 municípios: Juazeiro (sede da regional de saúde), Casa Nova, Campo Alegre de Lourdes, Canudos, Curaçá, Pilão Arcado, Remanso, Sento Sé, Sobradinho e Uauá. Pela classificação proposta pelo IBGE (2017) Pilão Arcado é o único município da região de Juazeiro classificado como rural e remoto (Quadro 62).

Pilão Arcado fica a 279,1 Km da cidade de Juazeiro, polo da regional Fica a 62 km de Remanso, cidade com a qual faz divisa. Quanto à capital Salvador, a distância é de 740 Km. (IBGE, 2008).

Quadro 62: Municípios da Região de Saúde de Juazeiro (BA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).

Município	Classificação do IBGE, 2017	Seleção da Amostra	Área da pesquisa
Juazeiro	Urbano	Não	
<i>Pilão Arcado</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>	<i>SEMIÁRIDO</i>
Casa Nova	Urbano	Não	
Campo Alegre de Lourdes	Rural Adjacente	Não	
Canudos	Rural Adjacente	Não	
Curaçá	Rural Adjacente	Não	
Remanso	Intermediario Adjacente	Não	
Sento Sé	Rural Adjacente	Não	
Sobradinho	Urbano	Não	
Uauá	Rural Adjacente	Não	

Assim como outros municípios de sua região, Pilão Arcado faz parte do polígono das secas.⁷ O Território está classificado como uma região de alta suscetibilidade a desertificação, o que indica a necessidade de definição de políticas públicas, considerando as potencialidades e as fragilidades existentes no meio ambiente.

Na década de 1970, a microrregião de Juazeiro sofreu impactos provocados pela criação do reservatório de 4.214 Km², com 350 Km de extensão e de 10 a 40 Km de largura no Médio São Francisco, obra decorrente da barragem de sobradinho e da hidrelétrica do São Francisco. A criação do denominado lago de Sobradinho inundou territórios da região e obrigou a realocação de cerca de 12.000 famílias das localidades afetadas pela formação do lago. Sete municípios tiveram suas sedes transferidas para outras áreas não inundadas: Casa Nova, Sento Sé, Pilão Arcado e Remanso. Assim, a construção da barragem de Sobradinho transformou a vida de dezenas de povoados, antes residentes às margens do

⁷ A lei 1348, de 1951, estabeleceu os critérios e limites para configurar a delimitação da região do "Polígono das secas", que foi revista e ampliada recentemente pela Portaria Interministerial nº 01 de 09/03/2015. Com base em um trabalho colaborativo do Ministério da Integração Nacional, foram adotados os seguintes critérios como principais para defini-lo: **a) Isoieta de 800 mm** - ou seja, a quantidade mínima de pluviosidade que se afere para uma determinada região; **b) Índice de aridez** - é uma referência matemática utilizada para medir o grau de aridez do solo com base nos seguintes condicionantes; **c) Deficit hídrico** - refere-se aos períodos em que as taxas de precipitação são menores que as taxas de evaporação do solo e evapotranspiração, na ordem de 60%. MOTA, Hugo. "O que é o Polígono da Secas?"; *Brasil Escola*. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/o-que-e/geografia/o-que-e-poligono-das-secas.htm>>. Acesso em 06 de março de 2019.

Rio São Francisco. A maior parte desta população foi reassentada às margens do lago de Sobradinho. Mas, cerca de 40% foi remanejada para novas sedes municipais, localizadas em área de caatinga, como pode ser observado no estudo produzido por Ana Luiza B. Martins Costa. O texto abaixo dimensiona as transformações ocorridas nos modos de vida dos povos desta região⁸.

“Nesta região do Médio São Francisco, a população estava concentrada nas imediações do rio, que funcionava como atrator das atividades ao longo do seu curso pelo semi-árido: as áreas de caatinga eram desertas ou fracamente povoadas. Com a formação do lago, desapareceram as melhores terras para o exercício da agricultura nas condições sociais de produção então vigentes: as terras aluvionais das margens e ilhas do São Francisco. A maior parte dos camponeses ribeirinhos foi reassentada na borda do lago, localizada a vários quilômetros da antiga beira do rio, em plena caatinga, onde os solos apresentam-se secos e arenosos. A retomada do processo produtivo na borda do lago passa atualmente por uma modernização compulsória da agricultura, com a adoção da irrigação, introdução de lavouras comerciais como a cebola, modificações nos parâmetros do cálculo econômico. Com a formação do lago, os camponeses foram expropriados das condições sociais de produção e reprodução até então vigentes na área, e todo um modo de vida tradicional a elas associado.”(Costa, ALBM, 1990)

Os impactos sociais e ambientais decorrentes da construção da hidrelétrica de São Francisco é tema da música “Sobradinho”, composta por Sá e Guarabyra no final da década de 1970. A música tornou-se símbolo de protesto contra a construção da usina, uma forma de repúdio e denúncia dos efeitos na vida das populações atingidas pelas barragens e criação do lago. Os compositores utilizaram a profecia de Antônio Conselheiro de que o sertão vai virar mar e o mar irá virar sertão para denunciar as transformações ambientais provocadas pela obra destinada a produção de energia, no auge da política desenvolvimentista direcionada para o crescimento econômico brasileiro.

O TRABALHO DE CAMPO

Pilão Arcado foi escolhido para a realização do piloto da pesquisa porque o acesso ao gestor municipal foi facilitado em função do apoio da professora Angela Carneiro da Universidade Federal do Vale do São Francisco/Petrolina (PE).

⁸ COSTA, Ana Luiza B. Martins. Barragem de Sobradinho: o desencontro cultural entre camponeses e técnicos do Estado. In: Hidrelétricas, ecologia e progresso - contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Cedi, 1990. p. 55-57.

Em contato com a secretária municipal de saúde foi possível agendar a ida ao município e o trabalho de campo ocorreu entre os dias 18 e 20/02/19. A equipe de pesquisa foi composta por quatro pesquisadores.

Para chegar ao município, partimos de Petrolina (PE), cidade que permite o melhor acesso até Pilão Arcado. Exceto 1 pesquisador que é residente em Juazeiro, os demais chegaram a Petrolina de avião.

No dia 18/02 foi realizada entrevista com técnico da Regional de Saúde Juazeiro. No dia 19/02 seguimos de carro particular pela BR 122 e posteriormente a BR 235, ambas asfaltadas, com boas condições de trafegabilidade. A divisa entre os estados de Pernambuco e Bahia fica no município de Casanova (BA). O trajeto de Petrolina até Pilão Arcado durou aproximadamente quatro horas e meia, com uma parada rápida de 15 minutos.

Ao chegarmos no município, nos dirigimos até a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), fomos recebidas pela coordenadora da atenção Básica e com ela agendamos para o mesmo dia, as 15 horas, as entrevistas com gestores municipais (coordenadora de atenção básica e secretária municipal de saúde).

As entrevistas com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), Agentes comunitários de saúde e usuários foram realizadas no dia 20/02. A equipe de pesquisa foi dividida em duas duplas para realização das entrevistas em duas unidades básicas de saúde: UBS Dr Romulo Ribeiro do Vale, localizada na sede do município; UBS Zé do Peixe, localizada fora da sede do município, cerca de 10 quilômetros. Ao todo, foram realizadas 14 entrevistas no município.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

Antes de se configurar formalmente como município o território de Pilão Arcado já tinha histórico de habitação datada no século XVIII, inicialmente habitado por índios mocoases e acoroases.

O nome do município é uma referência à lenda de que pescadores encontraram à margem do Rio São Francisco, numa curva em forma de arco, semelhante a um pilão utilizado para moer o sal utilizado para o processo de salgar o peixe. O local ficou então conhecido como pescaria de Pilão Arcado.

Desde esta época o município já foi considerado distrito, vila e passou por remanejamento do local de sua sede.

Em 1974, em função da construção da Hidrelétrica do São Francisco, a sede municipal foi transferida para um local a 7 km da cidade velha, que foi parcialmente

inundada pelas águas da Barragem do Sobradinho, no Rio São Francisco. A nova cidade foi planejada e construída pelo Governo Federal.

O município de Pilão Arcado passou por todas as transformações decorrentes da construção da barragem de Sobradinho. Se por um lado tais transformações trouxeram possibilidade de desenvolvimento para o país, por outro também trouxeram desestruturação dos modos de vida rural da população ribeirinha. Tais transformações afetaram os territórios rurais, em muitos casos, provocando mudanças ambientais e colocando as populações em condições suscetíveis à degradação dos recursos naturais, com efeitos nas condições de vida e saúde.

Em 2018 o IBGE estimou a população de Pilão Arcado 34.486 habitantes, distribuída em área com 11.626,637 km² e densidade demográfica de 2,80 hab/km². Pela estimativa feita pelo IBGE (2018)⁹ a população do município está crescendo, observando um incremento de 4,9% em relação ao ano de 2010. Observa-se que 66,4% da população vive em área localizada fora da sede municipal. Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano, o município vem melhorando saindo da classificação muito baixo para baixo, uma taxa de crescimento de 66,45%. Ainda assim, o município enfrenta desafios importantes para o desenvolvimento local (Quadro 63).

Quadro 63: Indicadores Demográficos - Pilão Arcado (BA)

Ano de criação do município ¹	1890		
Área territorial (km ²) ¹	11.626,637		
Densidade Demográfica (hab/km ²)	2,80/Km ²		
Populações tradicionais predominantes ³	Brejeiros, Ribeirinhos e Quilombolas		
Indicadores	2000	2010	2018
População total ¹	31.107 hab.	32.860 hab.	34.486 hab.
População urbana ¹ n(%)	(33,6%)	11.027 hab.	
População rural ¹ n(%)	(66,4%)	21.833hab.	
IDHM ¹	0,304	0,506	
Classificação IDHM ¹	Muito Baixo	Baixo	
% de população até 1 ano de idade ¹	766	587	
% de população menor de 15 anos ¹	12.270	10.481	
% de população com 65 anos ou mais ¹	1.837	2.398	

Fonte: IBGE
¹ Censo, 2010

⁹ <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/pilao-arcado/panorama>

Há no município as seguintes populações tradicionais:

Brejeiros - populações que vivem da agricultura familiar e fabricação de cachaça. Residem em área rural de difícil acesso no município. Como o próprio nome indica, vivem na região de brejos, em terreno arenoso e de morros. O acesso a essas comunidades só é possível por meio de veículo traçado.

Ribeirinhos - vivem às margens do rio São Francisco e vivem basicamente da pesca. O acesso a esses povoados não é difícil. Uma parte da estrada é asfaltada e outra parte é estrada de barro.

Quilombolas - comunidade fica localizada em área de difícil acesso. Há pouco contato com esta população que é pequena e vive isolada.

Os dados apresentados no quadro 3 demonstram ter havido melhora nos indicadores sociais do município, no período de 2000 a 2010. Chama a atenção que a renda familiar per capita mais que dobrou, enquanto o percentual de população em extrema pobreza reduziu 17 pontos percentuais. Houve melhora no acesso a água encanada, coleta de lixo e energia elétrica. Entretanto, persistem condições de desigualdade no município, considerando a variação do Índice de Gini. Em 2010, o índice de Gini ficou em 0,60, evidenciando ainda o alto padrão de desigualdade social existente em Pilão Arcado. O indicadores selecionados também revelam o alto grau de vulnerabilidade a que está exposta a população do município.

Quadro 64: Indicadores Sociais - Pilão Arcado (BA)

Indicadores	2000	2010	2014
Renda familiar per capita mensal ^{*1}	90,26	195,98	
% população extremamente pobre ^{**1}	57,98	40,90	
% de população beneficiária do PBF ^{***3}			68,89
% de beneficiários por plano de saúde ⁴	0,43	0,55	0,33
Índice de Gini ¹	0,64	0,60	
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais ¹			
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	33,04	24,31	
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹		17,55	
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	19,35	36,85	
% da população em domicílios com água encanada ¹	22,01	44,41	
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário ^{****3}		1,83	
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	34,45	69,15	
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	73,84	86,98	

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 .

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def

Pilão Arcado praticamente não tem esgotamento sanitário tratado, apenas 1,8% dos domicílios dispõem de esgotamento sanitário adequado. É predominante o uso de fossas sépticas. Observou-se também o despejo de esgoto via encanamento diretamente no rio São Francisco, na parte que margeia o povoado de Passagem. Há presença de muitas gigogas no rio, indicando haver poluição. O rio neste povoado está praticamente seco, sem condições de navegação e pesca.

Há água encanada nas casas, particularmente na área urbana e nas áreas rurais mais próximas da sede municipal. Contudo, há relatos de que a qualidade da água é muito ruim.

A população do município sofre com o desabastecimento de água e nestas ocasiões há sistema de carros pipas para levar água para a área rural.

A pavimentação das ruas concentra-se na sede municipal. Há áreas rurais de difícil acesso que ficam distantes da sede cerca de 40 quilômetros, cujo acesso não dispõe de nenhum tipo de pavimentação. O terreno caracteriza-se por brejos arenosos.

INDICADORES DE SAÚDE

O Quadro 4 apresenta um panorama das condições de saúde da população de Pilão Arcado. Os dados disponíveis no DATASUS revelam que no período de 2000 a 2016, as principais causas de óbito estão relacionadas a doenças do aparelho circulatório, seguida das causas externas e doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais.

Quadro 65: Indicadores sanitários - Município Pilão Arcado (BA)

Tabela 4.				
		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		61,41	69,19	-
Nº de óbitos maternos ²		0	1	0
Mortalidade infantil ²	nº de óbitos neonatal (0 a 27 dias)	5	4	1

	n° de óbitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	0	1	2
	n° de óbitos total em menores de 1 ano	5	5	3
Mortalidade proporcional 2*	1ª principal causa de morte	24 (Doenças do aparelho circulatório)	31,9 (Doenças do aparelho circulatório)	40 (Doenças do aparelho circulatório)
	2ª principal causa de morte	20 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	31,9 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	15 (Causas externas de morbidade e mortalidade)
	3ª principal causa de morte	16 (Algumas doenças infecciosas e parasitárias)	8,3 (Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais)	10 (Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10)2**		51,0	44,2	33,3
Mortalidade por câncer de colo de útero ²		0	0	0
Nº de nascidos vivos em mães na faixa de etária de 10 a 19 anos ²		169	168	158
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g ²		-	2	2
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%)2***		-	-	0,36
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%)2***		-	1,18	81,44
Gestantes com nº de consultas de pré natal insuficiente (menos de 7 consultas) ²		302	559	423
Nº de partos domiciliares ²		13	80	-
Nº de casos de sífilis congênita ²		0	0	2
Taxa de ICSAB Bahia ²		-	47,5	38,82

¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/12/2019

²:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/12/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: n° de obitos de residentes por grupo de causa definidas/ n° total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: n° de obitos de residentes por causas mal definidas/ n° total de obitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018

No período de 2010 a 2016 foram registrados no SINASC um total 3.287 nascimentos, entre os quais 52% ocorreram por parto normal. Entre as parturientes, 26,4% estavam na faixa etária de 10 a 19 anos de idade. Chama atenção que 57,8% dos partos ocorreram entre mulheres muito jovens, com idade até 24 anos. A ocorrência de parto domiciliar caiu consideravelmente no período entre 2000 e 2010.

Com relação às ações de doenças imunopreveníveis, chama atenção a irregularidade e a tendência a baixa cobertura vacinal para a tetravalente.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

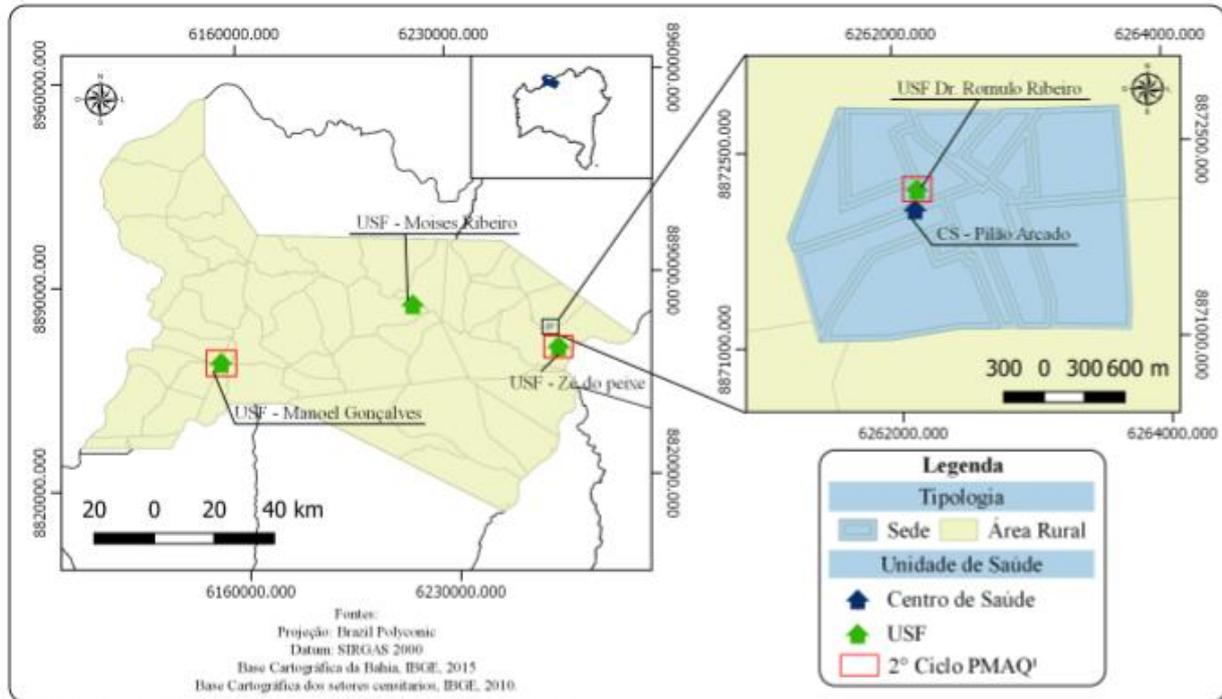
O sistema público de saúde em Pilão Arcado é basicamente o que há de oferta de atenção à saúde no município. Como se observou no quadro 3, o percentual de população coberta com plano de saúde é de 0,32%. Durante o trabalho de campo observou-se na cidade a existência de pequenos laboratórios privados, oferta privada de exames de imagem. Observou-se também a presença de consultório particular, semelhantes à proposta Dr. consulta. Esses serviços estão localizados próximos à Secretaria Municipal de Saúde e ao hospital municipal. A partir das entrevistas com usuários foi possível perceber que na situação em que a oferta de consultas e de exames laboratoriais e de imagem não estão disponíveis na rede pública municipal, os usuários procuram a rede privada para complementar o seu acompanhamento no setor público.

Pilão Arcado aderiu tardiamente a Estratégia Saúde da Família. Considerando que a expansão do Programa Saúde da Família ocorreu em todo país a partir dos anos de 2000, somente em 2011 foi implantada a primeira equipe de Saúde da Família (EqSF) e somente em 2014 a ESF alcançou 48, 95% de cobertura potencial. A adesão do município ao Programa Mais Médicos (PMM) do Ministério da Saúde foi decisiva para a expansão da cobertura da ESF no município, principalmente nas áreas rurais de difícil acesso. Todos os médicos da atenção básica são do PMM, com contratos de 3 anos. Os profissionais tais como enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, o vínculo trabalhista é por contratos temporários (CLT) e os Agentes Comunitários de Saúde são servidores públicos contratados por meio de concurso público.

Em relação ao Programa Agentes Comunitário de Saúde, a adesão municipal ocorreu em 2002 com altos percentuais de cobertura, acima de 90%, exceto para o ano de 2007. Mesmo após implantação da ESF o programa mantém-se fortalecido e permanece como estratégia de organização da atenção básica, principalmente voltado para as áreas rurais de difícil acesso e sem cobertura da ESF. Os ACS são servidores públicos concursados.

A rede municipal de atenção básica é composta por 5 unidades de saúde, 3 localizadas em área rural e 2 na sede do município. São 5 equipes SF e duas equipes Agente comunitários de Saúde (EACS).

Mapa 24: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município de Pilão Arcado - BA.



Em fevereiro de 2019, mês da visita ao município para a coleta de dados, das cinco EqSF credenciadas, quatro estavam implantadas, posto que havia uma equipe incompleta, sem o profissional médico. Com a saída dos médicos cubanos os gestores afirmam que até o momento não conseguiram fazer a substituição com médico brasileiro do PMM. A equipe incompleta fica em uma das UBS mais distantes da sede do município, o que exige a permanência do médico na localidade

Quadro 66: Indicadores de Atenção Básica Pilão Arcado (BA)

Indicadores	2010	2018
População	32.860 hab	34.486 hab
UBS em áreas rurais	-	3
UBS na sede	-	2
nº Eq ESF ³	0	4
nº EACS	0	2
nº ACS em ESF ³	76	69
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	0	2
NASF ³	0	1
Cobertura ESF ⁴	10,5	48,47

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: CNES - competências Dez/2010 e Dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 29/03/2019

4: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/reIHistoricoCoberturaAB.xhtml> - Dez/2010 e Dez/2018. Acesso em 29/03/2019

Legenda: ESF=Equipes da Estratégia Saúde da Família; ACS=Agentes comunitários de saúde; EACS=Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; EqSB=Equipes com saúde bucal; NASF=Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica; ESFR=Equipe de estratégia saúde da família ribeirinha; ESFQ=Equipe de saúde da família quilombola/assentamento; EMAD=Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar; CNR=Equipe de consultório na rua;

Quadro 67: Caracterização de equipamentos de saúde - Pilão arcado (BA)

Tipo	Total	CNES	Descrição*	
Unidades Básicas de Saúde/Unidade de Atenção Primária à Saúde/Centro de Saúde	6	6977790	USF Zé do Peixe	Rural
		7337124	USF Moises Ribeiro da Silva	Rural
		7017316	USF Manoel Goncalves Bastos	Rural
		7468040	USF Eunice Nunes de Queiroz	Sede
		6691572	Unidade de Saúde da Família Dr. Romulo Ribeiro do Vale	Sede
		2508192	Centro de Saúde de Pilão Arcado	
		939444	Centro de Atenção Psicossocial I	
		6991572	SAMU	
		3244024	Laboratório Municipal	
		6033229	Lab Center	
		5166292	Hospital Municipal Luis Eduardo magalhães	
		7625138	Polo de Academia da Saúde	

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp

A UBS Dr Romulo Ribeiro do Vale é também denominada Centro de Saúde, localizada na sede do município adota um modelo de organização diferente da proposta da ESF. Numa mesma estrutura funciona a UBS e o Centro de Saúde. São duas equipes Agentes Comunitários de Saúde (EqACS) que atuam na UBS, cada uma composta por 11 EqACS que atuam conjuntamente com uma equipe de saúde da família (segundo informação da secretária de saúde) compostas por enfermeiro, técnico de enfermagem, sem o profissional médico. Na visão da secretária e da coordenadora de atenção básica, a UBS está organizada de maneira estratégica para atender toda a população do município, especialmente a população residente nas áreas rurais de difícil acesso (com ou sem cobertura da ESF). A população dessas áreas tem por hábito se deslocar até à sede municipal, pelo menos uma vez no mês, para resolver questões bancárias, ir ao comércio, farmácia, entre outras situações e aproveitam também para procurar os serviços de saúde.

Esta unidade atua principalmente sem agendamento prévio, favorecendo ao atendimento por demanda espontânea.

Duas UBS estão equipadas para realização de ações de saúde bucal: UBS Zé do Peixe, com 1 equipe e a UBS Dr Rômulo Ribeiro do Vale com duas equipes, sendo apenas 1 credenciada ao DAB/MS.

No momento da coleta a equipe SB da UBS Zé do Peixe não estava atuando porque o equipo da unidade não estava funcionando, aguardava manutenção.

As áreas de abrangência para atuação das EqSF estão em processo de reterritorialização. Comunidades não cobertas estão sendo mapeadas, haja vista que um novo concurso público para ACS está sendo cogitado pela prefeitura de Pilão Arcado. A territorialização atual apresenta-se da seguinte forma: na área rural, uma UBS para atender a população que vive às margens do rio São Francisco; outras duas localizadas nas áreas rurais mais distantes da sede municipal. Na área urbana, sede municipal, uma UBS para atender o povoado do Alto da Codorna, com população adscrita (Estratégia Saúde da Família) e outra UBS que atende toda população do município, sem definição de área de abrangência e adscrição de clientela, com ações organizadas principalmente para atender demanda espontânea. Os agentes que atuam nas EqACS moram, em sua maioria, nas áreas rurais distantes da sede do município e levam para as equipes da UBS as demandas dos moradores de suas áreas de atuação.

As UBS localizadas na sede do município funcionam de segunda a sexta-feira das 8 às 16:00, enquanto que nas áreas rurais funcionam das 8 às 14:00. Nas UBS das áreas rurais as equipes não fazem horário de almoço, promovendo o atendimento direto até as 14:00.

Há uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) composta pelos seguintes profissionais: nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo e educador físico. O município também aderiu ao Programa Academia da Saúde do DAB/MS.

O município implantou o sistema de informação E-SUS versão sem prontuário eletrônico. As UBS dispõem de computador, preenchem os relatórios, levam os relatórios até a SMS que faz a transmissão para o Ministério da Saúde.

O município também dispõe de uma unidade hospitalar, Hospital municipal Luiz Eduardo Magalhães, localizado no centro, sede municipal. Segundo CNES, o hospital dispõe de leitos cirúrgicos (geral e obstétricos), clínica geral, obstetrícia e pediatria, com um total de 30 leitos. Os equipamentos disponíveis descritos no CNES como existentes no município são: 1 Raio X ate 100 mA; 1 ultrassom convencional; 1 berço aquecido; 1 desfibrilador e 1reanimador pulmonar (desfibrilador). Na estrutura do hospital funciona um laboratório municipal.

Há também no município um laboratório sob gestão estadual, LAB Center.

Existe uma central de regulação da regional de Juazeiro a partir da qual são feitas as solicitações de consultas, exames diagnósticos. Há também a central Rede Vida que disponibiliza vagas para o município. A solicitação de vagas é feita de forma centralizada na SMS. Os usuários que necessitam de consulta com especialista levam a solicitação médica até a central de marcação de consultas e aguardam contato para confirmação de data e local do atendimento.

A SMS dispõe de transporte sanitário (TFD) o qual sempre parte da sede municipal. Os usuários residentes na área rural precisam se deslocar por conta própria até a sede para acessar o transporte sanitário. Há uma Van que leva os usuários diariamente para Juazeiro. Para Salvador o transporte leva usuários duas vezes por semana, com saídas regulares aos domingos e as quartas-feiras.

RIO GRANDE DO PIAUÍ - PI

Fotografia 11: Rio Grande do Piauí - PI

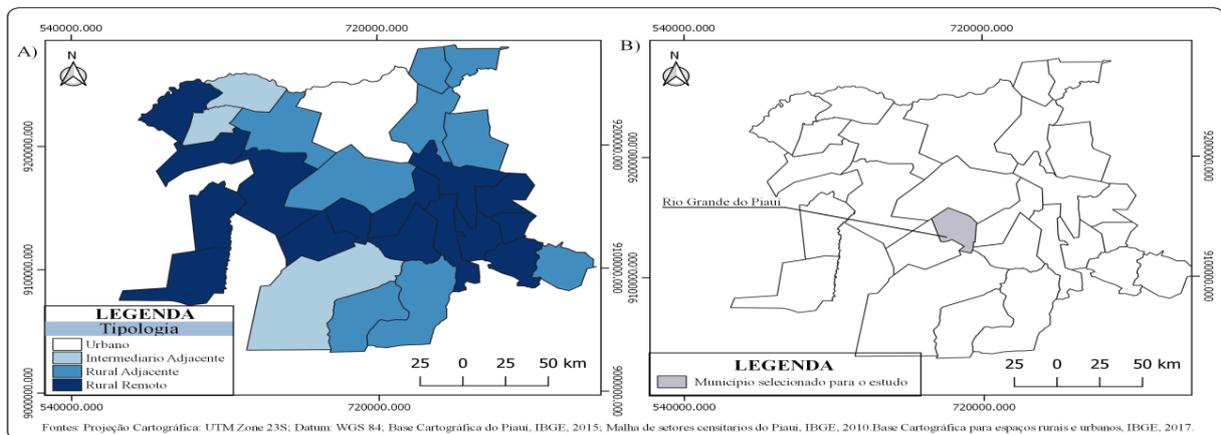


O município de Rio Grande do Piauí (PI) compõe o grupo de municípios classificados como Semiárido, região que agrega 39 Municípios Rurais e Remotos (MRR) do Brasil, distribuídos nos estados da Bahia e do Piauí. No geral, são municípios com população média de 11706 (± 11420). Barra na Bahia é o município mais populoso, com 54.186 e Pedro Laurentino no Piauí o menor com 2478 habitantes. A densidade populacional média é de 10,6 ($\pm 8,6$) hab/km². As áreas são pequenas com média de 1847 (± 2410) km². O PIB médio per capita dos municípios foi de R\$ 6.532,00 ($\pm 878,00$), espelhando um quadro bastante homogêneo, classificados nas faixas de PIB per capita muito baixo pelo IBGE. A faixa de IDHM predominante é a baixa e devido a fragilidade econômica, pela baixa

arrecadação local, esses municípios dependem de transferências de recursos, principalmente do governo federal para a seguridade social e educação, o que está demonstrado no percentual médio da população beneficiária do Bolsa Família que é de 64,0%.

Para a amostra da área do Semiárido foram selecionados 4 municípios, dentre os quais 3 encontram-se no estado da Bahia e 1 no Piauí. O município do Piauí selecionado foi Rio Grande do Piauí, sendo este um dos 15 municípios da Região de Saúde de Floriano (CIR Vale dos Rios Piauí e Itaueira) classificado como Rural e Remoto pelo IBGE(2017) , o município polo da região é Floriano (Figura 23 e Quadro 68).

Mapa 25: Municípios da Região de Saúde Vale dos Rios Piauí e Itaueiras-PI



A) Classificação dos espaços rurais e urbanos da região de saúde Vale dos Rios Piauí e Itaueiras - PI. B) Municípios da região de saúde Vale dos Rios Piauí e Itaueiras - PI selecionado para o estudo

Quadro 68: Região de Saúde Floriano (CIR Vale dos Rios Piauí e Itaueiras) PI.

UF	Município1	Classificação IBGE2	Seleção Amostra3	Classificação Rural3
PI	Arraial	Rural Adjacente	Não	
PI	Bertolinia	Rural Remoto	Não	Matopiba
PI	Brejo do Piauí	Rural Adjacente	Não	
PI	Canaveira	Rural Remoto	Não	Matopiba
PI	Canto do Buriti	Intermediário Adjacente	Não	
PI	Flores do Piauí	Rural Remoto	Não	Matopiba
PI	Floriano	REGIONAL	NÃO	
PI	Francisco Ayres	Rural Adjacente	Não	
PI	Guadalupe	Intermediário Adjacente	Não	
PI	Itaueira	Rural Adjacente	Não	
PI	Jerumenha	Rural Adjacente	Não	
PI	Landri Sales	Rural Remoto	Não	Matopiba
PI	Manoel Emídio	Rural Remoto	Não	Matopiba
PI	Marcos Parente	Intermediário Adjacente	Não	
PI	Nazaré do Piauí	Rural Adjacente	Não	
PI	Nova Santa Rita	Rural Adjacente	Não	
PI	Paes Landin	Rural Remoto	Não	Matopiba
PI	Pajeú do Piauí	Rural Remoto	Não	Matopiba
PI	Pavussu	Rural Remoto	Não	Matopiba
PI	Pedro Laurentino	Rural Remoto	Não	Semiárido
PI	Porto Alegre do Piauí	Rural Remoto	Não	Matopiba
PI	Ribeira do Piauí	Rural Remoto	Não	Matopiba

<i>PI</i>	<i>Rio Grande do Piauí</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>SIM</i>	<i>Semiárido</i>
PI	São Francisco do Piauí	Rural Adjacente	Não	
PI	São José do Peixe	Rural Remoto	Não	Matopiba
PI	São Miguel do Fidalgo	Rural Remoto	Não	Matopiba
PI	Socorro do Piauí	Rural Remoto	Não	Matopiba
PI	Tamboril do Piauí	Rural Adjacente	Não	

Fonte: IBGE:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm

2Dados da pesquisa

Os municípios dessa região de saúde em sua maioria são considerados como rural adjacente ou rural remoto, outra característica é o porte populacional, onde apenas 4 municípios tem mais de 10 mil habitantes e destes só Floriano tem 60 mil habitantes, Canto do Buriti 21, e Itaueira e Guadalupe 11mil, outra característica é que em 90% destes municípios, mais de 50 % da população ganha até meio salário mínimo. São municípios com grande dependência de transferências de recursos federais, distantes da capital e que não dispõem de equipamentos de saúde, necessitando de maior apoio do governo estadual para organizar as redes assistenciais.

O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo no município de Rio Grande do Piauí foi realizado nos dias 15 a 19 de maio de 2019. No dia 15/05/2019 às 06h00 da manhã a coordenadora de campo saiu de Juazeiro e começou a busca pelos demais pesquisadoras e as 07h00 da manhã, os quatro pesquisadores deslocaram-se do município de Petrolina-PE para o município de Rio Grande do Piauí, por via terrestre, e chegando no município às 14 h00min, pois 40 minutos de intervalo de almoço durante á viagem. As 14.30 os pesquisadores chegaram à Secretaria Municipal e foram recepcionados pela Secretária Municipal de Saúde e coordenadora da AB. Realizadas as devidas apresentações, os pesquisadores apresentaram a pesquisa, salientando os objetivos e sanando possíveis dúvidas que ficaram na leitura do material da pesquisa que havia sido enviado previamente por e-mail para os gestores municipais. Ficando evidenciado que a gestora e a coordenadora não haviam lido o material, por várias vezes salientaram este fato, nos pedindo para explicar com mais detalhes o porquê da pesquisa e como a mesma seria realizada.

Após as devidas considerações, os pesquisadores programaram com a secretaria e com a coordenadora da AB os horários e os encaminhamentos logísticos das entrevistas do dia 16 a 18 e logo após foi realizado a entrevista com as mesmas das 15.30 até às 18 horas. Logo após fomos conhecer a cidade e procurar outro hotel que o reservado era muito ruim.

No dia 16/07/2019, às 07h00min foi realizado o deslocamento para Unidade Básica de Saúde de 2 pesquisadores que foram para a zona rural do município em carro da secretaria.

A tarde do dia 16 dois entrevistadores se deslocaram até a cidade de Pajeú do Piauí a 50 Km de Rio Grande para entrevistar o secretário de saúde que é coordenador da CIR, e depois da entrevista conheceram o hospital a cidade e retornaram chegando às 18.30. Os outros dois pesquisadores ficaram realizando entrevistas na UBS da sede..

No dia 17 tivemos dificuldade para localizar uma usuária para entrevista de CCU, pois, as equipes não sabiam o endereço da mesma, em conversa com o técnico que viaja com as equipes pra zona rural e com as recepcionistas da unidade de saúde, onde funciona a secretaria, e 2 equipes de PSF, inclusive a equipe da zona rural, a coordenadora de campo descobriu que vários exames não tinham sido entregues e que uma usuária com CCU, da zona rural, tinha se mudado para área de uma equipe urbana que a enfermeira era inclusive a coordenadora da AB. Só assim conseguimos localizar a outra usuária e ainda descobrimos vários exames de usuárias com lesão precursora não entregues.

No município de Rio Grande do Piauí (PA), foram realizadas no total 14 entrevistas.

Considerando que no município ia ter carnaval fora de época e que os profissionais só trabalhavam até a quinta-feira meio dia, realizamos todas as entrevistas até a quarta-feira e na quinta-feira pela manhã coletamos os dados da unidade, as informações gerais do município e aproveitamos para conhecer o hospital. Almoçamos na estrada e chegamos em São Raimundo Nonato (cidade do Piauí, sede de região de saúde, próximo a divisa com a Bahia) às 16:30 e dormimos por lá para não pegar estrada a noite, pois tinha um trecho em reforma e íamos ficar parados na estrada a noite, só retornando a Petrolina na sexta de manhã. Vale ressaltar que nessa cidade fica o Parque Nacional da Serra da Capivara e foram instalados diversos equipamentos na área de ensino e pesquisa e o turismo aumentou muito, contudo os serviços de saúde não se estruturaram para atender a essa realidade.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

A história da cidade começou em 1905, procedente do Estado da Paraíba chegava, em terras do atual Município, Virgulino Geremias Coelho, seu primeiro habitante. No local por ele escolhido para se fixar, havia uma lagoa formada pelo rio Itaueira, mais tarde chamada Lagoa São Francisco. Consta que Virgulino, ao deparar com a enorme lagoa, teria exclamado: "Que rio Grande!", vindo daí o nome da localidade. Nas margens da lagoa, Virgulino construiu sua casa, onde hoje se acha a Sede do Município, passando à exploração agrícola. Com a afluência de novos moradores, desenvolveu-se o núcleo

populacional de Rio Grande. Em 1934, já contava com casas comerciais, uma capela e uma escola pública. O crescimento alcançado pelo Povoado resultou no movimento pela sua emancipação política. Rio Grande do Piauí foi criada em 1961, mas sua emancipação política só ocorreu em 1962, seu aniversário é 12 de junho. Padroeiro é São Francisco das Chagas, os festejos acontecem no início de outubro.

O município de Rio Grande do Piauí, está localizado na mesorregião Sudoeste Piauiense, encontra-se a uma latitude 07°46'31" sul e a uma longitude 43°08'32" oeste, estando a uma altitude de 310 metros e fica a 377 km da capital do Piauí, Teresina, acesso por rodovias asfaltadas. Faz parte da região de saúde e de outras políticas que tem como sede regional o município de Floriano que fica a 135 km de distancia, dos municípios vizinhos Canto do Buriti é o maior, e também serve de referencia informal, pois o prefeito é medico a família e de la, para alguns atendimentos de urgência, os outros municípios tem o mesmo porte populacional e estrutura de serviços similares: Pajeú do Piauí, Pavussu; Itaueira, Flores do Piauí e Ribeira do Piauí.

Com uma população de 6.273 que em sua maioria reside na área urbana (65,2 da população - IBGE 2010) (Quadro 69) é um município de pequeno porte que sobrevive de transferências federais. Apesar de ser considerado como rural remoto só 35% da população vive na área rural e o município não tem grande extensão territorial, segundo a secretária de saúde o local mais distante fica a menos de 60 km da sede, os demais em sua maioria em até 25 km.

Nas entrevistas um fato que chamou muito atenção foi quando as pessoas falaram do investimento dos governos estadual e federal em políticas de ampliação da rede elétrica na zona urbana e implantação na zona rural, além da melhoria das rodovias e aberturas de estradas na zona rural.

Quadro 69: Indicadores Demográficos - Rio Grande do Piauí (PI)

Ano de criação do município ¹	1961		
Área territorial (km ²) ¹		611,011 km ²	
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²		10,52 hab./km ²	
Populações tradicionais predominantes ^{3*}	N/A		
Indicadores	2000	2010	2018
População total ¹	6.488	6.273	6.331
População urbana ¹ n(%)	3.967	4.094	
População rural ¹ n(%)	2.521	2.179	
IDHM ¹	0,414	0,572	-
Classificação IDHM ¹	Muito Baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	2,17	1,42	-
% de população menor de 15 anos ¹	33,54	26,43	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	7,03	10,20	-

Fontes: 1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: Banco de dados ciclo 2. PMAQ-AB

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Embora a População Rural seja em média de 25% a agricultura de subsistência é a principal fonte de renda, sendo a produção tradicional de farinha de mandioca a mais importante, mesmo as pessoas que moram na sede ainda sobrevivem da agricultura, ou vivem do mercado informal. A maior parte das frutas, hortaliças e legumes consumidos na região vem do mercado do produtor que fica em Juazeiro -BA a 350 km do município.

Os indicadores sociais apresentados na Tabela 2 mostram uma evolução positiva entre os censos de 2000 e 2010. Não obstante permanece uma situação de intensa vulnerabilidade social com 45% da população em extrema pobreza, e estimativa de aproximadamente 62% de população beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF). Chama atenção que o percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis aumentou de 2000 pra 2010, demonstrando falta oportunidade de emprego para a população jovem. Apenas 2,5 % da população tem plano de saúde, registrando assim uma dependência quase que exclusiva do sistema público de saúde.

Embora os dados do IBGE apontem o município com 65% da população com rede de esgotamento sanitário, vimos muito esgoto a céu aberto e o próprio IBGE traz apenas 66% com água encanada, se o acesso a água não está disponível imagine o esgotamento sanitário (Quadro 70).

Quadro 70: Indicadores Sociais - Município Rio Grande do Piauí (PI)

INDICADORES	2000	2010	2014
Renda familiar per capita mensal ^{*1}	160,26	248,87	
% população extremamente pobre ^{**1}	60,23	45,13	
% de população beneficiária do PBF ^{***3}	-	-	63,84
% de beneficiários por plano de saúde ⁴	0,80	1,88	2,52
Índice de Gini ¹	0,49	0,54	
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais ¹	36,78	29,77	
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	18,41	24,15	
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	7,51	39,04	
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	36,43	66,90	
% da população em domicílios com água encanada ¹	36,43	66,90	
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário ^{****3}	-	65,10	
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	62,43	89,78	
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	18,09	94,22	

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 .

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 24/03/2019

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>. Acesso em 24/03/2019

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014. Acesso em 31/03/2019

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def. Acesso em 30/03/2019

Na sede do município, o abastecimento de água é realizado através de poço artesiano público com tratamento de sistema local desenvolvido pela CODEVASF, e para a população rural através de cisternas e poços individuais ou coleta direta na fonte ou rio. Quanto a orientações sobre o uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água, os entrevistados responderam que os ACS orientam os usuários.

A coleta de lixo é quase inexistente na sede do município, com apenas um caminhão de coleta da prefeitura. Em geral, o lixo é queimado ou acumulado nos “lixões”. Na área rural, não há qualquer coleta.

INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores sanitários do município de Rio Grande do Piauí PI demonstram que entre os anos de 2000 a 2016 houve redução no número de óbitos infantis e redução na mortalidade por causas mal definidas de 100% e a expectativa de vida aumentou. Com relação às principais causas de morte no ano de 2016, segundo dados do DATASUS estão: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas de morbidade e mortalidade, sendo que em 2016 as doenças endócrinas e metabólicas passaram a ocupar o 3º lugar (Quadro 71). Chama a atenção que no Brasil e no estado do Piauí, em 2º lugar estão as causas externas e não as neoplasias. Outro dado que chama atenção é a cobertura vacinal, que está abaixo da média pactuada e considerando que os indicadores sociais do município estão abaixo da média nacional, a vacinação tem papel fundamental na proteção a saúde infantil.

Quadro 71: Indicadores sanitários - Município Rio grande do Piaui (PA) em anos selecionados

Indicador	2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹	66,23	71,03	-
Nº de óbitos maternos ³	1	-	1

Mortalidade infantil ³	n° de obitos neonatal (0 a 27 dias)	7	1	0
	n° de obitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	2	0	0
	n° de obitos total em menores de 1 ano	9	1	0
Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	30,8 (Doenças do aparelho circulatório)	40,9 (Doenças do aparelho circulatório)	41,0 (Doenças do aparelho circulatório)
	2ª principal causa de morte	30,8 (Doenças do aparelho respiratório)	18,2 (Neoplasias)	15,4 (Neoplasias)
	3ª principal causa de morte	7,7 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	13,6 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	10,2 (Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		50	0	0
Nº de óbitos por câncer de colo de útero ³		0	1	0
Nº de nascidos vivos em mães na faixa de etária de 10 a 19 anos		42	22	17
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g		4	6	6
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%) ^{3***}		-	-	4,29
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ^{3***}		-	33,63	65,71
Gestantes com n° de consultas de pré natal insuficiente (menos de 7 consultas) ³		94	40	38
Nº de partos domiciliares ³		-	1	-
Nº de casos de sífilis congênita ^{3***}		0	0	0
% ICSAB Piauí ³				41,58

Fonte: 1:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

2:<https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

3:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: n° de obitos de residentes por grupo de causa definidas/ n° total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: n° de obitos de residentes por causas mal definidas/ n° total de obitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018.

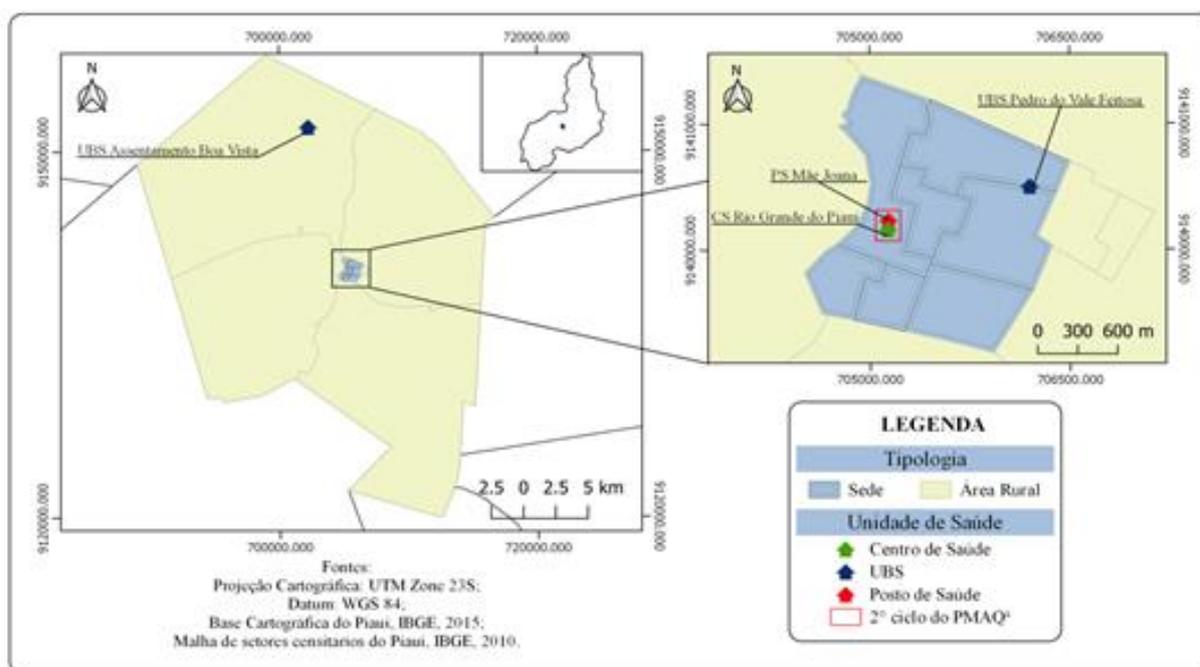
Outro indicador importante é a cobertura vacinal, no município apesar da cobertura ter aumentado nos últimos anos, não atende as metas pactuadas com o Estado e o Ministério da Saúde que > 90%. Dados do DATASUS de 2016 a 2019 mostram uma variabilidade de cobertura para mais ou pra menos nos diferentes imunos, demonstrando que não existe uma tendência de aumento da cobertura. Em 2019, dados até o mês de setembro, demonstram uma cobertura muito baixa e dificilmente o município cumprirá as metas pactuadas em apenas 3 meses.

Ao analisar de forma mais detalhada os dados sobre a gravidez na adolescência, observamos que no período de 2010 a 2017, houve redução do número de nascidos vivos assim como aumento da gravidez na adolescência, embora essa tendência não tenha se confirmado em 2016. Os dados do DATASUS são até 2017, mas os profissionais de saúde colocam como um dos principais problemas, a gravidez na adolescência e colocam que a falta de opções de lazer no município, faz com que os jovens iniciem a vida sexual muito cedo e não procurem orientação pra uso de métodos contraceptivos.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município apresenta 5 UBS cadastradas no CNES. Sendo que três UBS como sede de equipes de saúde da família, todas localizadas na sede, na zona rural tem 2 unidades de apoio, mas a sede da equipe fica no centro da cidade. Com a criação e implementação do PMM o município começou a ter médico do PSF de forma permanente, pois antes o modelo era centrado na atenção hospitalar. A maior unidade de saúde e da antiga Fundação SESP e foi implantada em 1987 e funcionou como unidade mista, foi reformada e hoje funciona com 2 equipes de saúde da família: uma da zona urbana e outra da zona rural. A figura 24 e o Quadro 72 apresentam um panorama dos recursos em saúde no município de Pilão Arcado.

Mapa 26: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município de Rio Grande do Piauí - PA



A caracterização dos equipamentos no Quadro 5, demonstra a existência de uma UBS no assentamento Jardim das Flores, apesar de constar no CNES, está fechada, e o atendimento é realizado na escola. Ao passar em frente dessa unidade, observamos que

parece ter boa estrutura, mas segundo os técnicos que estavam conosco, durante a viagem para atendimento na escola, esta unidade foi inaugurado pelo prefeito anterior, mas sem equipamentos e estrutura para funcionar, contudo percebe-se que enquanto se resolve o problema na justiça, o equipamento está se deteriorando e a comunidade sem espaço físico para atendimento.

Quadro 72: Caracterização dos equipamentos de saúde disponíveis no CNES - Rio Grande do Piauí -PI

Tipo	Total	CNES	Descrição*
Posto de Saúde	1	2368641	Ps mae joana psf
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	4	2668971	Cs de rio grande do piaui psf
		9686347	Ubs assentamento boa vista
		9686339	Ubs assentamento chapada das flores
		9323880	Ubs pedro do vale feita
Unidade Mista	1	2323702	Ums de rio grande do piaui
Unidade Movel de Nível pre-hospitalar na área de Urg.	1	7613512	Samu 192 de rio grande do piaui
Central de Gestão em Saúde	1	7923589	Secretaria municipal de saude rio grande do piaui
Centro de Atenção Psicossocial	1	7112572	Centro de atencao psicossocial caps i de rio grande
Polo Academia da Saúde	1	7304501	Academia de rio grande do piaui

No Quadro 73 é possível observar os indicadores referentes a disponibilidade de pessoal e recursos financeiros retratam a realidade dos pequenos municípios brasileiros, em relação ao % de gasto em saúde observa-se que o município investe mais de 15%, e os gestores relataram dificuldades de manter a despesa em saúde, reforçando o que já falamos antes da dependência de recursos de transferência, devido a baixa arrecadação. Apesar do aumento de transferência de 2010 a 2018, o mesmo ainda é insuficiente para atender a necessidade.

Quadro 73: Indicadores de recursos em saúde - Rio Grande do Piauí (PI)

INDICADORES	2010	2014	2018
Número de beneficiários por plano de saúde ¹ n(%)	118(1,88%)	158(2,51%)	157(2,48%)
% de recursos próprios municipais em saúde ²		18,71%	
Despesa com recursos próprios em saúde por habitante ²		R\$ 192,81	
Transferencia fundo a fundo PAB fixo/ano (valor líquido R\$) ⁴	R\$ 169.575,00		R\$ 1.389.976,00
Transferencia fundo a fundo PAB variável/ano (valor líquido R\$) ⁴	R\$ 646.296,40		R\$ 1.044.195,32
Nº de médicos ³	N/A		5
MEDICO CLINICO	N/A		1

MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	N/A		3
MEDICO PSIQUIATRA	N/A		1
Nº de enfermeiros ³	3		6
Nº de dentistas ³	N/A		3
Nº de Leitos n ⁴	N/A	N/A	2*

1: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def.

2: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/03/2019.

3. CNES DATASUS: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp. Acesso em 30/03/2019

4. Sala de Apoio a gestão estratégica do SUS - SAGE/SUS. <http://sage.saude.gov.br/> Acesso em 28/03/2019. Valores de PAB referentes a 2017

Em relação aos indicadores da atenção básica, os dados do ministério da saúde de 2014 e 2015 demonstram que o percentual de internações sensíveis a atenção básica foi de 35,29 e 30,89 respectivamente, retratando a fragilidade da atenção básica no município. Por outro lado durante a visita observamos que na estrutura da secretaria existe um setor para levantamento de dados e os próprios técnicos relataram que não analisam os dados para organizar o processo de trabalho. Os sistemas de informações do município são alimentados para fins de cumprimento das pactuações com o estado e ministério da saúde, com a finalidade de não perder recursos.

Quadro 74: Indicadores de Atenção Básica - Rio Grande do Piauí (PI)

Indicadores	2010	2018
População	6650	6331
UBS em áreas rurais	N/A	2
UBS na sede	N/A	3
nº Eq ESF ³	3	3
nº ACS em ESF ³	17	18
Total ACS ³	17	18
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	3	3
CAPS	N/A	1
NASF ³	N/A	N/A
Cobertura ESF ⁴	100,00%	100%

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Dados referentes ao ano de 2000 e 2010. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

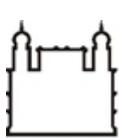
3: CNES - competências Dez/2007, Dez/2010 e Dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 29/03/2019

4: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> - Dez/2010 e Dez/2018. Acesso em 29/03/2019

A estrutura da atenção básica foi montada a partir da unidade mista de pronto atendimento e depois a partir da estrutura hospitalar, o que segundo informações dos profissionais e usuários entrevistados predomina o modelo médico hospitalar. O município tem uma cobertura de 100% da estratégia saúde da família, com 3 equipes com saúde bucal e 1 equipe do NASF. As equipes são compostas por 1 médico PMM e 2 contratados pelo município, 3 enfermeiros, 5 técnicos de enfermagem e 18 ACS. A UBS conta ainda com assistente administrativo, vigias e motoristas para atendimento na zona rural. O posto de saúde da zona rural funciona apenas em dias de atendimento do médico ou da enfermeira.

PARTE VII
RESULTADOS PRELIMINARES -
[CASOS MÚLTIPLOS: VETOR
EXPANSÃO CENTRO-OESTE]



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Centro de
Estudos
Estratégicos
da Fiocruz



VETOR EXPANSÃO CENTRO-OESTE

NOVA LACERDA - MT

Fotografia 12: Nova Lacerda - MT



O município de Nova Lacerda (MT) compõe o grupo de municípios de classificados como Vetor Centro-Oeste, a região agrega 84 municípios, 26,0% do total dos municípios rurais remotos (MRR) brasileiros, sendo que a maioria se localiza no estado do Mato Grosso. A região é sustentada pela moderna produção agrícola, caracterizada por Silveira e Santos (2001) como a área de agricultura globalizada. As áreas de densidade de mecanização agrícola são as maiores do país, bem como a utilização de tecnologia de ponta.

No geral, são municípios com população média de 9151(\pm 6.730,1) habitantes com mediana de 7.890,5 habitantes. As populações variam de 975 (Araguainha) a 37.165 habitantes (Machadinho do Oeste). A densidade populacional média é de 2,27 hab/km² com mediana de 1,58, as áreas são extensas com 5885,8 km² média e 4396,0 km² de mediana. O PIB médio per capita foi de R\$ 25.916 (\pm 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.

Para a amostra do Vetor Centro Oeste foram escolhidos três municípios: Tabaporã, Nova Lacerda e Vila Bela da Santíssima Trindade. Os dois primeiros como municípios médios e Vila Bela como outlier.

O município de Nova Lacerda integra a região de saúde do Sudoeste Matogrossense. Dos nove municípios dessa região, dois constam como rurais remotos pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017), sendo eles: Nova Lacerda e Vila Bela da Santíssima Trindade. Pontes e Lacerda é o município pólo dessa região.

Nova Lacerda está localizado às margens da BR 174, a uma distância de 530 km da capital Cuiabá, 325Km de Cáceres e de 101 km de Pontes e Lacerda, faz divisa ao norte com o município Comodoro, ao sul, com Conquista D'Oeste, à leste com Campos de Júlio e à oeste com Vila Bela da Santíssima Trindade.

O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi realizado entre os dias 29 de julho e 3 de agosto de 2019, por duas professoras do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública/ USP e duas pós-graduandas do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da mesma instituição.

O trajeto para acesso ao município de Nova Lacerda envolveu o deslocamento entre as cidades de Cuiabá, Cáceres, Pontes e Lacerda e Nova Lacerda. O percurso terrestre, de cerca de 1.400 Km, foi realizado em carro alugado com recursos do Projeto de Pesquisa e conduzido por uma das pesquisadoras. Além das entrevistas em Nova Lacerda essa equipe realizou a entrevista com a diretora do Escritório Regional de Saúde, na cidade de Pontes e Lacerda/MT, no dia 30/07/2019.

A chegada da equipe em Nova Lacerda ocorreu cerca das 15h do dia 30/07 quando já foi possível realizar as primeiras entrevistas. A coordenadora da Atenção Básica e a enfermeira de uma das unidades estavam nos aguardando e se encarregaram de indicar e convocar as pessoas a serem entrevistadas. Com exceção da entrevista com o secretário municipal de saúde e com a coordenadora da atenção básica, realizadas por uma dupla de pesquisadoras, as outras foram realizadas individualmente. No final da tarde do dia 01/08 foram concluídas as 14 entrevistas.

O município possui três UBS, localizadas geograficamente na área urbana, que por ser pequena é bem próxima da chamada por eles, área de sítios. Cada UBS atende tanto moradores da área rural como urbana, não se faz, portanto, a distinção entre unidades rurais e urbanas. Os agentes comunitários de saúde sim são, responsáveis por uma ou por outra. Dessa forma, todas as entrevistas foram feitas em ambientes das unidades básicas

de saúde ou na sede da SMS. Não houve deslocamento de pesquisadores para a área rural.

As entrevistas seguiram roteiros específicos semelhantes aos outros campos da pesquisa, foram gravadas e transcritas. Os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Enfermeiras e médicas estavam disponíveis para entrevista tendo sido avisadas previamente da realização das mesmas. O secretário da Saúde assumiu o cargo alguns meses antes da entrevista e solicitou que a coordenadora da AB estivesse junto com ele pois talvez ele não tivesse conhecimento suficiente para nos atender, ao argumentarmos aceitou fazer a entrevista que acabou sendo muito rica. Ele trabalhou vários anos como motorista da SMS e depois foi vereador, conhece muito o município e as rotinas e os problemas dos percursos para acesso aos serviços de referência, fez relatos de partos que chegou a fazer durante as viagens pela SMS, é uma pessoa muito conhecida na cidade, parece ter intensa participação nas reuniões da CIR. Usuárias demonstraram bastante disposição para a entrevista e ao se identificar dificuldade para leitura o TCLE foi lido pela entrevistadora.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O município não tem esgotamento sanitário, há poucas ruas asfaltadas e quando chove há grave problema com enchentes nas ruas. A condição da estrada é boa mas não tem serviço de emergência e muitos caminhões circulam por ela.

Economia: produção de gado de leite e corte; com crescimento recente de produção agrícola (soja, principalmente), fazendeiros tem começado a arrendar terras para esse cultivo. Não há produção de frutas e hortaliças para consumo local.

Há presença de muitas igrejas evangélicas - aproximadamente 80% da população local são de evangélicos.

INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores sanitários do município de Nova Lacerda/MT demonstram que entre os anos de 2000 a 2010 a expectativa de vida cresceu no município. Observa-se, no ano 2000 e 2010, representativo número de casos de óbitos maternos (11 e 26 casos respectivamente), bem como casos de óbitos infantis, demonstrando fragilidade das condições de saúde no que tangem mortalidade materno-infantil do município no período retratado.

Com relação às principais causas de morte no ano de 2000 e 2010, segundo dados do DATASUS estão: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas de morbidade e mortalidade.

Houve uma diminuição no número de Gestantes com nº de consultas de pré-natal insuficiente (menos de 7 consultas). O dados apresentam 1 nascido vivo em mãe na faixa de 10 a 19 anos no ano 2000, do mesmo modo que 1 nascido vivo com peso até 2499g no ano de 2016 (Quadro 75).

A inexistência de casos de sífilis congênita pode ser um fator notório da qualidade do pré-natal no município bem como do controle dessa Infecção Sexualmente Transmissível (IST) na comunidade.

Em 2016 a cobertura vacinal de conclusão das 3 doses de vacina tetra e pentavalente é respectivamente, apenas: 98,63% e 147,95%.

Há aumento na cobertura vacinal da Tríplice viral (sarampo, rubéola, caxumba) nos últimos anos, e dados apenas do ano de 2016 de 98,63% da cobertura vacinal da Tretra Viral (sarampo, rubéola, caxumba e varicela).

Quadro 75: Indicadores Sanitários - Nova Lacerda/MT

		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		68,17	74,52	
Nº de óbitos maternos ³		11	26	-
Mortalidade infantil ³	Neonatal (0 a 27 dias)	1	0	-
	Pós-neonatal (28 dias até 1 ano)	0	2	-
	Total (< 1 ano) ¹	1	2	-
Mortalidade proporcional ³	1ª principal causa de morte	260.603 (Doenças do aparelho circulatório)	326.371 (Doenças do aparelho circulatório)	-
	2ª principal causa de morte	120.517 (Neoplasias)	178.990 (Neoplasias)	-
	3ª principal causa de morte	118.397 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	143.256 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	-
Mortalidade por causas mal definidas ³		-	4	12
Gestantes com nº de consultas de pré-natal insuficiente (menos de 7 consultas) ³		43	27	21
Nº de partos domiciliares ³		-	-	1
Nº de nascidos vivos em mães na faixa de etária de 10 a 19 anos		1	-	-

Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%) ³	-	-	98,63
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ³	-	-	147,95
Cobertura vacinal Tríplice Viral D1 (%) ³	84,21	87,84	168,49
Cobertura vacinal Tetra Viral D2 (%) ³	-	-	98,63
% ICSAB ³	-	-	100%

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>

3: DATASUS.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A SMS tem contrato com uma empresa de assessoria em saúde, que foi bastante destacada e valorizada durante a entrevista da coordenadora da AB. A empresa apoia a SMS no planejamento normativo, prestação de contas e esclarecimento acerca de dúvidas com relação às políticas e portarias do SUS. Ainda, a empresa realiza processos formativos para as equipes, por demanda da SMS.

A organização dos municípios em consórcio setorial possibilita a contratação de serviços especializados que não seriam supridos pela rede regional de atenção à saúde. As dúvidas referentes às ações de vigilância são remetidas ao escritório regional de saúde, mas segundo a coordenadora AB o escritório regional não tem sido prioridade para o governo estadual, que mantém uma equipe com apenas 4 pessoas para apoiar os municípios.

O município possui três USF, cada uma com uma equipe. Há duas equipes de odontologia modalidade 2. Há NASF 3 = 80 horas: psicóloga (40 horas); Nutricionista (20 horas); Assistente social (20 horas) que também ocupa o cargo de coordenação da atenção básica. Vinculado à academia da saúde há contratado um educador físico. pegar os dados do Cnes

O município conta com um laboratório de análises clínicas com bioquímico concursado; que é considerado suficiente para exames básicos do sistema de saúde municipal.

Serviços de fisioterapia com fisioterapeuta com agenda própria que atende na Unidade Descentralizada de Reabilitação e também domiciliarmente, quando necessário.

Outros serviços são prestados aos munícipes periodicamente pela secretaria de saúde: ortopedista, cardiologista, ultrassom uma vez por mês, fonoaudiologia, carreta do câncer de um hospital de Cuiabá uma vez por ano.

TABAPORÃ - MT

Fotografia 13: Tabaporã - MT



O município de Tabaporã (MT) compõe o grupo de municípios classificados na pesquisa APS em territórios rurais e remotos como Vetor Centro-Oeste. Sendo que a maioria se localiza no estado do Mato Grosso. No geral, são municípios com população média de 9151(\pm 6.730,1) habitantes com mediana de 7.890,5 habitantes. As populações variam de 975 (Araguainha) a 37.165 habitantes (Machadinho do Oeste). A densidade populacional média é de 2,27 hab/km² com mediana de 1,58, as áreas são extensas com 5885,8 km² média e 4396,0 km² de mediana. O maior município (Colniza) tem área de 27 924 km².

O PIB médio per capita foi de R\$ 25.916(\pm 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. De todas as áreas da pesquisa é a única em que metade dos municípios tem como atividades econômicas principais a agropecuária, comércio, ou eletricidade ou gás.

Para a amostra da área Vetor Centro-Oeste foram selecionados 3 municípios no Estado do Mato Grosso (Nova Lacerda; Vila Bela da Santíssima Trindade; e Tabaporã).

O município de Tabaporã integra a região de saúde de Juara, menor região de saúde de Mato Grosso.. Dos 4 municípios dessa região (Juara, Novo Horizonte do Norte, Porto

dos Gaúchos e Tabaporã), três foram classificados como rural remoto pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017), sendo classificado como intermediário remoto o município de Juara. (quadro76 / figura 25).

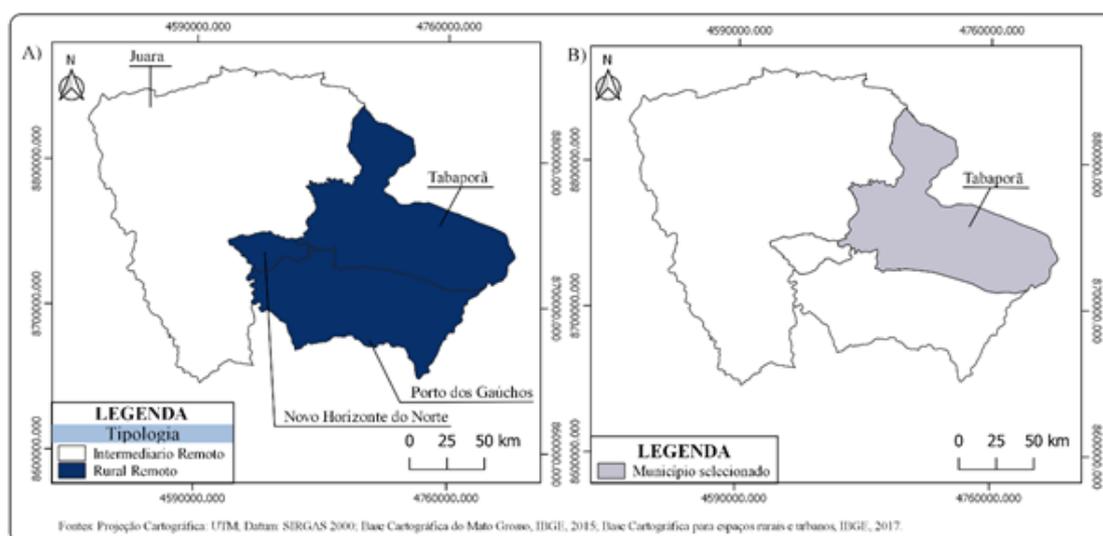
Quadro 76: Região de Saúde de Juara

UF	Município ¹	Classificação IBGE ¹	Seleção Amostra ²	Classificação Rural ²
MT	Juara	REGIONAL	Não	Intermediário Remoto
MT	Novo Horizonte do Norte		Não	Rural Remoto
MT	Porto dos Gaúchos		Não	Rural Remoto
MT	Tabaporã		SIM	Rural Remoto

Fonte: 1IBG

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm
2Dados da pesquisa

Mapa 27: Mapas da Regional de Saúde de Juara (MT), com a classificação dos municípios pela tipologia rural-remoto do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa



O TRABALHO DE CAMPO

A primeira impressão de SINOP, conhecida como a capital nortenha mato-grossense, é de uma cidade bem estruturada com empresas de grandes portes (Bunge, Cargil e a Agro Amazônia) demonstrando que a economia da cidade gira em torno do agronegócio e pecuária.

No caminho entre Sinop e Tabaporã vimos plantações a perder de vista de milho, soja, arroz e algodão, na estrada MT-220 que é asfaltada e em ótimas condições trafegamos por cerca de 1:30h até o trevo de acesso a Tabaporã, para chegar no cidade o único acesso é por uma estrada que de chão, cerca de 30 km, levamos 1h aproximadamente para chegar na cidade, essa em péssimas condições, com crateras de barros e desvios sem sinalização, sem luz, sem sinal de celular o que contrasta com outras

idades já visitadas pela equipe com IDHM baixo com estradas de chão em melhores e menos perigosas. Passar por parte dessa estrada à noite, sem conhecê-la e sem sinal de celular, só não foi pior porque encontramos logo no início da noite, funcionários trabalhando no calçamento da mesma, e orientando para os desvios que pareciam levar a lugar nenhum pela falta de iluminação pública e pelas condições de tráfego dos mesmos. Foi sem dúvida uma experiência "roots", e por vezes cheguei a duvidar que realmente estivesse a caminho de uma cidade com IDH alto. Como pessoas poderiam se locomover diariamente por ela? Como gestantes e pacientes com algum risco poderiam atravessá-la sem que a sua condição piorasse com os solavancos continuados por cerca de 1:30h até chegar em estrada pavimentada?

Chegar a Tabaporã, cidade de cerca de 9.000 mil habitantes e de economia centrada na pecuária (200.000 cabeças de gado) e agricultura (milho, soja, algodão e arroz) é uma descoberta inimaginável de arranjos sociais e econômicos, que se comungam para dar conta da diversidade da distância aos centros para acesso à assistência especializada.

A cidade em si nos surpreendeu positivamente porque até então só havíamos pesquisado em cidades de IDH baixo ou médio. Apesar da nossa reserva de hotel, indicado pela secretária de saúde, ter sido em um lugar com instalações muito ruins, conseguimos um hotel digno para passarmos a noite.

Como toda cidade também tem uma área mais pobre que eles chamam de assentamento e também uma favela, que não vimos, mas no geral possui casas bem estruturadas, em quadras quase que militares, de tão simétricas, e outras com alguns terrenos enormes no caso das edificações maiores, com piscina inclusive.

Tabaporã possui vida noturna com bares/ restaurantes cheios, em dia de futebol há um telão de projeção de data show muito animado em plena terça-feira. Sim, isso era muito diferente, além de ter postos de gasolina e comércio diverso, ainda que de cidade pequena, dava para ver que não era apenas uma cidade dormitório, que tinha vida própria, além dos inúmeros caminhões que cruzaram por nós nas estradas carregados de todo tipo de mercadoria, de madeira a grãos.

A secretaria de saúde, a UBS com duas equipes ESF, o NASF, hospital e laboratório funcionam na mesma área em edificações separadas. Fomos bem acolhidos pela secretaria e a entrevista ocorreu normalmente. Na UBS da sede, sentimos uma certa pressa dos profissionais devido ao horário de fechamento da UBS, porque fomos no período da tarde (13h-15h), tivemos apenas 2h para realizar a entrevista de 6 pessoas.

No dia seguinte combinamos com a secretaria de irmos juntos, mas na hora ela disse que não poderia e solicitou que o motorista da SMS nos levasse até a UBS Rural. O trajeto da sede até a zona rural do município foi difícil, seja pelos buracos, pelo intenso tráfego de caminhões, pelas pontes de madeira, e pelo caminho sinuoso. A condução do motorista da

SMS em alta velocidade pela estrada esburacada deu para sentir a dificuldade de uma paciente em PN de alto risco para ser assistida. Foram 89km em 1:30h na ida e na volta 1h; “quase demos à luz”.

Chamam o local onde fica a UBS de assentamento, que foi a maneira que a comunidade se iniciou, hoje as casas já são regularizadas, de acordo com a fala da secretária de saúde. Há pessoas carentes, mas há uma fazenda que emprega grande parte da população da zona rural e fornecem convênios UNIMED para os funcionários, sendo o atendimento realizado em SINOP.

A UBS rural (PSF 3) era estruturada para atendimento da população adstrita, o que não constatamos na sede, pois não tinha sala de vacinação nem de dispensação de medicamentos na estrutura, e. faz jus ao segundo ano consecutivo, da melhor avaliação do município pelo PMAQ, pois consegue oferecer serviços na mesma edificação, como dispensação de medicamentos e vacinação, dois serviços que a UBS sede não oferece.

A UBS rural está sem médico desde de dezembro/2018, com atendimento realizado pelo médico da sede, uma vez por semana. Foi reafirmado algumas vezes na entrevista com a gestora que a única maneira de ter médicos na área rural e através da continuidade do PMM. O médico é cubano e fazia parte do PMM, mas passou no revalida e agora é funcionário da prefeitura.

No dia seguinte, seguimos para o município de Juara que é o município de referência para Tabaporã, parte do trajeto, que durou cerca de 1:30h, foi também em estrada de terra batida, contrastando com as demais seja porque passam por dentro de fazendas com terras a perder de vistas, com agricultura e pecuária simultaneamente, seja porque estão em condições um pouco melhor do que as demais. Depois, a estrada passa a ser de asfalto, a estrada é boa, e a viagem dura mais 1 hora. Levando a nos questionar, como um município de referência tem um acesso tão ruim. Mas é fato que nenhum gestor, funcionário ou usuário, acredite, considerou que as estradas são um fator negativo para o acesso às cidades, e apesar de gestantes de risco e outros usuários com risco de vida serem encaminhados precocemente para as cidades onde serão tratados, ninguém reclamou.

A secretária de saúde de Juara mostrou que conhece bem a região e soube reconhecer a existência de limitações locais para prestar os atendimentos, o município possui 5 tribos indígenas. Possui um hospital e um ambulatório de especialidades, que recebe usuários de toda a região. A gestora informou que muitos usuários não costumam frequentar as UBS's e optam por atendimento em outros serviços.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O território do município foi imemorialmente habitado por nações indígenas. A denominação do município é de origem Tupi, sendo homenagem aos antigos moradores desta vasta área, hoje habitada pelo homem branco, e foi um ilustre cidadão, um poeta da mais alta linhagem que sugeriu o nome da cidade - Carlos Drumond de Andrade.

Tabaporã significa taba: aldeia, povoação e porã: bonito, belo, formoso. "Cidade Bonita". Uma cidade encravada no seio da floresta amazônica. Para a formação da Bacia Amazônica contribuem os rios São Francisco e Apicás, além de inúmeros afluentes, constituindo-se numa região de considerável índice de concentração hidrográfica, portanto, de excelente drenagem fluvial. Outro fator extremamente importante é a topografia do terreno, a maioria é plana.

A comunidade surgiu a partir de 1984, em função do projeto de colonização da Gleba Tabaporã, cuja área era de quase quarenta mil quilômetros quadrados. Deu-se a partir de um contrato firmado entre Apolinário Empreendimentos Imobiliários Ltda., pertencente ao Grupo Comercial Isaiás Apolinário e Zé-Paraná Empreendimentos Ltda., pertencente ao Colonizador e Comendador José Pedro Dias, popularmente conhecido como Zé Paraná, pioneiro na região e fundador do município de Juara - MT.

A efetiva ocupação do núcleo de colonização ocorreu com a venda dos primeiros lotes. Foi pioneiro nesta área o agricultor Ademir Jesuíno Costa, que veio com sua família da Cidade paulista de Monte Castelo, fixando residência em Tabaporã. Grande fluxo migratório registrou-se em 1985. Centenas de famílias chegavam ao lugar à procura do sonho da terra própria, a maioria desses pioneiros provinha dos Estados de São Paulo e Paraná.

A propaganda de terra boa e baixo custo atraíram muita gente, permanecendo em efervescência até 1986. A partir do ano seguinte observou-se uma estabilização na vinda de famílias migrantes, em função do quadro de venda nas áreas agricultáveis por problemas conjunturais de influência nacional.

O povoado em crescimento tomava forma de cidade, e seus moradores se organizaram politicamente e reivindicaram maior poder de decisão. A Gleba Tabaporã foi elevada à categoria de Distrito através da Lei Federal n.º 5.093 de 16 de Dezembro de 1986, sancionada pelo governador Wilmar Peres de farias. A partir de então o nome do lugar simplificou-se para Tabaporã.

A Lei estadual n.º 5.913, de 20 de dezembro de 1991, de autoria do deputado Hermes de Abreu e sancionada pelo governador Jayme Campos, criou o Município:

Artigo 1º - Fica criado o Município de Tabaporã, com território desmembrado do Município de Porto dos Gaúchos.

Artigo 2º O Município ora criado é constituído de um Distrito, da Sede.

Parágrafo único - o Município somente será instalado com a eleição e posse do Prefeito, VicePrefeito e Vereadores, realizada de conformidade com a Legislação Federal.

As eleições Municipais de 03 de outubro de 1.992 elegeram o Sr. José Antônio Pacolla, que obteve 597 votos, para ser o primeiro Prefeito e seu Vice-Prefeito foi o Sr. Leonelso P. da Silva. Gentílico: tabaporaense.

Em relação aos indicadores sociais do município, a renda per capita média de Tabaporã cresceu 130,25% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 237,36, em 1991, para R\$ 582,34, em 2000, e para R\$ 546,51, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 4,49%. A taxa média anual de crescimento foi de 10,49%, entre 1991 e 2000, e -0,63%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 37,99%, em 1991, para 34,76%, em 2000, e para 10,98%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,44, em 1991, para 0,75, em 2000, e para 0,44, em 2010 (Quadro 2).

Quadro 77: Indicadores Sociais - Município de Tabaporã (MT)

INDICADORES	2000	2010	2014
Renda familiar per capita mensal ^{*1}	582,34	546,51	
% população extremamente pobre ^{**1}	18,86	5,54	
% de população beneficiária do PBF ^{***3}	-	-	16,79
Índice de Gini ¹	0,75	0,44	
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais ¹	14,01	8,09	
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	17,63	8,66	
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	28,52	67,21	
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	49,02	93,11	
% da população em domicílios com água encanada ¹	55,08	95,10	
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário ^{****3}	-	-	9,97
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	59,92	98,39	
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	59,30	97,60	

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 .

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def

Como mostra o Quadro 78, O IDHM - Tabaporã é 0,695, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio. A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,826, seguida de Renda, com índice de 0,679, e de Educação, com índice de 0,598.

Entre 2000 e 2010, a população de Tabaporã cresceu a uma taxa média anual de - 0,87%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 57,31% para 52,79%. Em 2010 viviam, no município, 9.932 pessoas.

Quadro 78: Indicadores Demográficos - Município de Tabaporã (MT)

Ano de criação do município ¹	1991		
Área territorial (km ²) ¹	8 225,389 km ²		
Densidade Demográfica (hab./km ²) ²	1,21 hab./km ²		
INDICADORES	2000	2010	2018
População total ¹	10.842	9.932	9.309
População urbana ¹ n(%)	6.214	5.243	
População rural ¹ n(%)	4.628	4.689	
IDHM ¹	0.510	0.695	-
Classificação IDHM ¹	Baixo	Médio	-
% de população até 1 ano de idade ¹	1,31	1,33	-
% de população menor de 15 anos ¹	34,41	27,09	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	1,60	3,79	-

Legenda: R=ribeirinhos; P=pescadores; Q=quilombolas; I=indígenas; E=extrativistas; A=assentados

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>.

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>

INDICADORES DE SAÚDE

Os dados contidos no quadro 4 mostram que a expectativa de vida dos residentes de Tabaporã em 2017 foi de 74,6 anos, mostrando ter havido um crescimento de 5,9 anos na última década. A taxa de mortalidade infantil em 2017 reduziu a mais da metade nos últimos 10 anos.

Entre principais causas de morte estão as doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias e as causas externas. A mortalidade por causas mal definidas apresentou redução importante.

Quadro 79: Indicadores sanitários - Tabaporã (MT) 200, 2010 e 2016

Indicadores	2000	2010	2017
Expectativa de vida ¹	-	68,07	74,6
Nº de óbitos maternos ³	1	0	0
Taxa de mortalidade infantil ⁴	42,55	15,87	28,99

Mortalidade infantil ³	n° de óbitos neonatal (0 a 27 dias)	2	0	2
	n° de óbitos pós-neonatal (28 dias até 1 ano)	1	1	1
	n° de óbitos total em menores de 1 ano	3	2	4
Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	Doenças do aparelho circulatório e causas externas (30 %)	Doenças do aparelho circulatório (40%)	Neoplasias e causas externas (30%)
	2ª principal causa de morte	Doenças do Metabólicas e nutricionais (10%)	Causas externas (20%)	Doenças do aparelho circulatório (21,0%)
	3ª principal causa de morte		Doenças do aparelho respiratório (10%)	
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		6,6%	5%	4,2%
N° de óbitos por câncer de colo de útero ³		0	0	0
N° de nascidos vivos em mães com 10 a 19 anos de idade		34	30	25
Cobertura vacinal de três doses de pentavalente (%) ³		0	0	92,91
Gestantes com menos de 7 consultas de pré-natal ³		50	9	22
N° de partos domiciliares ³		3	0	0

¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

²:<https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

³:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 30/12/2019

4 Referente aos anos de 2006, 2010 e 2017

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/tabapora/pesquisa/39/30279?ano>

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: n° de obitos de residentes por grupo de causa definidas/ n° total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: n° de obitos de residentes por causas mal definidas/ n° total de obitos de residentes*100

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

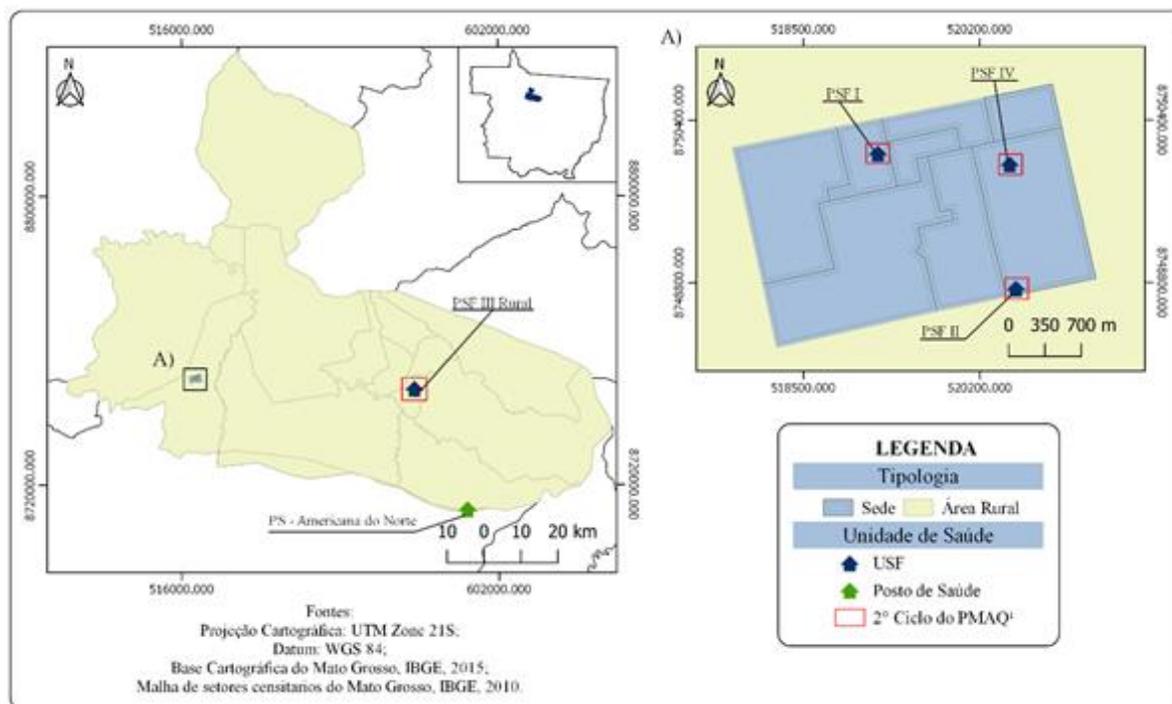
O município de Tabaporã possui quatro unidades básicas de saúde, três localizadas na sede do município e uma na zona rural (Quadro 80 e Figura 26). Identificamos no momento da visita que uma UBS da sede do município (PSF II) não estava em funcionamento porque não havia médico para unidade. Na relação número de equipe SF e população observa-se 100% de cobertura potencial da Estratégia SF.

Com relação aos horários e dias de funcionamento, as UBS da sede funcionam de segunda a sexta, de 7 as 15h.

Há uma equipe NASF que atua em conjunto com as equipes AB. Segundo relato dos profissionais, o NASF é composto pelos seguintes profissionais: psicólogo, assistente social, farmacêutico, educador físico.

A dispensação de medicamentos é feita em farmácia central que fica na sede do município. Apenas a UBS (PSF III - rural) faz dispensação de medicamento.

Mapa 28: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do Município de Tabaporã - MT



Quadro 80: Caracterização de equipamentos de saúde - Tabaporã

Estabelecimentos	Total	CNES	Descrição*
Centro de Apoio a Saúde da Família	1	6383777	Núcleo de apoio a saúde da família nasf
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	4	9063501	Posto de saúde de americana do norte
		2392836	Unidade básica de saúde psf i
		5503086	Unidade básica de saúde psf iii rural
		5969662	Unidade básica de saúde psf iv
Hospital Geral	1	2392801	Hospital municipal de tabapora
Consultório Isolado	3	9575782	Clinica sao matheus
		6791875	Consultorio odontologico dr everson e dra carla
		7432208	Ultra vision med
Clínica/Centro de Especialidade	1	5408318	Centro de reabilitacao dom aquino correia unidade tabapora
Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT ISOLADO)	1	6789587	Laboratorio municipal de tabapora
Unidade de Vigilância	1	2699109	Vigilancia em saude
Farmácia	1	6579140	Farmacia central
Unidade Móvel de Urgência	1	9406298	Samu

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp

Quadro 81: Indicadores de Atenção Básica

Indicadores	2010	2018
População	10.760	9.309
UBS em áreas rurais		1
UBS na sede		3
nº Eq ESF ³	4	3
nº ACS em ESF ³	31	30
nº Eq EACS ³	n/c	n/c
nº ACS em EACS ³	n/c	n/c
Total ACS ³	31	30
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	4	3
NASF ³	1	1
ESF prisional ³	n/c	n/c
ESF Ribeirinha ³	n/c	n/c
ESF Fluvial ³	n/c	n/c
ESF Quilombola ³	1	1
Eq multiprofissional de Atenção Domiciliar ³	n/c	n/c
Cobertura ESF ⁴	100,00%	100,00%

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: CNES - competências Dez/2010 e Dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 29/03/2019

4: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> - Dez/2010 e Dez/2018. Acesso em 29/03/2019

VILA BELA DA SANTÍSSIMA TRINDADE - MT

Fotografia 14: Vila Bela da Santíssima Trindade - MT



O município de Vila Bela da Santíssima Trindade (MT) compõe o grupo de municípios de classificados como Vetor Centro-Oeste, a região agrega 84 municípios, 26,0% do total dos municípios rurais remotos (MRR) brasileiros, sendo que a maioria se localiza no estado do Mato Grosso. A região é sustentada pela moderna produção agrícola, caracterizada por Silveira e Santos (2001) como a área de agricultura globalizada. As áreas de densidade de mecanização agrícola são as maiores do país, bem como a utilização de tecnologia de ponta.

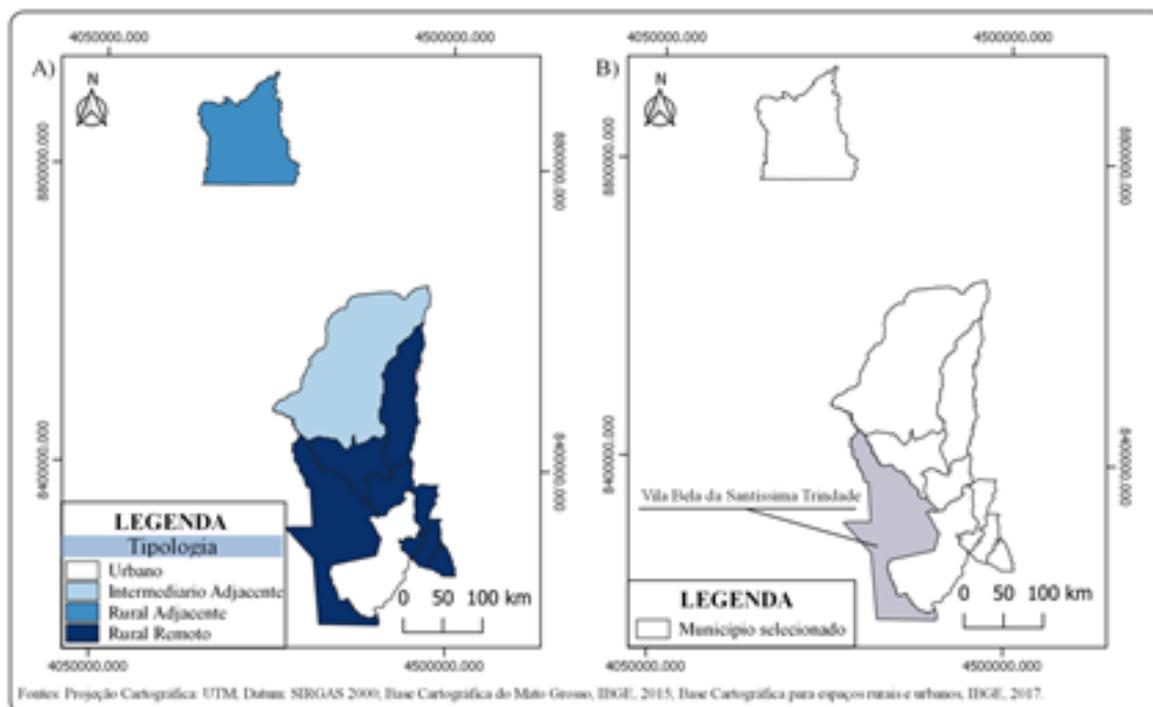
No geral, são municípios com população média de 9151(\pm 6.730,1) habitantes com mediana de 7.890,5 habitantes. As populações variam de 975 (Araguainha) a 37.165 habitantes (Machadinho do Oeste). A densidade populacional média é de 2,27 hab/km² com mediana de 1,58 , as áreas são extensas com 5885,8 km² média e 4396,0 km² de mediana. O PIB médio per capita foi de R\$ 25.916(\pm 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.

Para a amostra do Vetor Centro Oeste foram escolhidos 3 municípios: Tabaporã, Nova Lacerda e Vila Bela da Santíssima Trindade. Os dois primeiros como municípios médios e Vila Bela como outlier. Vila Nova da Santíssima Trindade foi incluída por ter PIB considerado alto e ser fronteira com a Bolívia, ademais é uma cidade muito antiga, tendo sido a primeira capital da Capitania de Mato Grosso

O município de Vila Bela de Santíssima Trindade integra a região de saúde do Sudoeste Matogrossense. Dos 9 municípios dessa região, só dois não constam como rurais

remotos pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017), sendo eles: Nova Lacerda e Vila Bela. Ponte e Lacerda é o município pólo desta região. (Figura 27 e Quadro 82)

Mapa 29: Mapas da regional de Saúde do Sudoeste Matogrossense (MT), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa



Quadro 82: Municípios da Região de Saúde do Sudoeste Matogrossense (MT), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).

UF	Município1	Classificação IBGE1	Seleção Amostra2
MT	<i>Pontes e Lacerda</i>	<i>Urbano</i>	<i>Não</i>
MT	Campos de Júlio	Rural Remoto	<i>Não</i>
MT	Comodoro	IntermediarioAdjacente	<i>Não</i>
MT	Conquista D'Oeste	Rural Remoto	<i>Não</i>
MT	Figueirópolis D'Oeste	Rural Remoto	<i>Não</i>
MT	Jauru	Rural Remoto	<i>Não</i>
MT	Nova Lacerda	<i>RuralRemoto</i>	<i>SIM</i>
MT	Rondolândia	RuralAdjacente	<i>Não</i>
MT	Vale de São Domingos	Rural Remoto	<i>Não</i>
MT	Vila Bela da Santíssima Trindade	<i>RuralRemoto</i>	<i>SIM</i>

O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo do município de Vila Bela da Santíssima Trindade foi realizado entre os dias 29 de julho a 02 de agosto, em um grupo de quatro pesquisadores. Os pesquisadores chegaram no aeroporto Internacional Marechal Rondon de Várzea Grande

(MT) no horário de almoço no dia 29 de julho; de lá foram para Cáceres em carros, o trajeto foi de cerca de 3 horas de duração.

No dia seguinte, o grupo partiu para Vila Bela da Santíssima Trindade, em torno das 7h da manhã, o trajeto durou cerca de 5 horas. Chegaram por volta das 12h da manhã, e após o almoço seguiram para Secretaria Municipal para as devidas apresentações. Uma dupla entrevistou a Secretária Municipal de Saúde e a Coordenadora da Atenção Básica (AB) no próprio prédio da SMS, duração de cerca de 2 horas e 30 minutos. O outro grupo se dirigiu para a Unidade de Saúde da Família. Foram entrevistados os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os profissionais e os usuários, as quais duraram cerca de 40 min a 1h com cada entrevistado. A convite da Secretária Municipal de Saúde, os pesquisadores foram conhecer o Hospital da região construído pela Missão Cristã Brasileira, com uma visita guiada pelo enfermeiro de lá. Os prédios para o Programa de Saúde da Família (PSF), tanto da base urbana quanto o da rural, junto com a Unidade Básica de Saúde (UBS) são anexos ao Hospital. A infraestrutura do local é confusa, com diversas portas para fazer a divisão de cada parte do prédio, além de haver 3 salas de vacina em um mesmo espaço. O Hospital atende demanda dos SUS, convênios e atendimentos particulares, além de possuir um Pronto Atendimento de 24 horas.

No dia 31 de julho, o grupo saiu 6h da manhã, acompanhados pelo motorista da Secretaria Municipal de Saúde, o qual ela disponibilizou para auxiliar no trajeto, em destino para Santa Mônica, região rural do município. Foram cerca de 3 a 4h de viagem, em estrada de terra em péssimas condições. Às 10h00min a equipe de pesquisadores foi recepcionada pelos funcionários do Posto de Saúde Comunidade de Santa Clara do Monte Cristo, que em um primeiro momento, explicaram a pesquisa e sanaram possíveis dúvidas, após isso, foram informados que o médico havia saído para fazer um atendimento domiciliar e os funcionários verificaram na agenda a disponibilidade dos usuários para fazer as entrevistas. A unidade estava em reforma e havia poucas pessoas no local para serem atendidas. Novamente o grupo se dividiu, as entrevistas se iniciaram perto das 11h, foram entrevistados a enfermeira, o ACS e uma usuária de PPP. Após o almoço, os pesquisadores retornaram às 13h30, as entrevistas com os usuários de HAS e CCU forma realizadas em seus domicílios e a entrevista com o médico na unidade.

Às 14h o grupo retornou para Vila Bela, tendo em vista que o local visitado era fronteira com a Bolívia, há muita fiscalização policial, e em um momento do trajeto os pesquisadores foram parados pela Polícia Federal. Após a apresentação da carteirinha de identificação da Universidade de São Paulo da Professora Aylene e explicação da pesquisa, o grupo foi liberado. No dia 01 de Julho, no período da manhã, duas pesquisadoras retornaram à Unidade de Tereza de Benguela para realizar a entrevista que

ficou faltando com a usuária referente ao cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). No período da tarde, o grupo retornou para Cáceres

No município de Vila Bela da Santíssima Trindade (MT), foram realizadas no total 14 entrevistas conforme detalhadas na Tabela 2. A única intercorrência foi que na Unidade Tereza de Benguela houve dificuldade para entrevistar usuárias que tiveram o diagnóstico de câncer de colo de útero, mas foi entrevistada uma usuária que faz o preventivo anualmente.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

Vila Bela da Santíssima Trindade possui população majoritariamente rural, considerando sua média populacional de 15.274 pessoas, tendo aproximadamente mais de 9.400 pessoas em condições rurais.

A economia da região se baseia na Agropecuária, sendo reconhecida nacionalmente pela quantidade de rebanhos bovinos. Há grande concentração de terras e fazendas direcionadas para o gado de corte, onde muitas das famílias trabalham para os proprietários dessas fazendas. Esta característica fundiária da região, acentua ainda mais a desigualdade social do local, fazendo com que a riqueza esteja concentrada com um número reduzido de pessoas, havendo uma distribuição desproporcional para o restante da população.

No local há pouca oferta de emprego, fazendo com que a maioria opte por terem sítios pequenos com gado para finalidade leiteira, criação de frangos ou pequenas plantações, outras optam por serem assalariadas em comércios próximos a região, há forte presença de latifúndios voltados a pecuária. Há importante presença de igrejas protestantes, que vieram em forma de missão desde meados do século XX, para catequisar os índios.

O município possui problemas com tráficos e imigrantes, devido a extensa fronteira com a Bolívia, essa questão afeta não só a dinâmica da região em relação a segurança, mas também com a saúde, havendo uma sobrecarga no atendimento do SUS, que deve atender a demanda não só da população residente do local, mas também das pessoas que vêm da fronteira, além de problemas com drogas ilícitas.

De acordo com o quadro 83 obtemos um parâmetro geral que permite identificar as características demográficas da região.

Quadro 83: Indicadores Demográficas - Vila Bela da Santíssima Trindade

Ano de criação do município 1	1752		
Área territorial (km ²) ¹		13 420,436 km ²	
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²		1,19 hab./km	
Indicadores	2000	2010	2018
População total 1	12.257	14.493	15.534
População urbana ¹ n(%)	2.787	5.166	
População rural ¹ n(%)	9.470	9.327	
IDHM1	0.502	0.645	-
Classificação IDHM1	Baixo	Médio	-
% de população até 1 ano de idade ¹	2,58	1,84	-
% de população menor de 15 anos ¹	37,06	31,55	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	3,19	4,48	-

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>.2: <https://cidades.ibge.gov.br/>

População Urbana/quilombola: cerca de 40% reside na sede, que tem uma estrutura bastante antiga, grande parte da população é descendente de escravos, que forma abandonados pelos donos quando a cidade deixou de ser a capital de Mato Grosso.

População Rural: são diversas vilas, a maioria localizada a horas de estrada de terra da sede, com péssimas condições. Alguns trabalham nas fazendas de gado, mas. Maioria vive de pequenas plantações e auxílios governamentais.

População indígena: Na região há ainda populações indígenas, conhecidas como Chiquitanos, imigrantes da Bolívia. A pequena população indígena de etnia brasileira encontra-se na divisa do município com Nova Lacerda, e desta forma não é de domínio de Vila Bela. Além de indígenas, existem também populações quilombolas, porém não há um mapeamento preciso das mesmas.

Quadro 84: Indicadores Sociais - Vila Bela da Santíssima Trindade

Indicadores	2000	2010	2014
Renda familiar per capita mensal* ¹	424,62	439,18	
% população extremamente pobre** ¹	21,11	15,10	
% de população beneficiária do PBF*** ³	-	-	33,16
Índice de Gini 1	0,70	0,59	
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais 1	17,39	10,61	
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis 1	24,73	21,98	
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído 1	16,01	50,59	
% da população em domicílios com banheiro e água encanada 1	32,77	73,91	
% da população em domicílios com água encanada 1	38,59	83,67	
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário**** ³	-	-	12,54

% da população em domicílios com energia elétrica 1	58,11	97,04	
% da população em domicílios com coleta de lixo 1	84,20	96,23	

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 .

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def

A rede de Saneamento Básico é precária, com esgoto a céu aberto mesmo na sede, alguns locais da área urbana possuem encanações improvisadas. Na área rural, poucas pessoas possuem banheiros em seus lares e o acesso a água é feito por poços ou cisternas. Na área urbana a água é encanada, porém vem direto do rio e não passa por nenhum tratamento. De acordo com os indicadores sociais (Quadro 3.) temos que, cerca de 12,54% dos domicílios possuem acesso ao esgotamento sanitário, 73,91% com banheiro e água encanada e 83,67% apenas com água encanada.

As unidades de saúde visitadas não forneceram os dados dos Beneficiários do Bolsa Família.

INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores sanitários do município de Vila Bela demonstram que entre os anos de 2000 a 2017 ocorreu um deslocamento da mortalidade infantil para o componente neonatal, seguindo a tendência nacional. Com relação as principais causas de morte no ano de 2017, segundo dados do Datasus estão: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, sistema respiratório e digestivo. O número de partos domiciliares que aparecem no sistema oficial é bem pequeno, contrastando com a fala dos profissionais.

Dentre questões sociais e de saúde, foram relatados pelos profissionais um alto índice de gravidez na adolescência, assim como a necessidade de promover ações de educação em saúde que fortaleçam a utilização de contraceptivos. Dados do DATASUS mostram um decréscimo do percentual de nascidos vivos em mães na faixa de 10 a 19 anos.

Quadro 85: Indicadores sanitários - Vila Bela da Santíssima Trindade

Indicadores sanitários		2000	2010	2017
Expectativa de vida ¹		70,71	75,57	
Nº de óbitos maternos		sem reg	sem reg	sem reg
Nº de óbitos em menores de 1 ano		6	3	6
Mortalidade infantil	Neonatal (0 a 27 dias)	23,5	17,6	21,2
	Pós neonatal (28 dias até 1 ano)	11,8	0	0
	total (< 1 ano) ¹	35,3	17,6	21,2
Mortalidade proporcional	1ª principal causa de morte	Doenças Ap Circulatorio	Doenças Ap Circulatorio	Doenças Ap Circulatorio
	2ª principal causa de morte	Afec perinatais	Neoplasias	Neoplasias/Respiratorio/Digestivo
	3ª principal causa de morte	Respiratório	Causa externas	
Nº de partos domiciliares		1	6	8

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>

3: DATASUS.

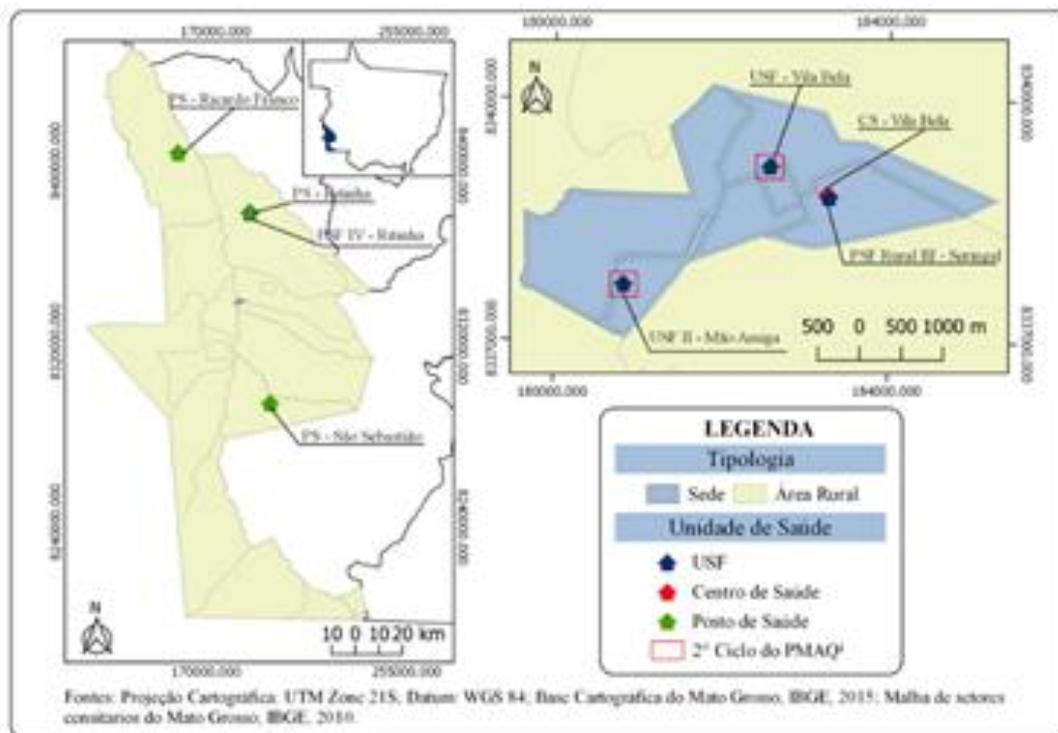
Devido a extensa fronteira com a Bolívia, a presença de drogas ilícitas no município de Vila Bela da Santíssima Trindade é predominante, havendo muitos casos com dependentes químicos, principalmente com homens adultos. Isso faz com que a Secretaria Municipal de Saúde disponha de investimentos para internação e atualmente com a implantação do NASF, aspirar estratégias para a recuperação desses usuários, pois a maioria retorna as drogas.

Eventos com animais peçonhentos ocorrem de maneira pontual em certos períodos do ano, como no caso da época de seca no município, em que aumentam os incêndios nas plantações, e estes saem dos ninhos. Os casos mais frequentes, são com escorpiões.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município dispõe de onze UBS, sendo uma localizada na sede e as outras dez distribuídas em áreas rurais. Além disso, possuem alguns Postos de apoio na zona rural, nos quais atuam enfermeiros e técnicos de enfermagem que ofertam os primeiros socorros em casos de emergências e acionam as ambulâncias para encaminhar para sede. No município as UBS da base urbana funcionam das 7h às 11h e das 13h às 17h, na base rural o horário varia das 7h às 12h e das 13h às 17h, posterior a esse horário os usuários vão até a residência da enfermeira para solicitar atendimento, quando ocorre alguma urgência.

Mapa 30: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município de Vila Bela que participaram do PMAQ



Organiza-se com agenda diária para atendimentos da equipe de ESF, na área rural os agendamentos são raros. A maioria dos funcionários, inclusive os médicos, são concursados.

No geral, são poucas pessoas que possuem transporte próprio para locomoção, como carros e motos, há alguns ônibus que circulam nas regiões que ligam a área rural com a cidade, contudo eles são pagos e a passagem custa em média R\$25,00 para ir e voltar. A população depende do transporte disponibilizado pela Secretaria Municipal da Saúde para poderem se deslocar até as unidades de saúde. Muitas vezes utilizam os ônibus escolares para locomoção, contudo em época de férias estes deixam de circular. Nas áreas rurais a locomoção até a cidade é feita frequentemente de forma a acessar vários serviços ao mesmo tempo (ida à UBS, compras, transações bancárias, etc).

Para serviços de urgências básicos, o município conta com um hospital de referência, idealizado e construído por um Pastor da Missão Cristã Brasileira, o qual deu início ao sistema de saúde da região. Antes da construção das UBS, a população quando necessitava por serviço de saúde, procuravam o Pastor que além do hospital, dispunha de um avião, que havia recebido da Europa, para atender as áreas mais afastadas da região.

O hospital fornece serviços tanto para o SUS, quanto atendimentos particulares e para convênios. O Pronto Atendimento, a UBS da área urbana e ESF das áreas rurais (Quadro 5) são anexos ao hospital. Contudo, funcionam de maneira independentes, havendo divisões com portas no interior do local, e diferença na entrada e saída de cada móvel. O mesmo imóvel dispõe de três salas de vacinas para cada ESF rural, o que

umenta consideravelmente os gastos com materiais e dificulta a dinâmica entre os profissionais.

O município conta ainda com uma casa de apoio na sede, na qual os usuários que moram nas áreas mais distantes podem dormir e esperar o transporte sanitário para as referências, normalmente em Pontes Lacerda. A SMS conta com um ônibus próprio para fazer o transporte dos usuários da sede para as referências secundárias.

Quadro 86: Caracterização de equipamentos de saúde - Vila Bela da Santíssima Trindade- 2018

Tipo	Total	CNES	Descrição*	Área*	Ativa*	Observação
Posto de Saúde	5	2394618	Posto De Saude Do Palmarito	Rural	x	
		2395053	Posto De Saude Ricardo Franco	Rural	x	
		9338276	Posto De Saude Ritinha	Rural	x	
		2395061	Posto De Saude Santa Clara	Rural	x	
		9337644	Posto De Saude Sao Sebastiao	Rural	x	
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	7	2394596	Centro De Saude De Vila Bela	Urbana	x	
		9414088	Psf Iv Ritinha	Urbana	x	
		5131456	Psf Rural	Urbana	x	
		5709768	Psf Rural Ii	Urbana	x	
		7535910	Psf Rural Iii Seringal	Urbana	x	
		2615495	Unidade De Saude Da Familia I Vila Bela	Urbana	x	
		3008223	Unidade Saude Familia Ii Mão Amiga	Rural	x	
Hospital Geral	1	2752603	Hospital Evangélico De Mato Grosso	Urbana	x	
Consultório Isolado	1	9805052	Neoform Clínica Médica	Urbana	-	
Clinica/Centro de Especialidade	1	2615401	Unidade De Reabilitação De Vila Bela	Urbana	X	
Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT ISOLADO)	2	2394626	Farmacia E Laboratorio Vila Bela	Urbana		
		9804811	Laboratório Marechal Rondon	Urbana	x	Terceirizado
Unidade Móvel Terrestre	1	7260121	Unid Odontologica Móvel De Vila Bela Santíssima Trindade	Urbana		
Farmácia	2	9378707	Farmacia Basica Central De Vila Bela	Urbana	x	Localizada na Secretaria Municipal
		9383050	Farmacia Basica Ii Jardim Aeroporto	Rural	X	

Centro de Regulação de Nova Lacerda	1	7855249	Central Municipal De Regulação	Urbana		
Centro de Gestão em Saúde	1	6075614	Secretaria Municipal De Saúde De Vila Bela	Urbana	X	Funciona a ESF Tereza de Benguela

Dentre os PSF citados, dois rurais são itinerantes e vão duas vezes na semana na zona rural para fazer atendimentos, cada vez em uma comunidade diferente. Nesses dias a comunidade recebe médico, enfermeiro e técnico de enfermagem para vacina, sendo realizadas atividades de consulta, coleta de preventivo e aplicação de vacinas,

O município conta com um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um psicólogo e uma Assistente Social que estão estabelecidos na sede e se deslocam para as zonas rurais nos Mutirões que ocorrem aos Sábados. Além destes, dispõe de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas, como expressos na Tabela 6 abaixo. Os dentistas atendem na sede durante as semanas, quando há os Mutirões deslocam-se para as zonas rurais com a Odonto Móvel, há uma escola entre eles que garante a rotatividade de atendimento na base móvel.

Há grande dificuldade para coleta de exames laboratoriais na áreas distantes da sede, as vezes há coleta nestas unidades, mas é muito esporádico.

Quadro 87: Indicadores de recursos em saúde - Vila Bela da Santíssima Trindade

Indicadores	2010	2018
Nº de médicos 3	n/c	9
Medico clinico	n/c	4
Medico anestesiolgista	n/c	1
Medico pediatra	n/c	1
Medico da estrategia de saude da familia	n/c	3
Nº de enfermeiros 3	8	14
Nº de dentistas 3	n/c	5

fonte:3. CNES DATASUS, busca por CBO. http://cnes2.datasus.gov.br/Mo d_Ind_Pro fissi onal_com_CBO.asp. Acesso em 30/03/2019

De acordo com a nota técnica do Ministério da Saúde (2018), o município possui apenas um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) credenciado, porém não implantado (Quadro 6). Todavia a equipe com fisioterapeuta, fonoaudiólogo e demais profissionais da saúde já existiam, porém só foi integrado ao programa de maneira formal,. Não houve nenhum processo de capacitação desses profissionais para entender a dinâmica do mesmo, fazendo com que busquem informações na internet.

O município investe muito em consórcios para suprir algumas demandas de saúde da região, como o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Guaporé (CISVAG), que é um consultório em Pontes e Lacerda, o qual oferece consultas

especializadas, como ortopedistas, neurologistas, psiquiatras e etc. Além de oferecer estrutura para atividades de Equoterapia.

De maneira geral, a cobertura da AB é insuficiente para a demanda populacional do município, considerando as distâncias das regiões rurais e a má distribuição dos postos de saúde, como no caso de haver três PSF na sede, e a quantidade de transportes disponibilizados para locomoção dos usuários. Apenas a Unidade Tereza de Benguela possui agendamento de consultas, enquanto as outras unidades estabelecem dias específicos para cada atendimento. Além de todas as unidades possuírem prontuário eletrônico, com sistema próprio financiado pela própria SMS.

PARTE VIII
RESULTADOS PRELIMINARES -
[CASOS MÚLTIPLOS:
NORTE DE MINAS]



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Centro de
Estudos
Estratégicos
da Fiocruz



NORTE DE MINAS

BONITO DE MINAS - MG

Fotografia 15: Bonito de Minas - MG



O município de Bonito de Minas (MG) compõe o grupo de municípios classificados na pesquisa APS em territórios rurais e remotos como Norte de Minas. A área Norte de Minas caracteriza-se por lógica espacial própria. Pode ser considerada como uma das mais importantes “zonas opacas” da região concentrada, espelhando sobremaneira o desigual processo de constituição do território mineiro. O Estado de São Paulo pode ser considerado, a partir da década de 30, como núcleo dinâmico da industrialização brasileira. Especialmente, as regiões sul e leste de Minas integraram-se comercialmente ao centro de expansão industrial paulista, com intensificação das relações capitalistas de produção. O mesmo não aconteceu com as demais regiões mineiras, acentuando as desigualdades regionais (Cano, 2007). Por outro lado, 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, incluí o Norte de Minas em sua área de atuação, incorporando-o funcionalmente ao Nordeste. Bonito de Minas compõe o conjunto de municípios localizados no polígono da seca, devido a semelhança que apresenta com o clima e solo do semiárido brasileiro. Assim como os municípios do semiárido nordestino, apresenta riscos de desertificação decorrente das alterações climáticas e ações de

extração inadequadas, tais como madeira, mica, pedras preciosas e minério de ferro. O município participa da Associação dos Municípios da Área Mineira da Sudene - AMAMS.¹⁰

Do conjunto dos municípios RR brasileiros, 24 se localizam em Minas Gerais, sendo que destes, 14 no Norte, mais especificamente nas mesorregiões de Norte de Minas (13) e Jequitinhonha (1); 8 municípios na mesorregião Nordeste (8) e 2 na mesorregião do Triângulo do Sul(2).

No geral, são municípios com pequena população, mediana de 7.545 habitantes, média de 9.271(± 5.820) habitantes. As populações variam de 4643 (José Gonçalves de Minas) a 30.732 habitantes (Rio Pardo de Minas). A densidade populacional média é de 11,26 hab. por km² com mediana de 10,60, as áreas são pequenas 1.059 km² média e 746 de mediana. 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.

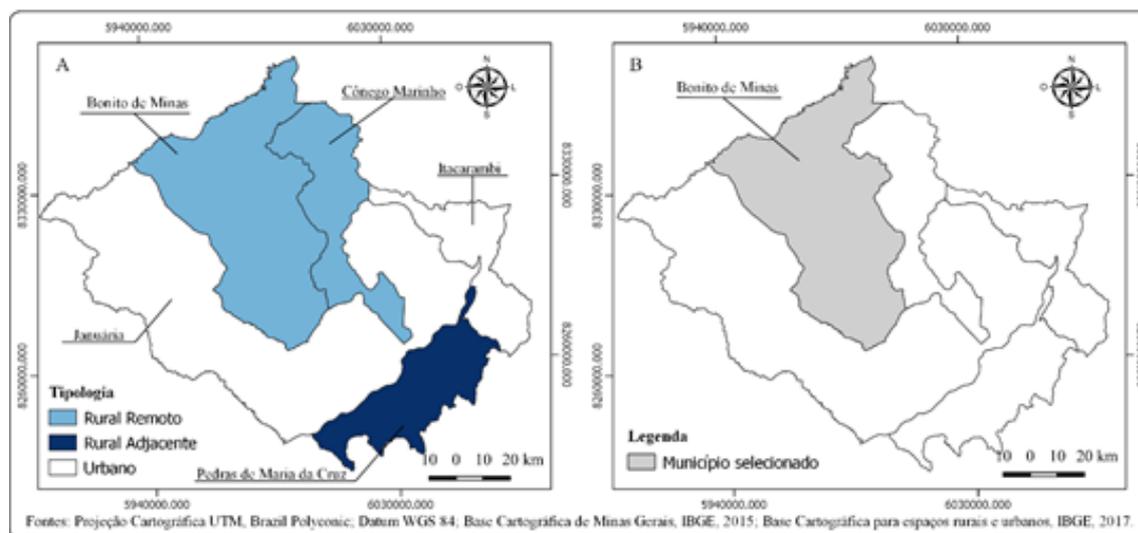
Para a amostra da área Norte Estrada foram selecionados 3 municípios: Rubelita, Indaiabira e São João das Missões. Este último foi escolhido por ser um município outlier, por apresentar o menor PIB per capita (R\$4.222), com uma população acima do percentil 75%, e com o maior percentual de peso relativo da Administração pública na composição do PIB (69%) e com IDHM baixo. No entanto, São João das Missões não fez parte da pesquisa devido a não confirmação do aceite da gestão municipal para participação no estudo. A coordenação da pesquisa optou por escolher outro município com características próximas às de São João das Missões, chegando deste modo ao município Bonito de Minas, com as seguintes características: População acima do percentil 75; PIB per capita baixo; peso relativo da Administração pública na composição do PIB de 54% e IDHM baixo.

O município de Bonito de Minas localiza-se ao norte do estado de Minas, faz divisa com os municípios de Montalvânia, Januária e Cônego Marinho. Pertence a macrorregião de saúde Norte (município pólo Montes Claros) e microrregião de saúde de Januária. Considerando a tipologia rural-urbano do IBGE (2017), dentre os 5 municípios que compõem essa microregião (Bonito de Minas, Cônego Marinho, Itacarambi, Pedras de Maria da Cruz e Januária), Bonito de Minas e Cônego Marinho foram classificados como rural remoto; Pedras de Maria da Cruz como rural adjacente; Januária e Itacarambi como urbanos. (Figura 29 e Quadro 88).

¹⁰ http://www.amams.org.br/6/textos/Sobre_27/

<http://www.sudene.gov.br/prdne/noticias/1291-camara-dos-deputados-recepçiona-projeto-de-lei-do-prdne>

Mapa 31: Mapas da micro regional de saúde de Januária (MG), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa



A) Classificação dos espaços rurais e urbanos da Região de Saúde Januária-MG. B) Município da Região de Saúde Januária - MG selecionado para o estudo.

Quadro 88: Municípios da Região de Saúde do Alto Acre (AC), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)

UF	Município ¹	Classificação IBGE ¹	Seleção Amostra ²	Classificação Rural ²
MG	<i>Bonito de Minas</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>	<i>Sim</i>
MG	Cônego Marinho	Rural Remoto	Não	Não
MG	Pedras de Maria da Cruz	Rural Adjacente	Não	Não
MG	Itacarambi	Urbano	Não	Não
MG	Januária	Urbano (microregional)	Não	Não
MG	Montes Claros	Urbano (macrorregional)	Não	Não
MG	Belo Horizonte	Capital	-	-

O trabalho de campo no município de Bonito de Minas foi realizado no período de 7 a 10 de outubro de 2019. No dia 6/10/2019 os três pesquisadores, saindo do Rio de Janeiro, deslocaram-se para Montes Claros (Macroregião Norte) e seguiram para o município de Bonito de Minas, por via terrestre, BR 135. Para deslocar até o município de Bonito de Minas a equipe alugou um carro para o período. A distância entre Montes Claros e Bonito de Minas é de aproximadamente 219 km com um tempo médio de 3 horas e meia de deslocamento. A equipe partiu de Montes Claros por volta das 15:00 e chegou em Bonito de Minas aproximadamente às 18:30. Havia um pré agendamento numa pousada da cidade, mas como as condições não atendiam às expectativas da equipe, optou-se por ficar hospedado em Januária, distante 49 km de Bonito de Minas (50 minutos). No dia 07/10 a equipe chegou no município as 9 horas, como havia sido programado com os gestores locais. Foram recebidos pela secretária de saúde e pela coordenadora de atenção básica na Secretaria Municipal de Saúde. Realizadas as devidas apresentações, os

pesquisadores apresentaram a pesquisa e esclareceram as dúvidas que ficaram na leitura do material da pesquisa, enviado previamente por e-mail.

Em diálogo com os gestores municipais acordamos que seriam realizadas as entrevistas com profissionais e usuários da denominada Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Vila Amélia. Nesta UAPS atuam duas equipes: equipe verde (mista), que realiza acompanhamento da população da sede e rural e a equipe laranja responsável pelo acompanhamento da população rural em microáreas consideradas pelos gestores como aquelas relativamente próximas da sede municipal, onde acordamos visitar e entrevistar usuários. As unidades básicas do município ficam na sede, exceto um posto de saúde, considerado ponto de apoio, que fica na área rural.

No dia 07/10 foram realizadas 11 entrevistas. Iniciamos com as entrevistas com a secretária municipal de saúde e com a coordenadora AB e na sequência com profissionais e usuários. Estrategicamente, deixamos um menor número para o dia 08/10 porque havia o tempo de deslocamento para a área rural. Neste dia, as 7:30 da manhã 2 pesquisadores seguiriam junto com a equipe SF da área rural (enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) para acompanhar as visitas domiciliares previamente programadas em carro da Secretaria Municipal de Saúde. O deslocamento foi aproximadamente de 1 hora até a casa da ACS rural, em área de cerrado, basicamente em estrada de areal, com muitos desvios estreitos por dentro do cerrado. A ACS tinha total domínio dos caminhos e orientou o motorista por quase todos os trajetos. De lá seguiu-se mais 1 hora até a casa da usuária HAS2 para realização da visita domiciliar prevista pela equipe e que oportunamente realizamos a entrevista para a pesquisa. Neste mesmo lugar foi realizada a entrevista com a ACS2. Depois a ACS sugeriu que a equipe de pesquisa fizesse a entrevista como uma usuária que havia feito PCCU há menos de 6 meses. O deslocamento entre uma residência e a outra durou em torno de 30 minutos. Depois da entrevista realizada, a equipe seguiu até a casa de um usuário com hanseníase para realização de VD prevista na programação da equipe SF. No retorno todos pararam na casa do ACS que também tem um comércio, onde fizeram um pequeno almoço e na sequência o retorno para a UAPS vila Amélia. A chegada foi aproximadamente as 15 horas.

Um pesquisador ficou em Januária para realização da entrevista com o técnico do escritório regional de saúde, da secretaria estadual de saúde de Minas Gerais.

No dia 09/10 os três pesquisadores, por volta das 10:00, a equipe de pesquisa se deslocou para o município de Montes Claros. O tempo de deslocamento entre os municípios é de aproximadamente 3 horas. Dois integrantes da equipe de pesquisa deslocaram de avião para Belo Horizonte para realização da entrevista com o gestor estadual (Coordenação da Atenção Primária à Saúde) agendada para o dia 10/10.

No município de Bonito de Minas (MG), foram realizadas no total 17 entrevistas. As intercorrências foram: a não realização da entrevista com a coordenadora da atenção básica municipal, a ocorrência de alteração da UBS a ser visitada, de acordo com o que havia sido acordado previamente, antes da equipe chegar no município.

CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

A história de Bonito de Minas é muito anterior à sua condição de município. Registros históricos da cidade relatam que o povoado de Lagoa de Barro foi fundado em 1937 por João Gasparino Pimenta, proprietário da fazenda Santa Maria da Vereda. A fazenda era ponto de pouso do comerciante de gado quando saía de terras goianas rumo a Montes Claros. Com o seu interesse pelo local tomou a iniciativa junto com outros fazendeiros locais da região de demarcar terras, indicar ruas, avenidas, praças, igreja. O povoado ganhou expressão a partir de 1939.

Em 1977 o povoado é elevado à condição de distrito de Januária pela Lei nº 6.769 denominado de distrito de Bonito, circunstância em que foi instalado o Cartório de Registro Civil e um posto de saúde.

Em 1995, o Tribunal Regional Eleitoral realizou um plebiscito para consulta sobre a aspiração da população local quanto a emancipação do distrito de Bonito.

A emancipação de Bonito de Minas como distrito de Januária ocorreu em 1995, com a aprovação da Lei estadual Nº 12.030 que criou 95 municípios no estado de Minas Gerais. A alteração do nome de Bonito para Bonito de Minas ocorreu mediante esta Lei estadual. Em 1996 os moradores de Bonito de Minas elegeram o seu primeiro prefeito.

Como se pode observar na Tabela 2, o município de Bonito de Minas tem uma população estimada de 12.862 habitantes (2018), uma área de 3 900,641 km² e densidade demográfica de 2,77 hab/km².

As cidades mais próximas a Bonito de Minas são: Pedras de Maria da Cruz, Itacarambi, Januária, Cônego Marinho, as quais pertencem a mesma microrregional de saúde. O município faz limites com Montalvânia, Januária, Cônego Marinho e Cocos no estado da Bahia. O acesso a Bonito de Minas se dá por rodovia, BR-135.

Nos limites do município fica reserva Área de Proteção Ambiental Cavernas do Peruaçu, importante reserva natural que atrai atividades turísticas para a região. No município há rios, nascentes e veredas. No entanto, ao mesmo tempo em que há importante riqueza mineral, há também áreas de muita seca e solo pouco fértil para a agricultura.

A economia do município é baseada no setor de serviços com preponderância da administração pública municipal; o comércio em geral e o turismo (ainda pouco

desenvolvido). As famílias têm como fonte de renda a agricultura familiar (farinha de mandioca, pequi e cajuí), aposentadorias e o Programa Bolsa Família.

Bonito de Minas apresenta potencial turístico dentre os quais se destacam: cachoeiras, corredeiras, poços, trilhas ecológicas, e balneários do Rio Catulé. O Bioma da região é o cerrado.

Em Bonito de Minas, 77% da população vive fora da sede municipal, no interior e nas áreas mais remotas da cidade. Como se pode observar na tabela 1, a densidade demográfica do município é baixa, cerca de 2,77 hab/km².

Quadro 89: Indicadores Demográficos - Bonito de Minas (MG)

Ano de criação do município ¹	1995		
Área territorial (km ²) ¹		3 900,641 km ²	
Densidade Demográfica (hab/km ²)		2,77 hab./km ²	
Populações tradicionais predominantes ³	Quilombolas		
Indicadores	2000	2010	2018
População total ¹	7.863	9.673	12.862
População urbana ¹ n(%)	1.420	2.209	
População rural ¹ n(%)	6.443	7.464	
IDHM ¹	0,336	0,537	-
Classificação IDHM ¹	Muito Baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	2,61	1,64	-
% de população menor de 15 anos ¹	61,08	68,05	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	6,18	7,86	-

Bonito de Minas é classificado com IDH baixo. Do total de sua população, 35,6% vive em extrema pobreza e aproximadamente 60% é beneficiária do Programa Bolsa Família (Tabela 2).

Os dados apresentados na tabela 2 demonstram ter havido alterações positivas nos indicadores sociais do município, no período de 2000 a 2010. Chama a atenção que a renda familiar per capita mais que dobrou, enquanto o percentual de população em extrema pobreza reduziu a mais da metade. A melhoria no acesso a energia elétrica também é considerável no mesmo período.

Quadro 90: Indicadores Sociais - Bonito de Minas (MG)

Indicadores	2000	2010	2014
Renda familiar per capita mensal* ¹	85,69	195,65	
% população extremamente pobre** ¹	64,17	35,66	
% de população beneficiária do PBF*** ³	-	-	59,57
% de beneficiários por plano de saúde ⁴			0,52
Índice de Gini ¹	0,70	0,57	
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais ¹	37,91	27,15	
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	23,63	32,89	
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	16,37	33,31	
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	16,57	38,31	
% da população em domicílios com água encanada ¹	21,22	40,61	

% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário****3	-	0,62	
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	52,79	89,67	
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	90,08	90,70	

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 .

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def

Com relação ao saneamento básico, menos de 1% dos domicílios têm acesso a esgotamento sanitário, possivelmente concentrado na sede do município. A maior parte dos domicílios fica fora da sede municipal e, de acordo com os dados coletados em entrevistas, a área rural não dispõe de saneamento básico.

INDICADORES DE SAÚDE

Os dados contidos na Tabela 3 apontam que a expectativa de vida do Bonitense é de 71,5 anos, estando abaixo, porém muito próximo da média nacional e estadual no ano de 2010 (respectivamente 73, 9 anos e 75,5 anos). A taxa de mortalidade infantil reduziu a metade. Houve expressiva melhora no acesso ao acompanhamento pré-natal, o que sugere melhoria na captação de mulheres para o acompanhamento oportuno da gestação no serviço de saúde. O mesmo se relaciona a melhoria do acesso a assistência ao parto hospitalar, quando indiretamente se observa a redução do número de partos domiciliares.

Contudo, quando se observa as principais causas de morte no município chama a atenção que as causas mal definidas apresentam elevada proporção de óbitos, indicando haver problemas de acesso aos serviços de saúde e qualidade da assistência médica à população.¹¹ Entre principais causas de morte estão as doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias e as causas externas.

11 Jorge MHPM, Laurenti R, Gotlieb SLD. O Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: concepção, implantação e avaliação. In.: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). v. 1. p. 71-107.

Quadro 91: Indicadores sanitários - Bonito de Minas (MG)

Indicadores		2000	2010	2017
Expectativa de vida ¹		65,35	71,57	-
Nº de óbitos maternos ³		1	1	4
Nº de óbitos em menores de 1 ano ³		2	3	1
Taxa de Mortalidade Infantil ¹		-	44,61	21,20
Mortalidade infantil ³	neonatal (0 a 27 dias)	2	3	1
	pós neonatal (28 dias até 1 ano)	0	0	0
	total (< 1 ano) ¹	2	3	1
Mortalidade proporcional ³	1ª principal causa de morte	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (78,57%)	Doenças do aparelho circulatório (41,93%)	Doenças do aparelho circulatório (21,56%)
	2ª principal causa de morte	Afec originadas no período perinatal (14,28)	Neoplasias (12,9%)	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (21,56%)
	3ª principal causa de morte	Doenças do aparelho respiratório (7,14)	Doenças do aparelho respiratório (12,9%)	Causas externas (15,68)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ³		78,57%	6,45%	21,56%
Mortalidade por câncer de colo de útero ³		0	0	0
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetraviral		0	0	47,46
Gestantes com nº de consultas de pré natal insuficiente (menos de 7 consultas) ³		16	17	6
Nº de partos domiciliares ³		54	5	3
Nº de casos de sífilis congênita ³		0	0	0

¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

³:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de óbitos de residentes por grupo de causa definidas/ nº total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*10

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de óbitos de residentes por causas mal definidas/ nº total de óbitos de residentes*100

As informações primárias coletadas no município apontam as doenças respiratórias e as doenças crônicas não transmissíveis como problema de saúde recorrente no município e atinge principalmente os idosos. A população de idosos no município é significativa e corrobora tal informação. Também foi mencionada a prevalência de doenças infecto parasitárias, principalmente na área rural do município, devido a ausência de saneamento

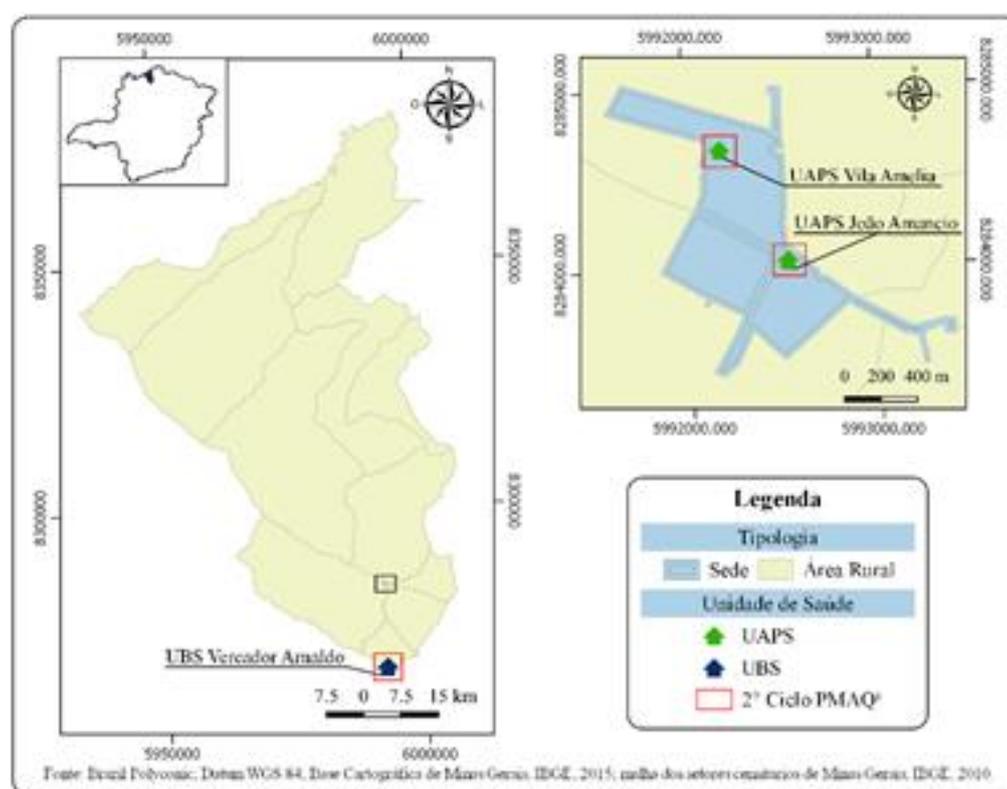
básico e acesso irrisório a água potável. Outros agravos mencionados foram aqueles relacionados ao envenenamento decorrente de picadas de cobra e escorpião.

A gravidez na adolescência também foi relatada como uma questão sanitária importante no município. As informações do SINASC mostram que a faixa etária mais significativa para a ocorrência deste evento é de 15 a 19 anos.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município de Bonito de Minas possui três unidades básicas de saúde localizadas na sede do município, duas UBS e 3 pontos de apoio em áreas rurais. Há uma UBS em final de construção também na área rural. O atendimento na UBS ocorre de 7:00 às 11:00 e de 13:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira.

Mapa 32: Distribuição geográfica das Unidades de Saúde do município de Bonito de Minas -MG



Na relação número de equipe SF e população observa-se 100% de cobertura potencial da Estratégia SF. São 5 equipes de atenção básica atuando no modelo Saúde da Família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agente comunitário de saúde dentista). Para cada equipe SF há uma de saúde bucal de referência (cirurgião dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal). São vinte e seis ACS, cinco por equipe SF (Quadro 92).

O Quadro 6 apresenta o conjunto de serviços de saúde existentes no município de Bonito de Minas e que constam como ativos no Cadastro Nacional de estabelecimentos de

Saúde (CNES). As cinco equipes de atenção básica existentes no município estão alocadas em duas unidades básicas localizadas na sede municipal e estão organizadas para atender a população da sede e da área rural. Na UBS Santa Alves Monteiro atuam 2 equipes: laranja, responsável por atender a população rural e equipe vermelha que atende população rural e da sede); na UAPS Vila Amélia (Dona Lu) atuam 3 equipes SF: a equipe verde e azul atendem população, amarela e azul). Sendo que a equipe azul, embora sediada nesta UAPS é responsável pelo atendimento na UAPS João Amâncio de Souza que fica localizada na área rural. A SMS dispõe de 2 caminhonetes para realização do trabalho das equipes nas áreas rurais.

Quadro 92: Indicadores de Atenção Básica - Bonito de Minas (MG)

Indicadores	2010	2018
População	9.673	10.951
UBS em áreas rurais		2
UBS na sede		3
nº Eq ESF ³	3	5
nº ACS em ESF ³	23	26
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	3	5
NASF ³	n/c	1
ESF prisional ³	n/c	n/c
ESF Quilombola ³	n/c	n/c
Eq multiprofissional de Atenção Domiciliar ³	n/c	n/c
Cobertura ESF ⁴	100%	100%

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: CNES - competências Dez/2010 e Dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 29/03/2019

4: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/reiHistoricoCoberturaAB.xhtml> - Dez/2010 e Dez/2018. Acesso em 29/03/2019

Legenda: ESF=Equipes da Estratégia Saúde da Família; ACS=Agentes comunitários de saúde; EACS=Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; EqSB=Equipes com saúde bucal; NASF=Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica; ESFR=Equipe de estratégia saúde da família ribeirinha; ESFQ=Equipe de saúde da família quilombola/assentamento; EMAD=Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar; CNR=Equipe de consultório na rua;

O Centro de Saúde funciona como serviço de atendimento 24 horas. A Secretaria Municipal de Saúde e a UBS Santa Alves Monteiro ficam conjugados/interligados, no mesmo terreno do centro de saúde. Segundo informações coletadas em entrevistas, o município não dispõe de recursos para investir na reforma e infraestrutura do centro de saúde.

Após este horário o atendimento na UBS passa a funcionar em esquema de pronto atendimento, urgência, com equipe de saúde (médico, enfermeiro e técnico de

enfermagem) que atua no esquema de plantão de 12/36 horas. Há uma ambulância nesta unidade 24 horas, além de uma unidade de SAMU no município. O hospital de urgência de referência para o município fica em Januária, mas os pequenos procedimentos são realizados nesta unidade de pronto atendimento.

Há 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta e educador físico que atua em conjunto com a equipe SF, inclusive atuando na área rural, sempre que há necessidade. Há 1 Centro de Apoio Psicossocial I (CAPS), composto por psiquiatra, clínico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, educador físico e 1 academia da saúde com educador físico.

A dispensação de medicamentos é feita em farmácia central (Farmácia de Minas) que fica na sede do município.

Quadro 93: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Bonito de Minas (MG)

Tipo	Total	CNES	Descrição*
Unidades Básicas de Saúde/Unidade de Atenção Primária à Saúde/Centro de Saúde	3	6770525	Unidade Basica De Saude Santa Alves Monteiro - Sede 3 Equipes Sf Amarela E Vermelha
		6921108	Unidade De Atenção Primária À Saude Vila Amélia (Dona Lu) - Sede 3 Equipes Sf (Verde, Laranja E Azul)
		6770533	Uaps Joao Amancio De Souza 1 Equipe Sf Azul - Rural 300 Km
		2155583	Centro De Saude Parteira Silvina Evangelista Ribeiro
		6919324	Posto De Saude De Lagoa Bonita
		9328483	Ubs Vereador Arnaldo De Oliveira
Centro de Atenção Psicossocial		7946430	Centro De Atencao Psicossocial
Polo de Academia da Saúde		9384618	Academia Da Saude Antonio Borges Coutinho
Farmácia		9394133	Farmacia De Minas Joao Francisco Cordeiro
Vigilância em Saúde		7244401	Nucleo De Vigilancia Em Saude De Bonito De Minas

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp

Com relação aos horários e dias de funcionamento, as UBS da sede funcionam de segunda a sexta, de 7 as 11h, fecham no horário de almoço e reabrem no horário de 13 às 17 horas. Depois das 17 horas a população tem acesso ao serviço de urgência.

INDAIABIRA - MG

Fotografia 16: Indaiabira - MG



Indaiabira é um município brasileiro localizado no norte de Minas Gerais, na microrregião de Salinas e compõe com outros municípios o Alto Rio Pardo. Sua distância para os grandes centros é de 91 km para Salinas, 304 Km de Montes Claros, e de 722 Km da capital, Belo Horizonte. Sua extensão territorial é de 1.004,149 km², com uma população estimada para 2019 de 7351 habitantes, sendo 7330 pessoas a população do último censo (2010), com densidade demográfica de 7,3 hab/km² (IBGE, 2010). Dessa forma, o município possui grande extensão territorial, porém baixa densidade populacional.

Tem a agricultura familiar e a pecuária como atividade econômica principal, a região é um dos principais centros de produção de cachaça do Estado. Possui PIB estimado para 2016 de R\$ 7.730,60, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,610, com um percentual estimado das receitas oriundas de fontes externas em 2015 de 94,4% (IBGE, 2010). O salário médio mensal estimado era de 1,4 salários mínimos, em 2017. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 7,4%. Os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa era de 47,9% (IBGE, 2010). Em 2010, a taxa de escolarização entre crianças e adolescentes de 6 a 14 anos de idade

era de 97,8 (IBGE, 2010). A mortalidade infantil estimada em 2017 foi de 27,40 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2010).

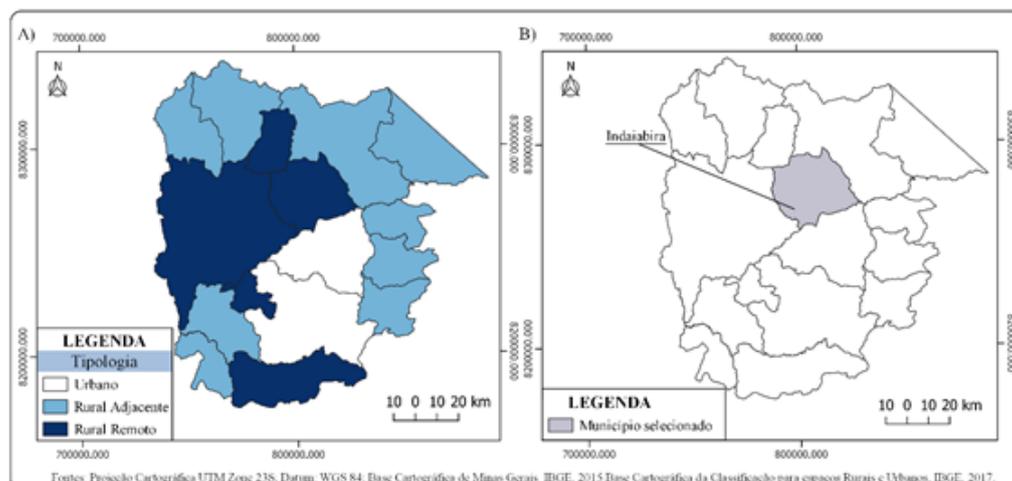
Em relação aos serviços de atenção primária à saúde, conta com cinco estabelecimentos públicos: quatro unidades de saúde da família (USF) e um Centro de saúde, conformando uma cobertura de 100% pela atenção básica (AB). Possui ainda uma clínica particular, uma Farmácia de Minas, um laboratório de prótese, uma unidade móvel odontológica e uma Academia da Saúde (DATASUS, 2019).

Quanto ao território e ambiente, apresenta apenas 16,9% de domicílios com esgotamento sanitário adequado e 74,6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização. Destes 14,0% encontram-se em vias com urbanização adequada, isto é, presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2010).

Diante dos dados apresentados constata-se uma grande vulnerabilidade socioeconômica no município, característica ainda mais agravada por se tratar de um município rural e remoto segundo classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tal fragilidade está expressa, principalmente, pela alta mortalidade infantil, muito superior à média nacional; pela baixa porcentagem de domicílios com esgotamento sanitário adequado; pela baixa proporção de pessoas ocupadas em relação à população total e pelo alto percentual de domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa.

Indaiabira faz parte da Região Ampliada de Saúde (Macrorregião) Norte, que tem como sede o município de Montes Claros e da Região de Saúde (Microrregião) de Salinas. O Mapa da regional de saúde de Salinas -MG, com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e o município selecionado para a pesquisa está disposto na Figura 31. A região de saúde de Salinas é composta por 16 municípios, os mesmos estão listados e classificados pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) na Quadro 94.

Mapa 33: Mapas da regional de saúde de Salinas (MG), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa.



Quadro 94: Municípios da Região de Saúde de Salinas (MG), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).

UF*	Município	Classificação IBGE	Seleção Amostra
MG	Berizal	Rural Adjacente	Não
MG	Curral de Dentro	Rural Adjacente	Não
MG	Fruta de Leite	Rural Adjacente	Não
MG	Indaiabira	Rural Remoto	SIM
MG	Montezuma	Rural Adjacente	Não
MG	Ninheira	Rural Adjacente	Não
MG	Novorizonte	Rural Remoto	Não
MG	Padre Carvalho	Rural Adjacente	Não
MG	Rio Pardo de Minas	Rural Remoto	Não
MG	Rubelita	Rural Remoto	SIM
MG	Salinas	Urbano - (REGIONAL)	Não
MG	Santa Cruz de Salinas	Rural Adjacente	Não
MG	Santo Antônio do Retiro	Rural Adjacente	Não
MG	São João do Paraíso	Rural Adjacente	Não
MG	Taiobeiras	Urbano - (REGIONAL)	Não
MG	Vargem Grande do Rio Pardo	Rural Remoto	Não

Nota: UF*Unidade da Federação; Fonte: Instituto Brasileiro de Demografia e Estatística-IBGE disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>.

O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo no município de Indaiabira foi realizado entre os dias 10 e 11 de julho de 2019. No dia 10/07/2019 às 07h30min os seis pesquisadores deslocaram-se do município de Salinas-MG para o município de Indaiabira, pela rodovia MG - 602, com veículo do tipo van da marca Mercedes Bens, e chegando ao município de destino em torno das 08h30min. Todo o trajeto foi realizado em estrada de asfalto. Imediatamente após a chegada, todos se direcionaram a Secretaria Municipal de Saúde. A pesquisadora líder já havia entrado em contato com as gestoras municipais, no dia anterior, confirmando o horário das entrevistas no dia seguinte.

As 08h30min do dia 10/07/2019 os pesquisadores foram recepcionados pela Coordenadora da Atenção Básica na secretaria de saúde do município, onde havia sido preparado um café da manhã, por volta das 8h55min a Secretária de Saúde chegou ao local. Realizadas as devidas apresentações, os pesquisadores fizeram os esclarecimentos acerca da pesquisa, salientando os objetivos e sanando possíveis dúvidas que ficaram na leitura do material previamente enviado por e-mail para as gestoras municipais.

Após as considerações, os pesquisadores dividiram-se em dois trios para entrevistar as gestoras municipais: Secretária Municipal de Saúde e Coordenadora da Atenção Básica. Estas entrevistas tiveram início em torno das 09h15min, com duração de aproximadamente 2h00min. Ao término das entrevistas, às 11h30min, foram definidos os últimos

encaminhamentos logísticos de transporte, horários de entrevistas e UBS a serem visitadas.

Ficou acordado que no turno da tarde seriam realizadas a visita e as entrevistas dos profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família Profetisa Rodrigues, localizada na sede do município. No dia seguinte seria feito o deslocamento e a realização das entrevistas na Estratégia de Saúde da Família Agenor José Miranda, localizada na zona rural do município. Segundo o informado, ambas as equipes estavam cientes da pesquisa e haviam mobilizado os usuários referentes aos agravos e condições traçadoras (hipertensão, câncer de colo de útero e pré-natal/parto/puerpério), com base nos critérios previamente orientados pelos pesquisadores.

No turno vespertino, às 13h00min os pesquisadores chegaram à ESF Profetisa Rodrigues (sede), apresentaram-se na recepção e aguardaram a enfermeira e a médica, que estavam em atendimento, para apresentação e organização da logística e divisão das entrevistas. Ao final do atendimento de uma consulta, a enfermeira recepcionou a equipe de pesquisa que explicou os objetivos da mesma e esclareceu as possíveis dúvidas. A seguir enfermeira fez contato com a médica, a recepção e os técnicos de enfermagem da equipe que fizeram contato com os usuários para que os mesmos comparecessem a unidade.

A seguir, por volta das 13h50min, as três duplas iniciaram as entrevistas. Com a médica teve duração de uma hora e vinte e nove minutos. A entrevista com a usuária do pré-natal/parto e puerpério (PPP), que chegou rapidamente à unidade, teve duração de uma hora. A terceira dupla fez a entrevista da enfermeira, que durou aproximadamente duas horas e quarenta minutos, porém foram feitas algumas interrupções para resolver questões burocráticas e organizacionais da unidade e para atendimento de usuários de demanda espontânea. Assim, ao final da entrevista passaram-se três horas do horário de início.

Nesta tarde foram entrevistados todos os três profissionais (médica, enfermeira e agente comunitária de saúde) e as três usuárias. A mesma dupla de pesquisadoras que realizou a entrevista da médica, também realizou com a agente comunitária de saúde (ACS), que teve duração de uma hora e quarenta minutos. A segunda dupla realizou as entrevistas com as três usuárias. As entrevistas com a usuária das linhas de cuidado do câncer do colo do útero (CCU) e da hipertensão arterial sistêmica (HAS) duraram dezesseis minutos e cinquenta e nove minutos, respectivamente. A terceira dupla realizou a entrevista com a enfermeira que teve a maior duração, em torno de três horas considerando as pausas anteriormente citadas. A usuária que respondeu à entrevista do traçador CCU, não teve lesão precursora, apenas havia realizado o exame citopatológico do colo do útero na

unidade no último ano. Segundo a enfermeira a equipe não possuía nenhuma usuária na sua área de abrangência que havia sido diagnosticada com lesão do colo do útero em 2017.

Nessa unidade, foi produzido um vídeo pílula com a ACS, ao final da entrevista e, conforme foram se encerrando as entrevistas com as usuárias, foram realizadas fotos e visita da equipe aos demais espaços da USF, enquanto a equipe aguardava pelo término da entrevista com a enfermeira.

Após encerradas essas atividades, a unidade já se encontrava fechada devido ao avançar do horário, que excedia as 17h00min. A enfermeira e a ACS, que ainda se encontravam na USF, providenciaram um lanche para todos. Ao final, a equipe agradeceu a calorosa receptividade e as contribuições para a pesquisa, e dirigiu-se à cidade de Taiobeiras onde se hospedaram.

No dia 11/07/2019, havia ficado acordado com a Coordenadora da Atenção Básica que iríamos para a unidade da zona rural, junto com uma funcionária da secretaria de saúde, que guiaria o trajeto. Às 07h30min a equipe de pesquisadores deslocou-se de Taiobeiras, passando na Secretaria Municipal de Saúde de Indaiabira para encontrar com a funcionária, o percurso tem cerca de 41km e durou cerca de quarenta minutos. Em seguida a equipe, dirigiu-se ao povoado rural de Pintado através da estrada que liga Indaiabira ao município Vargem Grande do Rio Pardo. O percurso do município ao povoado tinha distância aproximada de 30 quilômetros em estrada de terra em condições razoáveis, realizado em aproximadamente quarenta a cinquenta minutos.

Por volta das 9h00min a enfermeira da unidade recepcionou a equipe de pesquisa que, inicialmente, apresentou a pesquisa e sanou possíveis dúvidas a todos os entrevistados que se encontravam na unidade. Após essa etapa os pesquisadores dividiram-se para realização das entrevistas. É importante salientar que na unidade encontravam-se usuários que iriam passar por atendimento médico por demanda espontânea, e que a enfermeira não agendou atendimentos para o turno, destinando-o exclusivamente para a realização da entrevista.

Em torno das 9h20min foi iniciada a entrevista com a ACS, com a enfermeira e com as usuárias das linhas de cuidado CCU, HAS e PPP. A entrevista da agente comunitária foi iniciada por uma dupla de pesquisadores e as demais por apenas um entrevistador cada, já que as usuárias e a enfermeira estavam aguardando para serem entrevistadas, e o transporte de deslocamento das para as comunidades circunvizinhas. A entrevista da enfermeira foi a mais longa, durando em torno de 3h12min. A entrevista da ACS durou em torno de uma hora e trinta minutos. As entrevistas das três usuárias tiveram duração de uma hora e quatro minutos, cinquenta e cinco minutos e quarenta e três minutos, para as linhas de cuidado do CCU, da HAS e do PPP, respectivamente. Vale ressaltar que a usuária

CCU havia apresentado a lesão percussora do câncer de colo do útero e realizou colposcopia e biópsia ao ser referenciada para o serviço secundário.

Ao fim da entrevista da ACS, às 11h10min iniciou-se a entrevista do médico pela dupla de entrevistou a agente e a pesquisadora que entrevistou a usuária da linha do CCU. O diálogo com o trio de pesquisadoras, teve duração de duas horas. Conforme foram encerrando-se as entrevistas, durante a espera pelo fim da entrevista com a enfermeira e com o médico, foram realizadas fotos e visita à unidade.

A enfermeira da equipe apresentava uma característica muito interessante que é residir e ser natural do povoado, o que faz a comunidade se identificar e confiar profundamente com a profissional. Já o médico não é natural da região, mas trabalha na ESF e no Centro de Saúde do município há mais de 10 anos, o que o torna uma figura muito importante, que passa segurança para os usuários. Este profissional demonstrou conhecer bastante as condições de vida e necessidades de saúde da comunidade, mesmo atuando nesta equipe há apenas seis meses.

Em torno de 13h15min todas as entrevistas foram encerradas e a equipe de campo iniciou a viagem de retorno para Vitória da Conquista-BA. No município de Indaiabira (MG), foram realizadas no total 14 entrevistas.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O município de Indaiabira surgiu em 1908 a partir da doação de terrenos da fazenda Palmeiras do Bom-Fim, que possuía uma grande área territorial e era propriedade do Senhor Francisco Xavier de Barros. Assim, a fazenda se transformou em um lugarejo denominado Coqueiros. Ao longo das décadas a localidade foi crescendo e tornou-se uma Vila que passou a ser chamada Indaiabira (IBGE, 2017).

Em 1939, a então Vila Indaiabira, torna-se Distrito, pertencendo desde então ao Município de Rio Pardo de Minas. Durante 56 anos esteve nesta condição, até 1995, quando foi elevado à categoria de município com a denominação de Indaiabira, pela Lei estadual nº 12030, de 21/12/1995, desmembrando-se do município de Rio Pardo de Minas. A origem do nome Indaiabira deriva da designação comum de palmeiras (indaia) de várias espécies (bira) (IBGE, 2017).

Em 1999 a divisão territorial constituiu o município de um distrito sede. Pela lei nº 134, 19/05/2000, é criado o distrito de Barra de Alegria e anexado ao município de Indaiabira, a partir de 2003, através da nova divisão territorial, o município passa a ser constituído por dois distritos: Indaiabira e Barra de Alegria (IBGE, 2017).

O cidadão natural de Indaiabira é chamado de indaiabirense. Indaiabira tem uma extensão territorial de 1 004,149 km², uma população de 7.330 habitantes, destes 2742

residentes na zona urbana e 4588 na zona rural, com densidade demográfica de 7,49 habitantes por km², segundo dados do último censo do IBGE (2010) [Quadro 95].

Quadro 95: Indicadores demográficos - Município Indaiabira (MG)

Ano de criação do município ¹	1995
Área territorial (km ²) ¹	1 004,149 km ²
Densidade Demográfica (hab./km ²) ²	7,49 hab./km ²
Populações tradicionais predominantes ³	Quilombolas
Indicadores 2010 (Último Censo)	
População total ¹	7.330
População urbana ¹	2.742
População rural ¹	4.588
IDHM ¹	0,610
Classificação IDHM ¹	Médio

Fontes: 1Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019. 2Instituto Brasileiro de Demografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019. 3 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ-AB, Banco de dados ciclo 2. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo. Acesso em 22/03/2019.

Indaiabira é um município mineiro que tem sua população residindo, predominantemente, em áreas rurais (62,6 %) e uma menor parcela da população reside na sede (37,4%). Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) considerado médio, com uma parte considerável da população (13,0%) vivendo em situação de extrema pobreza (IBGE, 2010) e parte importante (61, 35%) cadastrada em programas sociais como o Bolsa Família (IBGE, 2014). As atividades agropecuárias, que são principal fonte de renda do município, justificam a necessidade desse auxílio, visto o caráter sazonal das mesmas, com uma grande alternância de períodos produtivos e improdutivos. Segundo relatos dos entrevistados, outra possível fonte de renda, é o serviço público, principalmente dos residentes na sede, no entanto essa é a condição de uma pequena parcela da população.

Segundo o IBGE, em 2017, o salário médio mensal era de 1,4 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 7,4%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 47,9%, quase metade da população, nessas condições.

Outra característica que configura a vulnerabilidade do município é a condição de esgotamento sanitário e abastecimento de água. Apresenta apenas 16,9% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, percentual situado exclusivamente na zona urbana, pois na zona rural a quantidade de domicílios com esgotamento sanitário adequado é zero. Quanto aos domicílios urbanos que se localizam em vias públicas com urbanização adequada, apenas 14,0% se encontram em locais com presença de bueiro, calçada,

pavimentação e meio-fio (IBGE, 2010). No Quadro 3 estão dispostos alguns indicadores sociais de Indaiabira.

Quadro 96: Indicadores Sociais - Indaiabira (MG)

Indicadores	Dados
Renda média trabalhadores formais	1,4 salários mínimos*
População formalmente ocupada	7,4%*
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade	97,8%*
IDEB - Anos iniciais do ensino fundamental	5,8*
PIB Per capita	7.730,60*
% domicílios com banheiro e água encanada	60,63%*
% da população em extrema pobreza	13,97%*
% de população beneficiária do PBF	61,35%**

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE 2010*, 2014**

O tipo de esgotamento sanitário de Indaiabira na zona urbana é, em sua maioria, por fossa rudimentar, seguida da rede geral de esgoto ou pluvial. Na zona rural o esgotamento sanitário é predominantemente por fossa rudimentar, sendo que uma parcela significativa dos domicílios não tem instalação sanitária (Quadro 97).

Quadro 97: Esgotamento sanitário de Indaiabira último Censo IBGE

Tipo de Esgotamento sanitário	Domicílios Urbanos	Domicílios Rurais	Total de Domicílios
Rede geral de esgoto ou pluvial	278	1	279
Fossa séptica	10	62	72
Fossa rudimentar	470	806	1.276
Vala	6	75	81
Outro escoadouro	2	12	14
Não tem instalação sanitária	10	212	222
Total	776	1.168	1.944

Fonte: IBGE - Censo Demográfico de 2010. Acesso em 01/11/2019.

Já o abastecimento de água na zona urbana é realizado, praticamente, em sua totalidade por rede de abastecimento de água tratada. Na zona rural os domicílios que possuem abastecimento de rede de água tratada chegam a 20,0% total, sendo a abertura de poços artesianos, que nem sempre oferecem água em condições de consumo humano, a forma predominante nos domicílios de zona rural. Esta condição é seguida pelo abastecimento de água feito por meio de rio, açude, lago ou igarapé. Ocorre ainda a captação da água da chuva com armazenamento em cisternas ou de outra forma, abastecimento por caminhão pipa da prefeitura, esporadicamente, para que as famílias não fiquem sem água apropriada para o consumo, porém segundo moradores e profissionais, essa situação ainda acontece (Quadro 98).

Quadro 98: Abastecimento de água de Indaiabira último Censo IBGE

Tipo de Abastecimento de Água	Domicílios Urbanos	Domicílios Rurais	Total de Domicílios
Rede Geral sem informação de canalização	766	255	1.021
Poço ou nascente na propriedade	8	366	374
Poço ou nascente fora da propriedade	1	215	216
Rio, açude, lago ou igarapé	-	268	268
Água da chuva armazenada em cisterna	0	21	21
Carro-pipa	-	31	31
Água da chuva armazenada de outra forma	-	9	9
Outra forma	1	3	4
Total	776	1.168	1.944

Fonte: IBGE - Censo Demográfico de 2010. Acesso em 01/11/2019.

A coleta do lixo na zona urbana é cerca de 90% realizada por serviço de limpeza urbana e na zona rural cerca de 70,0% do lixo é queimado na propriedade das famílias, o restante sendo jogado geralmente em terrenos baldios (Quadro 99).

Quadro 99: Destinação do lixo Indaiabira último Censo IBGE.

Tipo de Destinação do Lixo	Domicílios Urbanos	Domicílios Rurais	Total de Domicílios
Por serviço de limpeza	478	65	543
Por caçamba de serviço de limpeza	230	9	239
Queimado (na propriedade)	53	830	883
Enterrado (na propriedade)	2	46	48
Jogado em terreno baldio ou logradouro	13	203	216
Outro destino	-	15	15
Total	776	1.168	1.944

Fonte: IBGE - Censo Demográfico de 2010. Acesso em 01/11/2019.

A cidade possui comércio pouco desenvolvido em sua sede, com pouca variedade de lojas e uma oferta de serviços também escassa. O que foi relatado por alguns entrevistados que afirmaram que muitos dos residentes de Indaiabira deslocam-se para o Distrito de Barra da Alegria ou para o município de Taiobeiras para fazerem compras. Na cidade existe apenas uma pensão que passa os dias úteis da semana com suas vagas quase que totalmente ocupadas pelos profissionais médicos que se hospedam neste local. Foi possível perceber no trabalho de campo que também há uma restrita opção de locais para alimentação.

INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores sanitários do município de Indaiabira apontam para uma melhora nas condições de vida e saúde da população com o passar dos anos. Em dez anos houve o aumento na expectativa de vida, com uma redução de, aproximadamente, 50% da mortalidade infantil ao nascer e até os cinco anos de idade. Cabe destacar que a mesma ainda se manteve superior à média nacional, no mesmo período. Além disso, ocorreu uma diminuição acentuada das mortes por causas externas. No entanto, as mortes por causas evitáveis na faixa etária de 5 a 74 anos cresceram significativamente (Quadro 7).

Quanto a causa de morte as doenças infecto-parasitárias e as causas externas foram as principais no ano 2000 (DATASUS). Em 2010 as três principais causas são, respectivamente, doenças do aparelho circulatório, seguida das causas externas e das neoplasias. Já em 2017, os dados mais recentes do DATASUS apontam as doenças do aparelho circulatório como a primeira causa de morte, seguida das neoplasias e das doenças do aparelho respiratório, como a segunda e as causas externas a terceira causa de morte. Neste ano não houve nenhum óbito por causas como doenças infecto-parasitárias e gastroenterites.

Segundo informações do DATASUS foram registrados cinco casos de acidentes por animais peçonhentos, em 2010 (Quadro 7), uma baixa incidência, por se tratar de um município com alto número de trabalhadores rurais. Houveram relatos de profissionais quanto a casos de acidentes com animais peçonhentos, serem comuns na região, principalmente nos meses de agosto e setembro e devido a picadas de escorpião. O que condiz com os dados do DATASUS mais recentes de 2017. Neste ano foram registrados 28 casos de acidentes com animais peçonhentos, destes, 21 foram por escorpião.

Dados do DATASUS mostram uma discreta diminuição no número de nascidos vivos de mulheres com faixa etária entre 10 e 19 anos entre os anos 2000 a 2010 (Quadro 100). No entanto, os dados mais recentes de 2016, trazem que foram registrados seis nascidos vivos de mulheres nessa faixa etária em Indaiabira, havendo uma redução acentuada da taxa de natalidade entre adolescentes. O envelhecimento populacional e a baixa taxa de fecundidade que estão evidenciados no Sistema de Informação (DATASUS, 2010), também estiveram presentes nas falas dos profissionais, o que se justifica pelo alto índice de desemprego que ocasiona o êxodo rural. A saída dos jovens em busca de empregos nos centros maiores acarretou a estagnação da população e o envelhecimento populacional.

Quadro 100: Indicadores sanitários - Município Indaiabira (MG)

Indicadores sanitários		2000	2010
Expectativa de vida		67,64	73,26
Nº de óbitos maternos		-	-
Mortalidade infantil ao nascer		36,3	18,2
Mortalidade até os 5 anos de idade		39,7	21,1
Taxa de fecundidade total		3,5	1,9
Taxa de envelhecimento		6,06	9,00
Mortalidade infantil	Nº de óbitos neonatal (0 a 27 dias)	0	1
	Nº de óbitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	0	0
Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos		-	1
Óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos		6	22
Óbito por causa externa		50	16,4
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10)		55,5	25
Nº de óbitos por câncer de colo de útero		0	0
Internação Hospitalar		-	362
Casos notificados de dengue		-	-
Acidente por animal peçonhento		-	5
Nº de nascidos vivos		95	75
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g		4	7
Nº de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos		20	18

Fonte: Atlas Brasil, disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>, acesso em: 29/10/2019; <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>. Acesso em: 29/10/2019; DATASUS, disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>, acesso em: 29/10/2019

Ainda quanto ao perfil de adoecimento foi relato, por profissional de saúde, o alto índice de alcoolismo, principalmente na zona rural, dados que condizem com os dados mais recentes disponíveis do cadastro da atenção básica do ano de 2015, dispostos no Quadro 8. Os dados do DATASUS convergem com o cadastro da atenção básica de 2015 (Quadro 101) e com as falas de alguns profissionais em suas entrevistas, quando perguntados sobre a principal causa de adoecimento no município, foi referido um alto índice de hipertensão e diabetes. Outra informação que converge com os dados do DATASUS 2015 foi a baixa incidência no município de tuberculose e hanseníase. Foi informado também alta incidência de verminoses e problemas de coluna, devido aos extenuantes trabalhos rurais.

Quadro 101: Cadastro Indaiabira- MG, 2015. Atenção Básica

Famílias cadastradas	2.618
Pessoas cadastradas	9.316
Crianças menores de 1 ano	24
Crianças de 1 a 4 anos	297
Idosos > 60 anos	1.538
Deficiência física	155
Alcoolismo	190
Diabéticos	190
Hipertensos	1.370
Hanseníase	01
Tuberculose	04
Gestante (10 a 19 anos)	3
Gestante 20 e +	69
Pessoas com Plano de Saúde	290

Fonte: DATASUS, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFMG.def.>, Acesso em: 29/10/2019.

No Quadro 102 está disposta a cobertura vacinal no município para vacina tríplice viral D1 (sarampo, rubéola, caxumba) que é abaixo do mínimo de 95,0% preconizado pelo Ministério da Saúde, na maioria expressiva dos anos analisados na série histórica que vai de 2010 à 2019. Apresenta uma cobertura acima do mínimo somente nos anos de 2010 e 2019, nos outros anos teve cobertura entre 81,0% à 92,0%, sendo que nos anos de 2015 e 2018 esteve abaixo de 80,0%. Já em relação à vacina tetra viral (sarampo, rubéola, caxumba + varicela), nos anos de 2010 a 2012 e 2019, não tem informações sobre a cobertura no site do DATASUS e nos outros anos a cobertura registrada foi abaixo de 79,0%.

A cobertura vacinal da vacina Pentavalente (tétano, difteria, coqueluche, meningite e hepatite B) esteve abaixo da meta preconizada pelo MS, que é de 95,0%, em vários anos no período que vai de 2012 à 2019. Não há registros dessa cobertura nos anos de 2010 e 2011. A mesma atingiu a meta de cobertura e até esteve acima da mesma apenas nos anos de 2014 e 2019.

Quadro 102: Cobertura Vacinal da Tríplice Viral, Tetra Viral e Pentavalente no Município de Indaiabira no período de 2010 a 2019

Cobertura Vacinal Tríplice Viral D1										
Período	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	100,00	87,06	87,06	85,71	86,67	76,62	92,05	73,56	81,16	96,30
Cobertura Vacinal Tetra Viral (SRC+VZ)										
Período	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	-	-	-	20,88	60,00	48,05	69,32	12,64	15,94	-

Cobertura Vacinal Pentavalente										
Período	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	-	-	12,94	67,03	117,33	87,01	79,55	83,91	85,51	96,30

Fonte: DATASUS, disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>, acesso em: 30/10/2019.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Conforme o Quadro 103, o município dispõe de quatro unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF), duas localizadas na zona rural e duas na zona urbana. Possui ainda um Centro de Saúde (CS) na sede que funciona como unidade mista para atendimentos de urgência, pequenos procedimentos, internamentos clínicos de baixa complexidade e funcionamento com atendimento médico 24 horas. Um técnico de enfermagem e um enfermeiro ficam sempre disponíveis na unidade em questão. Cabe ressaltar que no período noturno e aos finais de semana, o profissional médico encontra-se de sobreaviso. Nenhuma USF possui médicos do Programa Mais Médicos (PMM).

Quadro 103: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Indaiabira (MG)

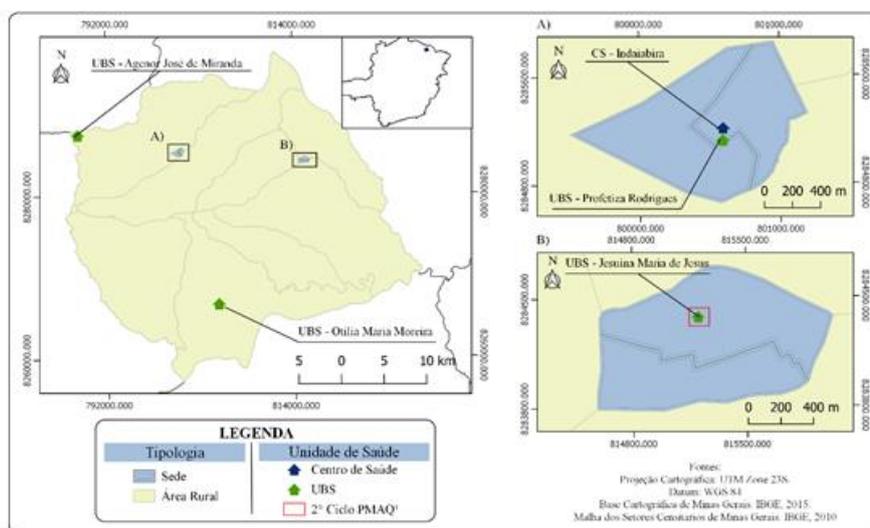
Tipo de Estabelecimento	CNES	Descrição	Área
Posto de Saúde	6594840	UBS BARRA DE AREIA	Rural
	2203219	UBS DE BOA VISTA	Rural
Centro de Saúde/Unidade Básica	2203200	CENTRO DE SAUDE DE INDAIABIRA	Urbano
	2203235	UBS AGENOR JOSE DE MIRANDA	Rural
	2203251	UBS JESUINA MARIA DE JESUS	Rural
	2203243	UBS OTILIA MARIA MOREIRA	Rural
	7316631	UBS PROFETIZA RODRIGUES	Urbano
Consultório Isolado	9671269	MEDVIDA	Urbano
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT ISOLADO)	6521592	LABORATORIO DE PROTESE DENTARIA DE INDAIABIRA	Urbano
Unidade Móvel Terrestre	7341237	UNIDADE MOVEL ODONTOLOGICA DE INDAIABIRA	Urbano
Farmácia	7316852	FARMACIA DE MINAS DE INDAIABIRA	Urbano
Unidade de Vigilância em Saúde	6233996	VIGILANCIA SANITARIA E EPIDEMIOLOGIA DE INDAIABIRA	Urbano
Central de gestão de saúde	6522106	SECRETARIA DE SAUDE DE INDAIABIRA	Urbano
Polo Academia da Saúde	9160035	ESPACO CORPO EM MOVIMENTO	Urbano
	7863268	POLO ACADEMIA DA SAÚDE	Urbano

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES, disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>, Acesso em: 29/10/2019

Os usuários consideram as USF e o centro de saúde como referências principais, não diferenciando as modalidades. O CS é mais antigo e sempre possui atendimento médico disponível, mesmo quando as USF tem ausência desse profissional. Contudo, alguns profissionais afirmaram que a saúde da família é a referência, se contradizendo ao longo das entrevistas ao referirem que os usuários ainda não fazem esse discernimento, mesmo fato encontrado nas entrevistas dos usuários da zona urbana. Para a zona rural os usuários buscam primeiramente a USF, inclusive para os atendimentos de urgência, por ser geograficamente mais próxima. Na zona urbana, raramente recorrem à saúde da família para urgências e emergências, pois já é sabido que há atendimento médico disponível 24 horas no CS. Segundo um dos enfermeiros entrevistado, a população ainda costuma buscar esse serviço quando há algum profissional na sua unidade de referência que o mesmo não tem afinidade ou vinculação.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Indaiabira tem quatro Equipes de Saúde da Família e quatro Equipes de Saúde Bucal (ESB), perfazendo uma cobertura total de 100% de ESF e ESB. Por meio de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a equipe oferece atenção multiprofissional aos usuários das quatro ESF. O valor dos incentivos financeiros referentes às ESF na Modalidade 2 é de R\$ 10.695,00 (dez mil seiscentos e noventa e cinco reais) a cada mês, por equipe. Já as quatro equipes de saúde bucal credenciadas e implantadas de Modalidade 2, recebem incentivos mensais de custeio de R\$ 4.470,00 (quatro mil quatrocentos e setenta reais) a cada mês, por equipe. Já o NASF - Modalidade 2 recebe R\$ 12.000,00 (doze mil reais) por mês. Na Figura 32 está apresentada a distribuição geográfica das Unidades de Saúde do município de Indaiabira-MG. As equipes de NASF realizam atendimentos individuais ou em grupos nas unidades e normalmente atendem as zonas rurais no turno matutino e de zona urbana no turno vespertino.

Mapa 34: Distribuição geográfica das Unidades de Saúde do município de Indaiabira MG



Ainda quanto aos equipamentos de saúde, o município possui duas Unidades de Saúde em área rural, um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) e duas Academias da Saúde. Conta também com uma Farmácia de Minas e uma Unidade Móvel Odontológica. Não existe no município Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), para esses atendimentos os usuários recorrem ao município vizinho de Taiobeiras.

Os Quadros 104, 105 e 106 trazem a caracterização dos equipamentos de saúde, os indicadores de recursos humanos em saúde de 2019, e os indicadores de Atenção Básica do ano 2019, respectivamente. No quadro de recursos humanos, possui quatro médicos, sendo um clínico e três da estratégia de saúde da família, nove enfermeiros, quatro odontólogos, dois fisioterapeutas, um assistente social, dois farmacêuticos/bioquímicos, dois nutricionistas e um psicólogo.

Quadro 104: Indicadores de recursos humanos em saúde - Município de Indaiabira MG

Indicadores		2019
Nº de médicos	Cadastro como cirurgião geral	0
	Cadastro como clínico	01
	Cadastro como médico da ESF	03
	Cadastro como ginecologista e obstetra	0
	Cadastro como oftalmologista	0
	Cadastro como pediatra	0
Nº de enfermeiros		09
Nº de odontólogos		04
Nº de fisioterapeutas		02
Nº de assistentes sociais		01
Nº de bioquímicos/farmacêuticos		02
Nº de nutricionistas		02
Nº de psicólogos		01

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES, disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/esta-belecimentos/consulta.jsp>, Acesso em 30/10/2019.

As unidades de saúde da família não possuem sala de dispensação de medicamentos, esta é realizada na farmácia de Minas. Os testes rápidos de sífilis são realizados no centro de saúde, para onde as gestantes são encaminhadas quando precisam desse exame. As coletas de exames são realizadas nas próprias unidades com periodicidade semanal, contudo usuários também podem ir diretamente ao laboratório. As USF possuem salas e geladeiras exclusivas para vacinas.

Quadro 105: Indicadores de Atenção Básica Indaiabira MG 2019

Indicadores	2019
UBS/ESF/PS em áreas rurais	05
UBS/ESF na sede	02
nº Eq ESF	04

nº ACS em ESF	19
nº Eq EACS	0
nº EqSB (em ESF ou EACS)	04
Eq NASF	01
Cobertura ESF (%)	100

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES, disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp, Acesso em 29/10/2019.

O horário de funcionamento das unidades da zona urbana e rural é de 07:00 às 11:00 horas no período matutino e de 13:00 às 17:00 horas no turno vespertino, dispondo de atendimento de segunda à sexta-feira. Os atendimentos dos profissionais iniciam às 08:00h. No momento da pesquisa, a unidade da sede não estava fechando no horário de almoço, pois a médica havia feito um acordo com a secretária de saúde para realizar o atendimento corrido para finalizar mais cedo. Segundo os relatos dos entrevistados isso oportunizou um maior acesso para as pessoas que trabalham, pois conseguem agendar sua consulta antes de ir ao trabalho e realizá-la no horário de almoço.

RUBELITA - MG

Fotografia 17: Rubelita - MG



O município de Rubelita (MG) compõe a Região de saúde Salinas-Taiobeiras, município que tem a agropecuária como atividade econômica principal e maioria da população residente na zona rural e baixo IDH. A renda mensal domiciliar é inferior a um salário mínimo, sendo muito comum, famílias terem como única fonte de renda o Programa Bolsa Família. Os municípios selecionados para a pesquisa, tem características, segundo o IBGE, de município rural e remoto, por ter áreas consideradas de difícil acesso.

A região de saúde de Salinas Taiobeiras é composta por dezesseis municípios, sendo eles: Berizal, Curral de Dentro, Fruta de Leite, Indaiabira, Montezuma, Ninheira, Novorizonte, Padre Carvalho, Rio Pardo de Minas, Rubelita, Salinas, Santa Cruz de Salinas, Santo Antônio do Retiro, São João do Paraíso, Taiobeiras e Vargem Grande do Rio Pardo. A sede do núcleo regional se localiza no município de Salinas. Um dos municípios selecionados nesta regional, por sua característica rural e remoto, foi o de Rubelita (MG).

Mapa 35: Mapas da regional de saúde de Salinas (MG), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa.

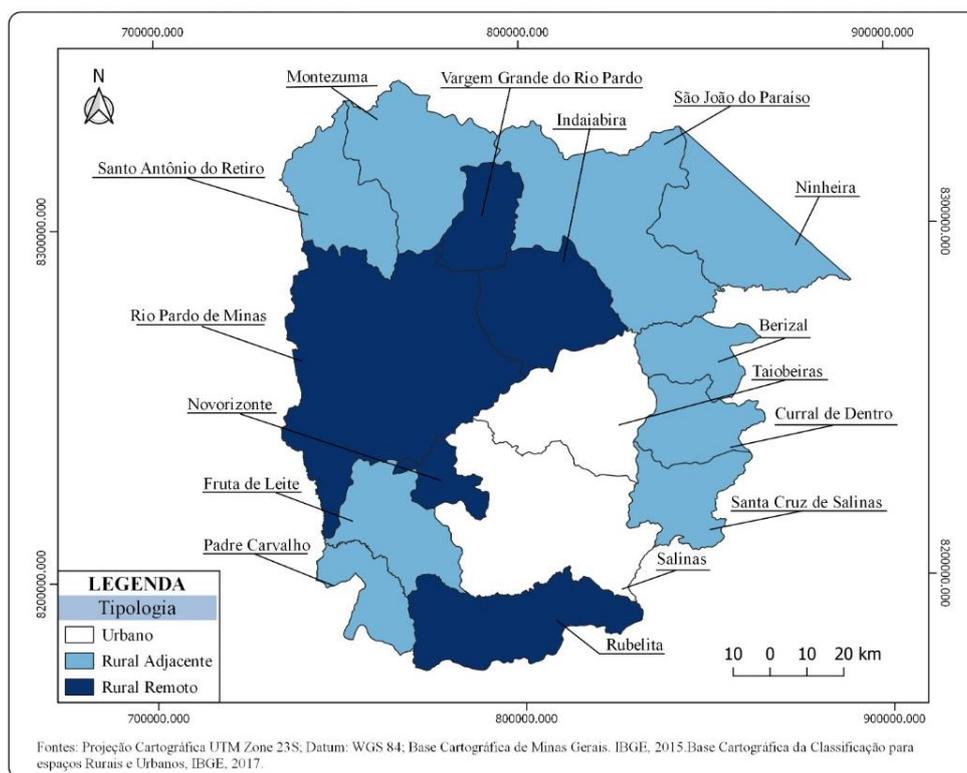


Figura 1: Classificação dos espaços rurais e urbanos da Região de Saúde Salinas Taiobeiras-MG

Quadro 106: Municípios da Região de Saúde de Salinas Taiobeiras (MG), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017).

UF	Município ¹	Classificação IBGE ¹	Seleção Amostra ²	Classificação Rural ²
MG	Berizal	Rural Adjacente	Não	Norte Minas
MG	Curral de Dentro	Rural Adjacente	Não	Norte Minas
MG	Fruta de Leite	Rural Adjacente	Não	Norte Minas
MG	Indaiabira	Rural Remoto	SIM	Norte Minas
MG	Montezuma	Rural Adjacente	Não	Norte Minas
MG	Ninheira	Rural Adjacente	Não	Norte Minas
MG	Novorizonte	Rural Remoto	Não	Norte Minas
MG	Padre Carvalho	Rural Adjacente	Não	Norte Minas
MG	Rio Pardo de Minas	Rural Remoto	Não	Norte Minas
MG	Rubelita	Rural Remoto	SIM	Norte Minas
MG	Salinas	Urbano - REGIONAL	Não	Norte Minas
MG	Santa Cruz de Salinas	Rural Adjacente	Não	Norte Minas
MG	Santo Antônio do Retiro	Rural Adjacente	Não	Norte Minas
MG	São João do Paraíso	Rural Adjacente	Não	Norte Minas
MG	Taiobeiras	Urbano - REGIONAL	Não	Norte Minas
MG	Vargem Grande do Rio Pardo	Rural Remoto	Não	Norte Minas

Fonte: ¹Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/03/2019

²IBGE: https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm. Acesso em 15.03.2019

³Dados da pesquisa

O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo no município de Rubelita foi realizado nos dias 08 e 09 de julho de 2019. No dia 07/07/2019 às 13h00min os seis pesquisadores deslocaram-se do município de Vitória da Conquista para o município de Salinas, pela rodovia BR - 251 com veículo do tipo van da marca Mercedes Bens, e chegando ao município de destino em torno das 17h45min. O trajeto foi realizado em estrada de asfalto. A cidade de Salinas localiza-se a 30 minutos de Rubelita. Imediatamente após a chegada, no fim de tarde de domingo, os pesquisadores se hospedaram na pousada da cidade de Salinas e a pesquisadora líder entrou em contato com o Secretário de Saúde e a Coordenadora da Atenção Básica, informando a chegada e confirmando o horário das entrevistas com os mesmos, a serem realizadas no dia seguinte.

As 07h40min do dia 08/07/2019 os pesquisadores saíram de Salinas, chegando em Rubelita às 08h10min foram recepcionados pelo Secretário Municipal de Saúde e pela Coordenadora da Atenção Básica na secretaria de saúde do município. Realizadas as devidas apresentações, os pesquisadores apresentaram a pesquisa, salientando os objetivos e sanando possíveis dúvidas que ficaram na leitura do material previamente enviado por e-mail para os gestores municipais.

Após as devidas considerações, os pesquisadores dividiram-se em dois trios para entrevistar os gestores municipais: Secretário Municipal de Saúde e Coordenadora da Atenção Básica. Estas entrevistas tiveram início em torno das 09h00min, com duração de aproximadamente 3h00min. Ao término da entrevista, às 12h00min, foram acordados os últimos encaminhamentos logísticos de transporte, horários de entrevistas e UBS a serem visitadas.

Ficou acordado que no turno da tarde seria realizada a visita e entrevistas dos profissionais e usuários da Posto de Saúde Vanguarda II, localizada na sede do município, e no dia seguinte seria feito o deslocamento e a realização das entrevistas no Posto de Saúde Vanguarda I - Lagoa de Baixo, localizado na zona rural. Segundo o informado, ambas as equipes estavam cientes da pesquisa e haviam mobilizado os usuários referentes aos agravos e condições traçadoras (hipertensão, câncer de colo de útero e pré-natal/parto/puerpério), com base nos critérios orientados previamente pelos pesquisadores.

Às 14h00min os seis pesquisadores chegaram a Estratégia de Saúde da Família Vanguarda II (sede), se apresentaram na recepção e ao aguardaram a chegada dos profissionais para apresentação e organização da logística e divisão das entrevistas.

Com a chegada da enfermeira, os pesquisadores explicaram os objetivos da pesquisa e esclareceram as possíveis dúvidas, posteriormente se dividiram em três duplas: uma dupla iniciando a entrevista com a enfermeira, a outra dupla iniciou o médico e a outra dupla com o usuário. Nesta tarde foram entrevistados todos os três profissionais (médico, enfermeira e ACS) e os três usuários. No fim da última entrevista a unidade já se encontrava fechada devido ao avançar do horário, que excedia as 18h00min. Ao final, agradecemos à equipe que ainda se encontrava na unidade e nos dirigimos à cidade de Salinas.

No dia 09/07/2019, havia ficado acordado com a Coordenadora da Atenção Básica que iríamos para a unidade da zona rural, acompanhados pela enfermeira da respectiva equipe. Em torno das 08h40min foi realizado o deslocamento para Posto de Saúde Vanguarda I - Lagoa de Baixo, o deslocamento foi em estrada de terra em más condições. O tempo de deslocamento para percorrer cerca de 20 quilômetros de distância da sede do município até a unidade de saúde foi em torno de 00h30min

Às 09h20min a equipe de pesquisadores foi apresentada aos demais membros da equipe pela enfermeira da unidade de saúde. Então apresentou-se a pesquisa e foram sanadas possíveis dúvidas e após isso, a equipe se dividiu para realização das entrevistas.

Em torno das 09h30min a equipe se dividiu em três duplas e foram iniciadas as entrevistas: uma dupla iniciando a entrevista com a enfermeira, a outra dupla com o médico e a outra dupla com o usuário. Nesta manhã foram entrevistados todos os três profissionais (médico, enfermeira e ACS) e os três usuários. Conforme foram se encerrando as entrevistas com os usuários, ACS e enfermeira, foram realizadas fotos e visita à unidade. Ao final das entrevistas, 4 pesquisadores foram almoçar e retornaram ao hotel em Salinas, enquanto a pesquisadora líder acompanhada de outro pesquisador dirigiu-se para sede da regional em Salinas para realizar a entrevista com a gestora regional.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

Rubelita é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na mesorregião do Norte de Minas e microrregião de Salinas. A história nos mostra que o município de Rubelita teve seu início por volta de 1876, quando o primeiro padre Manoel Honório da Bandeira aqui chegou e construiu uma Igreja, cujo Padroeiro é o Senhor de Bom Jesus. Por esta razão a primeira denominação recebida foi Bom Jesus de Salinas, pelo fato desta região pertencer à época a cidade de Salinas.

Por volta de 1838 o povoado passou a denominar-se Rubelita em razão da descoberta de uma jazida de pedras semipreciosas de mesmo nome, pertencente à família das turmalinas. Tal descoberta atraiu muitos garimpeiros que fizeram residência, vivendo da extração mineral e da pecuária e da agricultura. Em 31 de dezembro de 1942, pela Lei

nº 1058, foi criado o distrito de Rubelita, circunscrito ao Município de Salinas. Em 01 de março de 1963, pela Lei nº 2764, de 30 de dezembro de 1962, foi criado o Município que é constituído unicamente pela sua sede, não tendo nenhum outro distrito. Possui dois povoados, denominados Lagoa de Baixo e Amparo do Sitio (IBGE, 2017).

Quadro 107: Indicadores demográficos - Município Rubelita, (MG)

Ano de criação do município ¹	1963		
Área territorial (km ²) ¹		1 109,229 km ²	
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²		5,59 hab./km ²	
Populações tradicionais predominantes ^{3*}			
Indicadores	2000	2010	2018
População total ¹	10.199	7.772	6.647
População urbana ¹ n(%)	2.521	2.516	
População rural ¹ n(%)	7.678	5.256	
IDHM ¹	0,442	0,582	-
Classificação IDHM ¹	Muito Baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	2,03	1,43	-
% de população menor de 15 anos ¹	32,52	27,21	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	6,57	10,11	-

Fonte: ¹: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019/

²: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019/

³: Banco de dados ciclo 2, PMAQ-AB.

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Rubelita é um município mineiro, que tem sua população predominantemente residente nas áreas rurais (67,6%) e 32,3% residentes na sede. Apresenta grande vulnerabilidade socioeconômica, o que se reflete no IDM baixo, apresentando grande parcela da população cadastrada em programas sociais, predominantemente o Bolsa Família. Outra fonte de renda, em menor escala, principalmente dos residentes na sede, é a ocupação de vagas no serviço público. Outra característica que endossa a grande vulnerabilidade deste município são as condições de esgotamento sanitário e abastecimento de água.

A cidade é caracterizada por comércio fraco, sem grandes lojas ou variedade na oferta de serviços, como, por exemplo, locais para hospedagem com melhor estrutura. Também há restrita opções de locais para alimentação. Relato dos profissionais indicam dificuldades na busca por emprego, seca e grande êxodo principalmente dos jovens para cidades como São Paulo, em busca de oportunidades de emprego, o que explicaria a diminuição da população municipal nos últimos vinte anos. A região de Salinas destaca-se como grande produtora de cachaça na região, o que leva ao consumo excessivo e fácil acesso da população ao álcool.

A seguir uma tabela que com alguns indicadores sociais de Rubelita (Quadro 108).

Quadro 108: Indicadores Sociais - Rubelita (MG)

Indicadores	2000	2010	2014
Renda familiar per capita mensal* ¹	177,30	248,99	
% população extremamente pobre** ¹	46,55	23,36	
% de população beneficiária do PBF*** ³	-	-	52,16
% de beneficiários por plano de saúde ⁴	0,12	0,96	-
Índice de Gini ¹	0,70	0,50	
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais ¹	28,96	24,43	
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	31,96	27,55	
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	28,30	48,30	
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	4,98	38,16	
% da população em domicílios com água encanada ¹	34,86	65,68	
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário**** ³	-	25,66	
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	61,80	94,15	
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	59,81	91,72	

Fonte:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 24/03/2019

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>. Acesso em 24/03/2019

3: <http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true..> Acesso em 31/03/2019

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def.. Acesso em 30/03/2019

INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores sanitários do município de Rubelita demonstram em linhas gerais, uma melhora nas condições de vida e saúde da população com o passar dos anos. Mesmo que discreta, houve um aumento na expectativa de vida, com diminuição da mortalidade infantil ao nascer e mortalidade até os cinco anos de idade. Com relação às principais causas de morte no ano de 2016, segundo dados mais recentes do DATASUS estão às doenças crônicas e suas complicações.

Estes dados ratificam o relatado dos profissionais em suas entrevistas, quando perguntados sobre a principal causa de adoecimento e morte no município, sendo unânime a resposta: hipertensão e diabetes. Esperava-se uma grande prevalência de acidentes por animais peçonhentos, doenças infecto parasitárias e gastroenterites, mas essa não foi a realidade relatada como predominante, apesar de serem citados alguns poucos casos. Outro relato importante é a dificuldade de acesso devido a extensão territorial do município, áreas isoladas e de difícil acesso dificultam a atuação das equipes de saúde, além disso existe uma grande evasão de jovens da cidade em busca de melhores oportunidades, conforme relatado.

A tabela a seguir traz os indicadores sanitários da cidade de Rubelita, observa-se na maioria dos indicadores uma melhoria na qualidade de vida e no acesso da população aos serviços de saúde com pré-natal, vacinas e controle de IST's.

Quadro 109: Indicadores sanitários - Município Rubelita (MG)

		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		69,11	73,46	-
Nº de óbitos maternos ³		0	0	0
Mortalidade infantil ³	nº de óbitos neonatal (0 a 27 dias)	0	0	1
	nº de óbitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	1	1	0
	nº de óbitos total em menores de 1 ano	1	1	1
Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	53,8 (Doenças do aparelho circulatório)	25 (Doenças do aparelho circulatório)	35,7 (Doenças do aparelho circulatório)
	2ª principal causa de morte	15,3 (Neoplasias)	13,9 (Doenças do aparelho respiratório)	21,4 (Doenças do aparelho respiratório)
	3ª principal causa de morte	7,7 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	11,1 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	16,7 (Neoplasias)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		74	46,9	23,6
Nº de óbitos por câncer de colo de útero ³		0	0	0
Nº de nascidos vivos em mães na faixa de etária de 10 a 19 anos		16	25	17
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g		10	12	3
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%) ^{3***}		-	-	8,77
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ^{3***}		-	4,63	52,63
Gestantes com nº de consultas de pré natal insuficiente (menos de 7 consultas) ³		81	48	11
Nº de partos domiciliares ³		-	2	1
Nº de casos de sífilis congênita ^{3***}		0	0	0

Fonte: ¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

²:<https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município dispõe de 4 unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF), 3 três localizadas na zona rural e uma na sede. As 4 ESF possuem quadro de funcionários completo.

Rubelita tem cobertura de 100% de Equipes de Saúde da Família e de saúde bucal. Possui 3 equipes de saúde bucal credenciadas e implantadas de modalidade I, que recebem incentivos mensais de custeio de R\$ 2.230,00 (dois mil e duzentos e trinta reais) e uma equipe de modalidade II, que recebem incentivos mensais de custeio de R\$ 2.980,00 (dois mil, novecentos e oitenta reais)

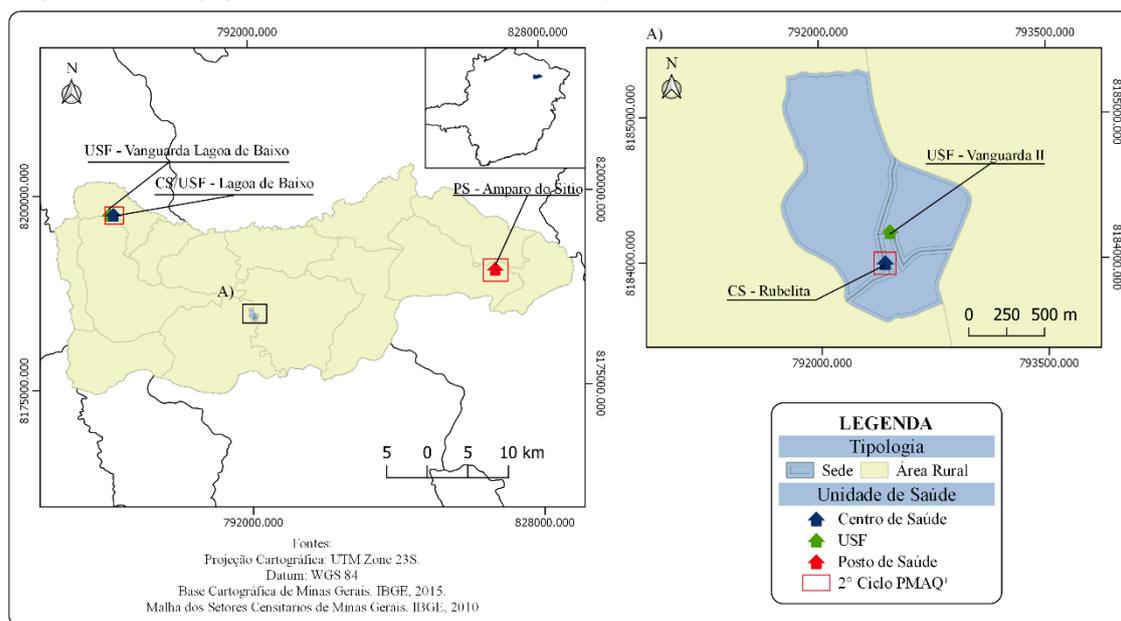
A cidade possuiu uma equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) da modalidade II e uma Academia da Saúde. No momento de realização da equipe, ao final da tarde, observamos realização de um grupo de ginástica por profissional do NASF, com a participação de muitas mulheres.

O município não possuiu Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e nem Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD). A cidade também não realiza As Práticas Integrativas e Complementares que fazem da política nacional.

O território é extenso e de difícil acesso, o que leva a população da zona rural a procurar o atendimento no Centro de Saúde que funciona 24 horas e tem características de um serviço de urgência e emergência localizada na sede, que a depender da localização é mais próximo do que a unidade de saúde que de cadastro. Este foi um desafio colocado à gestão, tanto no que se refere à manutenção desta unidade de pronto atendimento, quanto à vinculação do usuário a sua unidade de origem. Foi relatado que, mesmo na sede, uma vez que a UBS fica um pouco mais distante do centro da cidade, usuários também optam por buscar o centro de saúde 24 horas. Aliás, nas três cidades do Norte Minas, todas apresentaram a mesma configuração de centros de saúde para pronto atendimento.

Mapa 36: Distribuição geográfica das Unidades de Saúde do município de Rubelita-MG

Figura 1: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município de Rubelita-MG



¹ Unidades de Saúde que participaram do 2º Ciclo do PMAQ

USF: Unidade de Saúde da Família; PMAQ: Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Obs: O Posto de Saúde de Rodeadouro não foi localizado

Quadro 110: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Rubelita, (MG)

Tipo	Total	CNES	Descrição*	Área*
Posto de Saúde	1	2155540	Posto De Saúde De Amparo Do Sítio	Rural
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	5	2155524	Centro De Saúde De Lagoa De Baixo PSF	Rural
		2105446	Centro De Saúde De Rubelita	Urbana
		2155532	Posto De Saúde de Rodeadouro	Rural
		2155559	PSF Vanguarda II	Urbana
		2155567	PSF Vanguarda Lagoa De Baixo	Rural
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT ISOLADO)	1	7651759	Rubi serviços de saúde	Urbana
Vigilância em Saúde	1	7704313	Vigilância sanitária e epidemiológica de Rubelita	Urbana
Centro de Gestão em Saúde	1	6642535	Secretaria municipal de saúde de Rubelita	Urbana
Polo de Academia da Saúde de Rubelita	1	9753249	Academia da Saúde de Rubelita	Urbana

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp> Acesso em 22/09/2019

Quadro 111: Indicadores de Atenção Básica - Rubelita (MG)

Indicadores	2010	2018
População	8.097	6.789
UBS em áreas rurais	N/A	4
UBS na sede	N/A	2
nº Eq ESF ³	3	4
nº ACS em ESF ³	21	22
nº Eq EACS ³	0	0
nº ACS em EACS ³	0	0
Total ACS ³	21	22
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	3	4
NASF ³	1	1
ESF Quilombola ³	0	2
Cobertura ESF ⁴	100%	100%

Fontes: 1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: CNES - competências Dez/2010 e Dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equip.es.asp. Acesso em 29/03/2019

As UBS da sede funcionam de segunda a sexta de 7 às 17 horas, embora no horário de almoço não sejam ofertados serviços de saúde. Em zona rural, o horário de almoço é reduzido para 1 hora e a UBS fecha mais cedo.

PARTE IX
RESULTADOS PRELIMINARES -
[CASOS MÚLTIPLOS:
NORTE ÁGUAS]



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Centro de
Estudos
Estratégicos
da Fiocruz



NORTE ÁGUAS

AVEIRO - PA

Fotografia 18: Aveiro - PA



O estado do Pará é uma das 27 unidades federativas do Brasil, situado na Região Norte, é o segundo maior estado do país em extensão territorial, com uma área de 1 247 954,666 km², dividido em 144 municípios, com total de 8,5 milhões de habitantes, é o estado mais populoso da Região Norte e o nono mais populoso do Brasil. O território paraense é coberto pela maior floresta tropical do mundo, a Amazônia.

Nos últimos anos, houve um notável crescimento econômico no estado, registrando um Produto interno bruto (PIB) considerado alto e uma urbanização maciça em suas maiores cidades. No entanto, o Pará ainda registra vários problemas sociais e ambientais, especialmente em seu interior, problemas como a pobreza e criminalidade, que são evidentes. O estado possui a segunda pior educação pública do Brasil, conforme o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD-Brasil), além do quarto menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da nação, com 0,698 (2017).

Santarém o terceiro município mais populoso do estado do Pará, pertencendo à mesorregião do Baixo Amazonas e a microrregião de mesmo nome. Situa-se na confluência dos rios Tapajós e Amazonas. Localizada a cerca de 800 km das metrópoles da Amazônia (Manaus e Belém), ficou conhecida poeticamente como "Pérola do Tapajós". Em 2019, sua população foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 304 589 habitantes, ocupa uma área de 22 887,080 km², sendo que 97 km² estão

em perímetro urbano. Segundo dados de 2016, o Produto Interno Bruto (PIB) era de R\$ 4,5 bilhões, sendo o sexto município com maior PIB do estado.

A modalidade hidroviária é o mais importante meio de locomoção de passageiros e transporte de cargas devido à existência dos vários rios que formam a rede hidrográfica (Amazonas, Tapajós, Arapiuns, Curuá-Una, Moju e Mojuí) e desempenha importante papel na economia local. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era de 0,691 em 2010.

O município de Aveiro (PA) compõe o grupo de municípios rurais remotos (MRR) da pesquisa classificados como Norte águas, região que agrega 45 MRR do Brasil, distribuídos nos estados do Amazonas (25), Pará (14), Amapá (3) e Acre (3). Em geral, municípios do Norte águas são aqueles com população média de 21.002 (± 11523), sendo Maués (AM), o município mais populoso, com quase 60.000 habitantes. A densidade populacional média desse grupo é de 3,32 ($\pm 3,28$) hab/km², com áreas muito extensas (média de 14.997km²). O PIB médio per capita foi de R\$ 8.5390,0 ($\pm 3157,98$) espelhando um quadro razoavelmente heterogêneo. Quase metade dos municípios norte águas é classificado nas faixas de PIB per capita baixa. Os serviços de administração, saúde pública, educação pública e seguridade social respondem pela maior parcela do PIB. A faixa de IDHM predominante é a baixa. O percentual médio da população beneficiária do Bolsa Família é de 46,8 ($\pm 17,8$).

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

Aveiro é pertencente ao Oeste do Pará - Mesorregião do Sudoeste Paraense, região de saúde do Tapajós (Mapa 37). O município ocupa uma superfície de 17158 km² e tem uma população de cerca de 18 mil habitantes segundo o censo realizado pelos agentes de saúde e cerca de 16.000 pelo censo do IBGE (Quadro 112). Foi elevado a município em 1883, no município está a localidade de Fordlândia, distrito que anteriormente foi um mega-projeto agroindustrial de plantação de seringueiras e beneficiamento de borracha, às margens do Rio Tapajós, patrocinado por Henry Ford, e propriedade da Companhia Industrial Ford do Brasil. A principal justificativa para a sua escolha se dá por ser o município com menor densidade populacional e por grande histórico no ciclo da borracha, com fábricas e estruturas que podem ser vistas até hoje no distrito de Fordlândia.

O município de Aveiro é identificado pelo IBGE como rural e remoto, o acesso ocorre principalmente por via fluvial ou através de rodovias, definindo-o como Norte Águas. Do total de habitantes, 20,06% corresponde a população urbana e 79,94% representa a taxa de população rural. O município é classificado nas faixas de PIB per capita baixa e a faixa de IDHM de Aveiro é 0,541, em 2010 predominante é a baixa.

Quadro 112: Municípios da Região de Saúde do Tapajós (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)

UF	Município ¹	Classificação IBGE ²	Seleção Amostra ³	Classificação Rural ³
PA	<i>Aveiro</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>	<i>Norte Águas</i>
PA	Itaituba	Urbano - SEDE CIR	Não	Norte Estrada
PA	<i>Jacareacanga</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>	<i>Norte Estrada</i>
PA	Faro	Rural Remoto	Não	Norte Águas
PA	Novo Progresso	Intermediario Remoto	Não	Norte Estrada
PA	<i>Rurópolis</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>	<i>Norte Estrada</i>

Fonte: ¹ Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

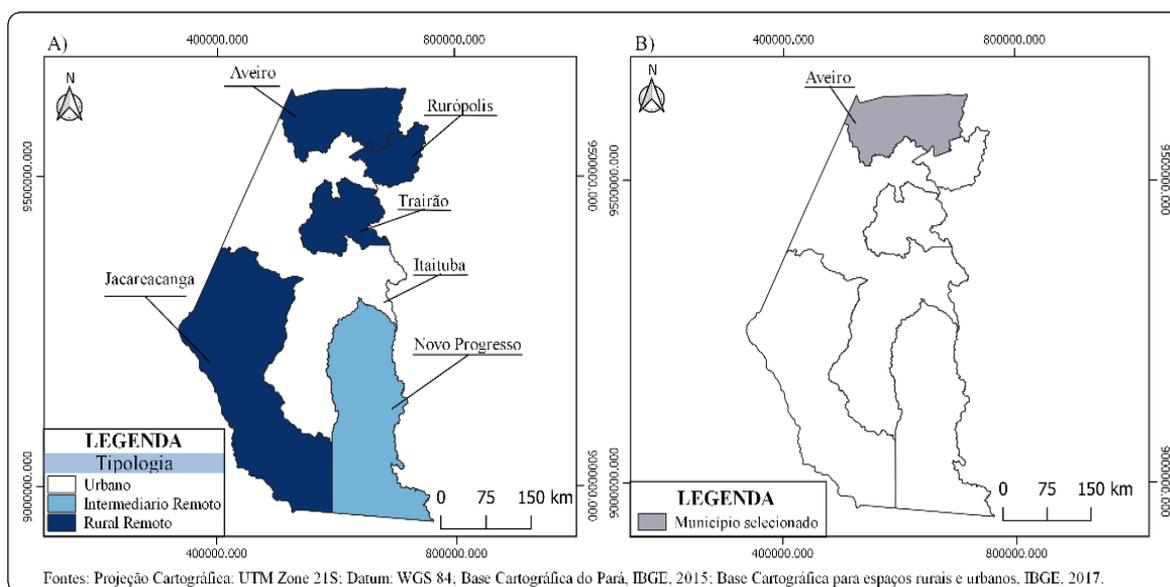
<https://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 11/04/2019

² IBGE:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm. Acesso em 11.04.2019

³ Dados da pesquisa

Mapa 37: Localização da regional de saúde do município de Aveiro.



A) Classificação dos espaços rurais e urbanos da região de saúde Tapajós - PA. B) Município da região de saúde Tapajós - PA selecionado para o estudo

O TRABALHO DE CAMPO

O deslocamento para o município de Aveiro ocorreu por meio de lancha regular da viação Tapajós, com saída de Santarém (PA), no dia 21 de julho de 2019, às 12:30, com cada passagem custando R\$ 61,00. A equipe foi composta por membros da UFOPA - 2 residentes, 1 mestranda e 1 docente. O tempo de deslocamento foi de 4 horas entre Santarém/Aveiro, durante o trajeto não houveram intercorrências e ao chegarmos em Aveiro, ficamos hospedadas em um hotel onde cada diária custou R\$ 50,00 por pessoa, o hotel estava localizado próximo a unidade básica de saúde (UBS) da sede e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA).

No dia seguinte, durante o período matutino, nos reunimos com a secretaria de saúde e a coordenadora de atenção básica do município na secretaria municipal de saúde. O projeto então foi apresentado às duas gestoras e então foi estabelecido o cronograma das visitas as unidades de saúde selecionadas, seguindo as sugestões da secretaria de saúde. Posteriormente iniciamos as entrevistas com os profissionais de saúde da primeira UBS visitada localizada na sede a Unidade de Saúde da Família (USF) Maria do Carmo Barbosa Santos classificada como UBS urbana. Nessa unidade foram realizadas as entrevistas com os profissionais médicos, enfermeira, agente comunitário de saúde (ACS) da unidade e com o usuário de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e usuária de pré-natal, parto, puerpério (PPP), com entrevistas durando entre 40 minutos a 2 horas.

Durante o período da tarde foram realizadas entrevistas com a secretaria de saúde e com a coordenadora de atenção básica do município, nos recintos da SEMSA e duraram em torno de 3 horas. Após realização das entrevistas, definimos o planejamento das atividades do dia seguinte em parceria com as gestoras, nesse momento foi organizado o trajeto a ser realizado por meio de voadeira pertencente a SEMSA, que habitualmente serve para transporte de profissionais de saúde até as comunidades de sua alçada. O custeio com o combustível da viagem foi realizado com recursos do projeto e apenas a embarcação, os coletes e o condutor foram cedidos pela secretaria.

Na manhã do dia 23 de julho de 2019, seguimos de voadeira para o distrito de Fordlândia, o trajeto durou em torno de uma hora até chegarmos unidade de saúde, dessa vez pertencente a zona rural a USF de Fordlândia, onde realizamos entrevistas com os profissionais médico, enfermeiro, ACS e com usuária PPP. Durante o período da tarde, nos deslocamos ao distrito de Brasília Legal, para então conhecermos a USF de Brasília Legal na zona rural, posteriormente nos deslocamos novamente a sede onde visitamos o Centro de Saúde de Aveiro também chamado de “Anexo” ou “maternidade” pelos profissionais, apenas para fins de conhecimento do local.

No dia 24 de julho de 2019 optamos por realizar as entrevistas agendadas com usuários CCU da sede e HAS da zona rural na UBS da sede para assim completarmos o quadro de entrevista conforme proposto no projeto. Ao final das atividades de campo, as 14:30 horas, nos deslocamos a Santarém, a viagem ocorreu por meio de lancha com passagens também no valor de R\$ 61,00 reais cada, a viagem durou 4 horas e não houveram intercorrências durante o trajeto. A atividades realizadas durante o período de campo estão descritas no quadro 2.

Foram realizadas o total de 14 entrevistas, sendo 1 extra (médico de área rural) e ficando pendente entrevistas com usuárias CCU de área rural.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O município tem uma estimativa de 18.000 habitantes, de acordo com o levantamento dos ACS e destes 15.895 são cadastrados nas UBS rurais e cerca de 500 pessoas se autodeclaram indígenas (comunidades Escrivão, Camarão e Pinhel). Existem comunidades sem energia elétrica 24h, onde normalmente se tem energia apenas das 7h às 22h, como por exemplo nas comunidades Pinhel e Cametá. Percebe-se, contudo, uma inconstância de energia elétrica em várias UBS. Ao todo, são 114 comunidades existentes no município, dentre estas há comunidades ribeirinhas, pescadores, indígenas e moradores de vicinais de difícil acesso.

O padrão de desigualdade econômica e social que prevalece nas áreas rurais determina as condições de vida e conseqüentemente as condições de saúde do município. Das famílias residentes de Aveiro 41,63% são avaliadas como extremamente pobres segundo o Atlas Brasil do ano de 2018, 65,81% são beneficiários do programa bolsa família, a taxa de analfabetismo de indivíduos com 15 anos ou mais é de 13,71%, com domicílios desprovidos de saneamento básico. Além disso, o município possui áreas rurais que apresentam características de rarefação populacional e de isolamento que implicam em barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Na comunidade Pinel segundo o relato cerca de 80% da população atendida é considerada de baixa renda, composta por beneficiários do bolsa família, além disso existem muitos conflitos entre a população que não se declara indígena e a que se declara indígena, esses conflitos são referentes as distribuições de medicamentos disponibilizados na UBS pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), há também grande participação da figura mística do “pajé”, o qual sempre é procurado pela profissional médica da comunidade, para que se faça um trabalho em conjunto no cuidado a saúde da comunidade. A comunidade faz uso de plantas medicinais no cuidado em saúde. A profissional médica da comunidade acha de fundamental importância atuar em junto com as parteiras, benzedeiras, curandeiras, pajé e cacique da comunidade.

Na comunidade de Fordlândia vivem aproximadamente 3.000 habitantes, com predominância de crianças e adultos com idades entre 15 a 40 anos em sua maioria do sexo feminino. Existem comunidades cerca de 13 km da ESF de Fordlândia e outras que ficam na outra margem do rio tapajós. Nas populações tradicionais ribeirinhas e indígenas próximas ao distrito há um elevado número de crianças e uma grande dispersão populacional entre uma comunidade e outra. Dificultando o desenvolvimento das ações por conta dessa dispersão.

O saneamento básico e o consumo de água tratada em Aveiro é precário, com somente 24% da população morando em domicílios com banheiro e água encanada (Tabela 2). Em áreas rurais, o acesso se dá através de poços artesianos e utilização da

água diretamente do rio. No caso de Fordlândia, há um microssistema recém implantado e o esgotamento sanitário ocorre através de fossa sedimentar construída pelos próprios moradores. Há uma caixa d'água de ferro ainda da época do ciclo da borracha, mas sem tratamento. A maior parte da população do município é de baixa renda, tendo como principal fonte de renda, o programa bolsa família, aposentados e funcionários públicos da prefeitura. Não foi sinalizado nenhum apoio financeiro estadual para o município de Aveiro.

Quadro 113: Indicadores Demográficos - Município Aveiro (PA)

Ano de criação do município ¹	1781	-	
Área territorial (km ²) ¹	-	17.074,290 km ²	
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²	-	0,93 hab./km	
Populações tradicionais predominantes ^{3*}	Ribeirinhas/ pescadores / indígenas		
Indicadores	2000	2010	2018
População total	15.518 ¹	15.849 ¹	16.371
População urbana ¹ n(%)	2.980 (19,2%)	3.179(20,06%)	-
População rural ¹ n(%)	12.538 (80,80%)	12.670 (79,94%)	-
IDHM ¹	0,368	0,541	-
Classificação IDHM ¹	Muito baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	3,0	2,1	-
% de população menor de 15 anos ¹	45,18	39,75	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	3,43	5,17	-
Fontes:			
1: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt . Acesso em 22/06/2019			
2: https://cidades.ibge.gov.br/ . Acesso em 17/06/2019			
3: Banco de dados ciclo 2, PMAQ-AB. http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo			
*Dado primário com o município			

Quadro 114: Indicadores Sociais - Município Aveiro (PA)

Indicadores	2000	2010
Renda familiar per capita mensal* ¹	103,81	148,71
% população extremamente pobre** ¹	57,41	41,63
% de população beneficiária do PBF*** ³	N/A	65,81
Índice de Gini ¹	0,64	0,60
Taxa de analfabetismo (em maiores de 15 anos) ¹	24,29	13,71
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	32,44	19,78
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	5,0	34,53
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	4,64	24,13
% da população em domicílios com água encanada ¹	13,36	66,97
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário**** ³	N/A	7,52
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	39,88	76,24
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	5,36	53,95

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 .

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 24/06/2019

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>. Acesso em 24/06/2019

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014. Acesso em 24/06/2019

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def. Acesso em 24/06/2019

INDICADORES DE SAÚDE

O município de Aveiro tem como particularidade possuir somente os serviços de atenção básica (AB) e apenas um Centro de Saúde, improvisado para atender as urgências e emergências do SUS, não existindo nenhum outro serviço de saúde além destes. Por conta disso, utiliza-se de acordos com municípios vizinhos e com a região de saúde para os atendimentos de urgências, internação, exames e especialidades. As urgências e internações são encaminhadas para o município de Itaituba e as consultas com especialistas, alguns exames específicos e casos muito graves são encaminhados para o polo da região de saúde que é o município de Santarém, no qual os pacientes são direcionados para o Hospital Municipal de Santarém e Hospital Regional do Baixo Amazonas.

Recentemente ocorreu no município, um aumento de casos de malária, sendo muito comuns casos de diarreia, vômitos e doenças relacionadas a água contaminada. Durante as mudanças de clima ocorrem bastante casos de conjuntivite, tanto no verão como no inverno. Como a população é carente, no pré-natal as mulheres que não tem condições de pagar uma Ultrassonografia e como esta não é realizada no município, acaba não realizando a mesma.

No município ocorrem bastantes casos de acidentes por animais peçonhentos com predominância por cobras em áreas vicinais e por escorpiões em áreas mais próximas a UBS quando isso ocorre os usuários são referenciados ao município de Itaituba, já que não existe atendimento especializado na comunidade, entre os moradores a um grande índice de pessoas com hipertensão e diabetes.

Além dessas informações citadas, considerou-se os relatos sobre condições de saúde frágeis para um maior detalhamento. O Quadro 4 demonstra que nos anos de 2000, 2010 e 2016, a primeira maior causa de mortalidade foi por doenças circulatórias, tendo como um dos impactos possíveis, fragilidades no cuidado à HAS. Em 2016, as segundas e terceira maiores causas de mortalidade, foram doenças infecciosas e parasitárias e neoplasias. Cabe destacar a cobertura vacinal de pentavalente é de 65,2%, com

necessidade de ser aumentada, assim como as internações por condições sensíveis de atenção básica no estado do Pará são de 41,07%.

Quadro 115: Indicadores sanitários - Município Aveiro (PA)

		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		67,52	69,87	-
Nº de óbitos maternos ²		0	0	0
Mortalidade infantil ²	nº de óbitos neonatal (0 a 27 dias)	3	2	3
	nº de óbitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	4	0	2
	nº de óbitos total em menores de 1 ano	7	2	5
Mortalidade proporcional ^{2*}	1ª principal causa de morte	25 (Doenças do aparelho circulatório)	28,5 (Doenças do aparelho circulatório)	23,8 (Doenças do aparelho circulatório)
	2ª principal causa de morte	25 (Doenças do aparelho digestivo)	28,5 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	19 (Algumas doenças infecciosas e parasitárias)
	3ª principal causa de morte	12,5 (Algumas doenças infecciosas e parasitárias)	21,4 (Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais)	14,3 (Neoplasias)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{2**}		57,7	56,3	52,3
Mortalidade por câncer de colo de útero ²		0	0	0
Nº de nascidos vivos em mães na faixa de etária de 10 a 19 anos ²		47	74	64
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g ²		7	10	11
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%) ^{2***}		-	-	68,14
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ^{2***}		-	1,5	65,2
Gestantes com nº de consultas de pré natal insuficiente (menos de 7 consultas) ²		163	176	151
Nº de partos domiciliares ²		77	49	32
Nº de casos de sífilis congênita ²		0	1	2
Taxa de ICSAB Pará ²		-	46,29	41,07

¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

²:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por grupo de causa definidas/ nº total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

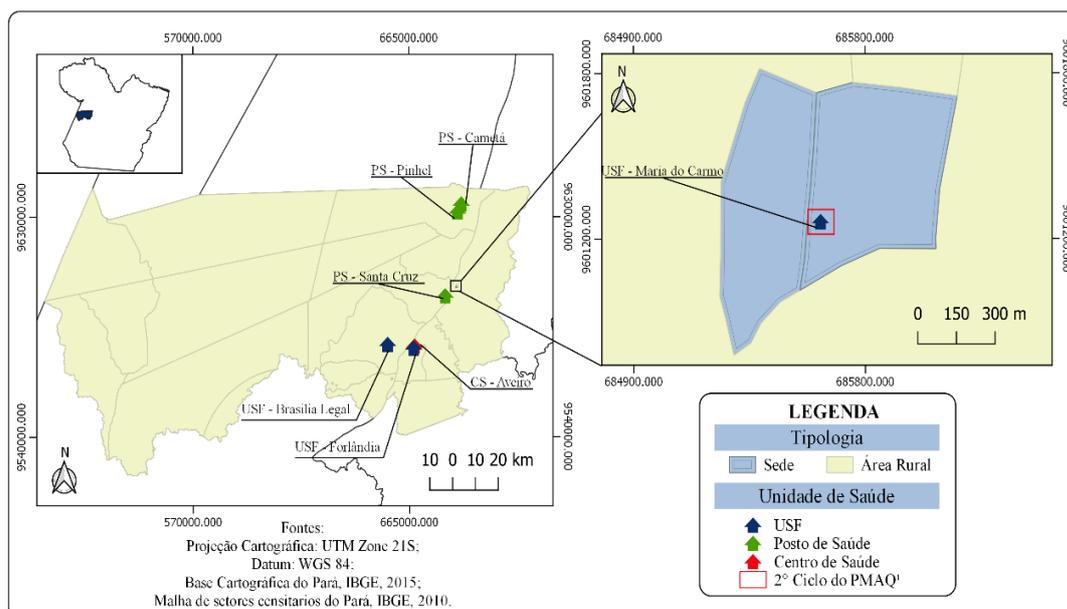
**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por causas mal definidas/ nº total de obitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018

No município de Aveiro há 1 unidade de saúde na área urbana e 5 unidades para atendimento nas áreas rurais, além disso o município também possui um Centro de Saúde ativo (Figura 1, Quadro 5 e Quadro 6). Nas unidades de saúde do município as equipes contam com 1 médico por equipe totalizando 7 médicos (1 clínico geral e 6 médicos de saúde da família), 4 equipes com 1 enfermeiro, 2 técnicos em enfermagem e 53 ACS, há algumas comunidades não contam com o profissional enfermeiro em seu quadro de profissionais o que acaba sobrecarregando o trabalho dos técnicos em enfermagem e apenas a sede tem 1 profissional odontólogo e 1 técnico em saúde bucal, os usuários das demais comunidades precisam se deslocar até a sede para ter acesso ao atendimento, também há comunidades.

Na sede segundo relato da profissional de enfermagem a UBS funciona das 07:30h as 17:30h de segunda feira a sexta feira, possui no momento duas equipes de saúde, a do centro de saúde de Aveiro (Anexo/Clinica) que presta serviços para todo o município e demais comunidades e a equipe de ESF que presta serviços para os usuários da sede. A UBS da sede dispõe de todas as vacinas, serviços de saúde bucal, a equipe tem em sua composição um odontólogo e uma técnica em higiene bucal, presta serviços de educação em saúde na escola ou unidade de saúde, onde a equipe faz seu próprio planejamento, a comunidade possui populações tradicionais indígenas e ribeirinhas “devido a diversidade de cultura”, evidencia grande presença de parteiras e utilização de garrafadas.

Mapa 38: Distribuição das unidades básicas de saúde do município de Aveiro/PA



¹ Unidades de Saúde que participaram do segundo ciclo do PMAQ
PMAQ: Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. CS: Centro de Saúde. PS: Posto de Saúde. USF: Unidade de Saúde da Família

Quadro 116: Descrição dos equipamentos de saúde ativos de Aveiro/PA e classificação da área.

CNES	Descrição	Área
6610544	Posto De Saude De Cameta	Rural
6610536	Posto De Saude De Pinhel	Rural
2332477	Posto De Saude De Santa Cruz	Urbana
2332450	Unidade Saude Da Familia De Brasilia Legal	Urbana
6610501	Unidade Saude Da Familia De Fordlandia	Rural
6336736	Usf Maria Do Carmo Barbosa Santos	Urbana

Fonte: CNES, competência de dez/2018.

A UBS não possui laboratório para realização dos exames, tais serviços são ofertados pelo Centro de Saúde de Aveiro, o médico faz a solicitação de exame na UBS e o usuário já sai com o dia marcado para ir ao Centro de Saúde realizar a coleta. O centro de saúde é referido nas /entrevistas como “clínica, anexo, hospital ou 24h”.

Com relação ao atendimento da demanda espontânea, como são duas equipes atuando juntas no mesmo local, torna-se possível conciliar o atendimento das duas demandas. A equipe realiza reuniões com intuito de melhorar a oferta dos serviços aos usuários, essas reuniões ocorrem de acordo com a necessidade observada pelos profissionais.

A respeito da organização do trabalho, o relato é de que os profissionais trabalham com as prioridades percebidas por eles, por exemplo, as ações podem ser voltadas para alguma doença que esteja com um auto índice de ocorrência, já em se tratando do atendimento em geral da comunidade, as prioridades são definidas durante a triagem de acordo com a necessidade e quadro clínico do paciente. No momento em que a UBS fica fechada, os atendimentos de urgência são transferidos para o Centro de Saúde de Aveiro que funciona 24 horas, tal estabelecimento possui apenas técnicos de enfermagem e enfermeiros em seu quadro de profissionais, havendo ausência do profissional médico.

Outra dificuldade consiste na falta de medicamentos nas unidades de saúde, principalmente de HAS, deixando a população apenas com a opção de uma única farmácia privada, a qual é relatada com altos preços de medicamentos. 2 UBS de Aveiro, das 6 existentes, não disponibilizam vacinação para os usuários, uma vez que nessas não há fornecimento regular de energia elétrica por 24 horas, das 6 unidades de saúde internet apenas 2 possuem internet, quanto aos grupos de educação em saúde, a maior dificuldade relatada é a falta de apoio da secretaria municipal de saúde (para deslocamentos) e a falta de medicamentos.

O atendimento nas UBS é organizado por demanda espontânea, numa média de aproximadamente 15 fichas por turno, sendo apenas 5 de demanda programada. O atendimento às populações rurais é priorizado nos turnos da manhã em todo o conjunto

das UBS. Há relatos de dificuldade para fixação de profissionais nas áreas rurais, especialmente nas comunidades sem energia elétrica 24h (como Pinhel e Cametá) e por motivos de atraso de pagamentos.

A presença de PMM o programa mais médico foi relatado como de fundamental importância para o município de Aveiro, visto que todos os profissionais médicos do município fazem parte do programa. Atualmente Aveiro conta com 6 profissionais de nacionalidade brasileira, contratados recentemente no dia 28/03/2019. A secretária mencionou que mais do que proporcionarem o atendimento aos usuários, eles trouxeram mais “humanidade” no cuidado, pois se dedicam e buscam conhecer os pacientes, estabelecendo um vínculo com estes. Relatando também que com a vinda desses profissionais, foi trazido a “semente do amor ao próximo”, tornando um vínculo para além do tratamento medicamentoso.

A cobertura AB dos usuários do município aos serviços de saúde, apesar de 100% , na realidade é precarizada devido as grandes distâncias entre as comunidades e até mesmo de uma unidade para a outra, segundo relatos, o que dificulta o desenvolvimento do trabalho das equipes. Em algumas comunidades que não possuem abastecimento regular de energia, como é o caso da comunidade de Pinhel e Cametá, alguns serviços ficam inviabilizados de oferta nos postos de saúde dessas unidades, tais como, o serviço de imunização. A respeito das consultas médicas dessas duas localidades, como ambas são distantes do município e não possuem energia, optou-se em acordo com a comunidade, que as consultas ocorreriam duas vezes na semana, no restante da semana, os médicos ficariam em uma unidade de saúde na sede do município disponíveis para atender os usuários destas comunidades que viessem a sede. Nestas unidades também segundo a entrevistada não é realizado o exame do preventivo, nas demais, todas realizam.

Quadro 117: Indicadores de Atenção Básica - Município Aveiro (PA)

Indicadores	2010	2018
População	15.849	16.371
UBS em áreas rurais	3	3
UBS na sede	0	4
nº Eq ESF ³	1	6
nº ACS em ESF ³	6	53
nº Eq EACS ³	2	0
nº ACS em EACS ³	49	0
Total ACS ³	55	53
ESF Quilombola ³	0	1
Eq multiprofissional de Atenção Domiciliar ³	0	0
Cobertura ESF ⁴	3.450(17,02%)	15.947 (100%)

Fontes:

¹: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Dados referentes ao ano de 2000 e 2010. Acesso em 22/06/2019

²: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/06/2019

³: CNES - competências Dez/2007, Dez/2010 e Dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 29/06/2019

⁴: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
- Dez/2010 e Dez/2018. Acesso em 29/03/2019

Legenda: ESF=Equipes da Estratégia Saúde da Família; ACS=Agentes comunitários de saúde; EACS=Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; EqSB=Equipes com saúde bucal; NASF=Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica; ESFR=Equipe de estratégia saúde da família ribeirinha; ESFQ=Equipe de saúde da família quilombola/assentamento; EMAD=Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar; CNR=Equipe de consultório na rua; UBS: Unidade Básica de Saúde; PS: Posto de Saúde.

CURUÁ - PA

Fotografia 19: Curuá - PA



O município de Curuá (PA) compõe o grupo de municípios rurais remotos (MRR) da pesquisa classificados como Norte águas, região que agrega 45 MRR do Brasil, distribuídos nos estados do Amazonas (25), Pará (14), Amapá (3) e Acre (3). Em geral, municípios do Norte águas são aqueles com população média de 21.002 (± 11523), sendo Maués (AM) o município mais populoso, com quase 60.000 habitantes. A densidade populacional média desse grupo é de 3,32 ($\pm 3,28$) hab/km², com áreas muito extensas (média de 14.997km²). O PIB médio per capita foi de R\$ 8.5390,0 ($\pm 3157,98$) espelhando um quadro razoavelmente heterogêneo. Quase metade dos municípios norte águas é classificado nas faixas de PIB per capita baixa. Os serviços de administração, saúde pública, educação pública e seguridade social respondem pela maior parcela do PIB. A faixa de IDHM predominante é a baixa. O percentual médio da população beneficiária do Bolsa Família é de 46,8 ($\pm 17,8$).

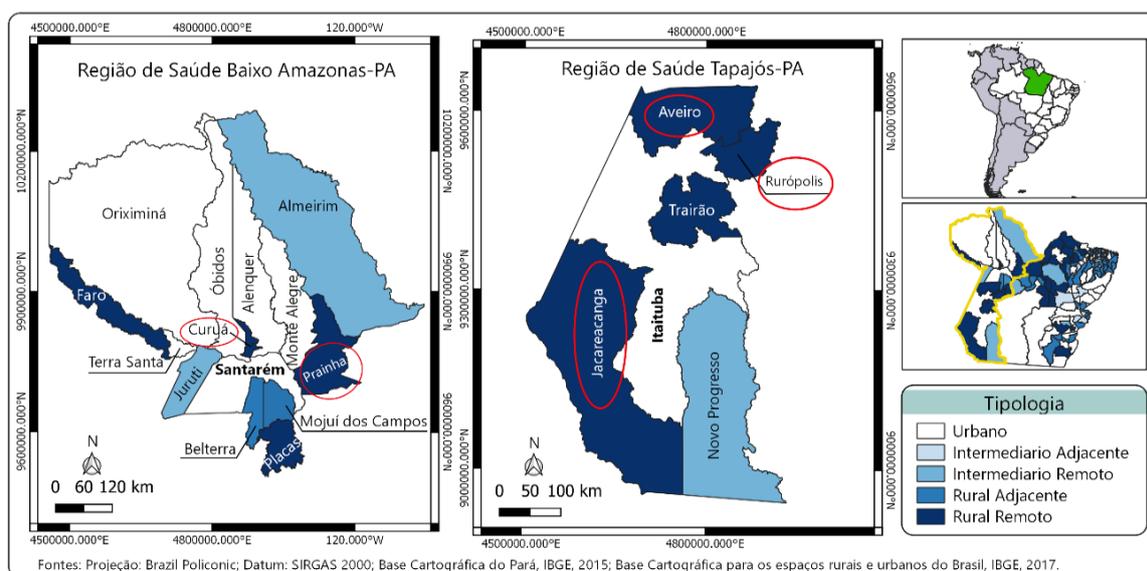
Para a amostra da área Norte Águas foram selecionados 7 municípios, dentre os quais 4 encontram-se no estado do Pará, 2 no Amazonas e 1 no Amapá.

O município de Curuá localizado no Oeste do Pará, integra a região de saúde do Baixo Amazonas, fazendo fronteira com os municípios de Alenquer e Óbidos. Destaca-se por ser um município de emancipação recente e possuir a menor extensão territorial dos municípios da região, além de uma densidade demográfica maior que a média. Uma particularidade é que o município é acessível via fluvial (na época das cheias) e também é acessível por estrada (PA-254). Dos 14 municípios dessa região, quatro constam como

rurais remotos pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017), sendo eles: Prainha, Curuá, Placas e Faro; e um município rural adjacente, Belterra. Santarém é o município pólo dessa região.

Partindo do pressuposto que os modelos organizacionais propostos para os serviços da APS tem pouca expressividade para captar e considerar todas essas particularidades das áreas rurais e remotas, o presente estudo teve com o objetivo central reconhecer essas características da oferta dos serviços de atenção básica e 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 desenvolvimento que tenham uma expressividade no sentido da melhoria do acesso e da qualidade do cuidado em saúde.

Mapa 39: Mapas da regional de saúde do Baixo Amazonas (PA) e Tapajós (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e municípios selecionados para a pesquisa



Quadro 118: Municípios da Região de Saúde do Baixo Amazonas (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)

UF	Município ¹	Classificação IBGE ²	Seleção Amostra ³	Classificação do território na pesquisa ³
PA	Alenquer	Urbano	Não	-
PA	Almeirim	Intermediário Remoto	Não	-
PA	Belterra	Rural Adjacente	Não	Misto Norte/Estrada/Águas
PA	Curuá	Rural Remoto	Sim	Norte/Águas
PA	Faro	Rural Remoto	Não	Norte/Águas
PA	Juruti	Intermediário Remoto	Não	-
PA	Mojuí dos Campos	N/A	Não	-
PA	Monte Alegre	Urbano	Não	-
PA	Óbidos	Urbano	Não	-

PA	Oriximiná	Urbano	Não	-
PA	Placas	Rural Remoto	Não	Norte/Estrada
PA	<i>Prainha</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>	<i>Norte/Águas</i>
PA	Santarém	Urbano - SEDE CIR	Não	-
PA	Terra Santa	Urbano	Não	-

Fonte:

¹Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/03/2019.

²IBGE:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm. Acesso em 15/03/2019.

³Projeto da pesquisa (Fausto et al, 2018)

O TRABALHO DE CAMPO

O deslocamento para o município de Curuá-PA ocorreu por meio de lancha no dia 23 de junho de 2019 às 15 horas, custando R\$ 50,00 por passagem., No trajeto não houve intercorrências, durou cerca de 2 horas. A embarcação que utilizamos era de pequeno porte e é a de uso dos moradores que fazem o trajeto Santarém - Curuá. Nos hospedamos em uma pousada bem no centro do município, cuja diária foi de R\$75,00. Em geral, nosso deslocamento no município era a pé, pois a UBS do centro e a secretaria de saúde eram próximas à pousada.

Logo no dia seguinte pela manhã nos reunimos com a secretária municipal de saúde e a coordenadora de atenção básica do município no Centro de Saúde Almir Gabriel, no qual é anexo a secretaria de saúde. Apresentamos o projeto a secretária e estabelecemos então o cronograma das visitas assim como quais unidades de saúde seriam visitados, conforme a indicação da secretária. Neste mesmo momento iniciamos a entrevista com a coordenadora da Atenção Básica do município que durou em torno de 3h25min.

Após a entrevista, retornamos ao hotel, e pela tarde fomos para a Unidade Básica de Saúde Curuá Velho, localizada na região central do município, para a realização das entrevistas da sede. Neste dia foram realizadas entrevistas com o médico, enfermeira e agente comunitário de saúde da unidade. Por conta de termos ido pela tarde e no dia as consultas terem terminado cedo não conseguimos entrevistar nenhum usuário nesse dia.

No dia 25 logo pela manhã, fomos para a unidade de saúde Apolinário, localizada na zona rural do município, o trajeto foi feito em carro disponibilizado pela secretaria de saúde, no qual a pesquisa custeou o combustível. A estrada até a comunidade era de chão batido, com muitos buracos ao longo do percurso. De acordo com relatos da coordenadora de atenção básica e da própria equipe de saúde da comunidade, em períodos de chuva o acesso torna-se quase inviável devido a precária condição que fica a estrada.

Nesta unidade de saúde realizamos a entrevista com o médico, enfermeira, ACS da equipe e com dos usuários com os traçadores: hipertensão; pré-natal, parto e puerpério; câncer de colo do útero, além da entrevista com a secretária de saúde que também ocorreu no local. As entrevistas foram feitas todas no período da manhã se estendendo até o início da tarde. Para não comprometer o funcionamento da unidade, aguardamos a disponibilidade dos profissionais e dos usuários, entre os atendimentos. Ao encerrar as entrevistas, almoçamos na comunidade e retornamos para sede do município em busca dos usuários para a pesquisa.

Retornamos à unidade de saúde de Curuá Velho, onde demos continuidade as entrevistas agora com os usuários, entretanto, tivemos que ir ao centro de saúde Almir Gabriel anexo a secretaria, para completar os usuários. Realizamos então nessa tarde as entrevistas com usuária PPP e CCU da sede, infelizmente não conseguimos mobilizar nenhum usuário com HAS na sede do município, ficando em falta essa entrevista. Pela noite no hotel iniciamos a construção das sínteses, e logo no início da manhã do dia 26 retornamos para o município de Santarém por meio de lancha.

Dessa forma, no município de Curuá foi realizado um total de 13 entrevistas, ficando pendente usuário HAS sede. As usuárias CCU não possuíam lesão precursora de câncer de colo do útero.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

Com uma extensão territorial de 1.431,2 km² o município de Curuá, teve uma população estimada no ano de 2018 de 14.197 mil habitantes, sendo predominante a população rural. A densidade demográfica é de 8,53 habitantes por km² no território do município. O seu IDMH é de 0,578 considerado baixo segundo a classificação. De acordo com dados do Censo 2010, a proporção da população menor de 15 anos no município era de 39,4% e apenas 4,5% de pessoas com 65 anos ou mais, ou seja, uma população extremamente jovem. De acordo com a gestora do município a população é predominantemente jovem e existem populações ribeirinhas no território, além de muitos pescadores (Quadro 2).

Não existe nenhum tipo de tratamento de água na cidade e nem na área rural. A água é disponibilizada para a casa das pessoas através de “bombas”, que tem como fonte água de poços e água direto do rio, este último mais encontrado na região ribeirinha. A coleta de lixo na sede ocorre 2 vezes por semana, já na área rural não existe nenhum tipo de coleta, cada morador dá o destino do lixo que produz. Apenas 19,07% da população mora em domicílios com banheiro e água encanada e apenas 1,10% possui acesso a esgotamento sanitário.

O território de Curuá é altamente influenciado pela peculiaridade climática (seca e cheia do rio Curuá), que resulta em uma diferença de tempo de chegada e saída no município e até mesmo, oscilações do custo de viagem. É comum também, em tempos de cheia do rio, o fluxo das comunidades rurais para as urbanas. Nas épocas de cheia, o acesso é melhor, com embarcações constantes e que chegam bem próximo ao “porto” da cidade. Na época de seca, o transporte fluvial é impossibilitado de atracar na frente da cidade, sendo necessário o suporte por bajaranas ou transporte. Nesse período, é extremamente difícil o deslocamento fluvial: “Quanto menor o transporte, melhor o acesso”. A gestora relata o deslocamento de embarcações para pontos de melhor acesso ao município, contudo, só é possível a chegada nessas, por meio de bajaranas. Dessa forma, há migração de parte da população rural para área urbana, inclusive demandando duplo cadastro (sede e área rural) por parte da população.

Como curiosidade cultural, foi relatado no município a existência de “RAID”, evento festivo de “rally” que mobiliza deslocamentos via motocicletas do município de Alenquer para Curuá, realizado na época da seca. O deslocamento se dá através dos veículos deslizando pelas estradas com lamas.

Quadro 119: Indicadores Demográficos - Município Curuá (PA)

Ano de criação do município ¹	1997	-	
Área territorial (km ²) ¹	-	1437 km ²	
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²	-	8,53 hab/ km ²	
Populações tradicionais predominantes ³	Ribeirinhos		
Indicadores	2000	2010	2018
População total	9.224	12.254	14.197
População urbana ¹ n(%)	2993 (31%)	5791 (47,18%)	-
População rural ¹ n(%)	6291 (68,20%)	6473 (52,82%)	-
IDHM ¹	0,383	0,578	-
Classificação IDHM ¹	Muito Baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	-	-	-
% de população menor de 15 anos ¹	45,3	39,4	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	4,4	4,5	-

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: Verificação in loco.

Quadro 120: Indicadores Sociais - Município Curuá (PA)

Indicadores	2000	2010
Renda familiar per capita mensal* ¹		
% população extremamente pobre** ¹	46,00	38,99
% de população beneficiária do PBF		68,76
Índice de Gini ¹	0,57	0,60
Taxa de analfabetismo (em maiores de 15 anos) ¹	18,35	14,43
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	26,50	21,20
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	5,36	43,71

% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	1,56	19,07
% da população em domicílios com água encanada	2,90	78,44
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário ³	-	1,10
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	37,29	84,33
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	4,87	36,72

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 24/03/2019

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>. Acesso em 24/03/2019

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes. <http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014. Acesso em 31/03/2019.

CONDIÇÕES DE SAÚDE

A expectativa de vida ao nascer no município de Curuá, segundo dados do Atlas para o ano de 2010 foi de 71,8 anos. De acordo com essa mesma fonte, a mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município em 2010 foi de 21,7 óbitos por mil nascidos vivos, com 3 óbitos menores de 1 ano em 2016. Em 2016, a maior causa de mortalidade foram doenças do aparelho circulatório (36,8), seguida de causas externas (21,1) e neoplasias (15,8). No mesmo ano, ocorreram 2 óbitos relacionados ao câncer de colo de útero, 1 caso de sífilis congênita. A cobertura vacinal de pentavalente chegou a 100% no último ano.

Há muitos casos no município de síndromes, tais como síndrome de West, Turner, epilepsia, e ainda mapeadas pela secretaria municipal de saúde do local, 40 crianças especiais e em torno de 100 casos de pacientes com problemas de saúde mental.

Quadro 121: Indicadores sanitários - Município Curuá (PA)

		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		67,97	71,8	-
Nº de óbitos maternos ²		0	0	0
Mortalidade infantil ²	nº de óbitos neonatal (0 a 27 dias)	0	2	2
	nº de óbitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	0	1	1
	nº de óbitos total em menores de 1 ano	0	3	3
Mortalidade proporcional ^{2*}	1ª principal causa de morte	80 (Doenças do aparelho circulatório)	30 (Neoplasias)	36,8 (Doenças do aparelho circulatório)
	2ª principal causa de morte	20 (Doenças de sangue e órgãos)	20 (Doenças do aparelho circulatório)	21,1 (Causas externas de

	hematológicos e alguns transtornos imunitários)		morbidade e mortalidade)
3ª principal causa de morte	-	10 (Doenças do aparelho digestivo)	15,8 (Neoplasias)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{2**}	16,7	77,5	53,6
Mortalidade por câncer de colo de útero ²	0	0	2
Nº de nascidos vivos em mães na faixa de etária de 10 a 19 anos ²	53	77	56
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g ²	6	10	18
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%) ^{2***}	-	-	79,33
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ^{2***}	-	25,41	100,48
Gestantes com nº de consultas de pré natal insuficiente (menos de 7 consultas) ²	174	211	106
Nº de partos domiciliares ²	130	72	41
Nº de casos de sífilis congênita ²	0	0	1
Taxa de ICSAB Pará ²	-	46,29	41,07

¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

²:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por grupo de causa definidas/ nº total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por causas mal definidas/ nº total de obitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018

ORGANIZAÇÃO DA ARENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

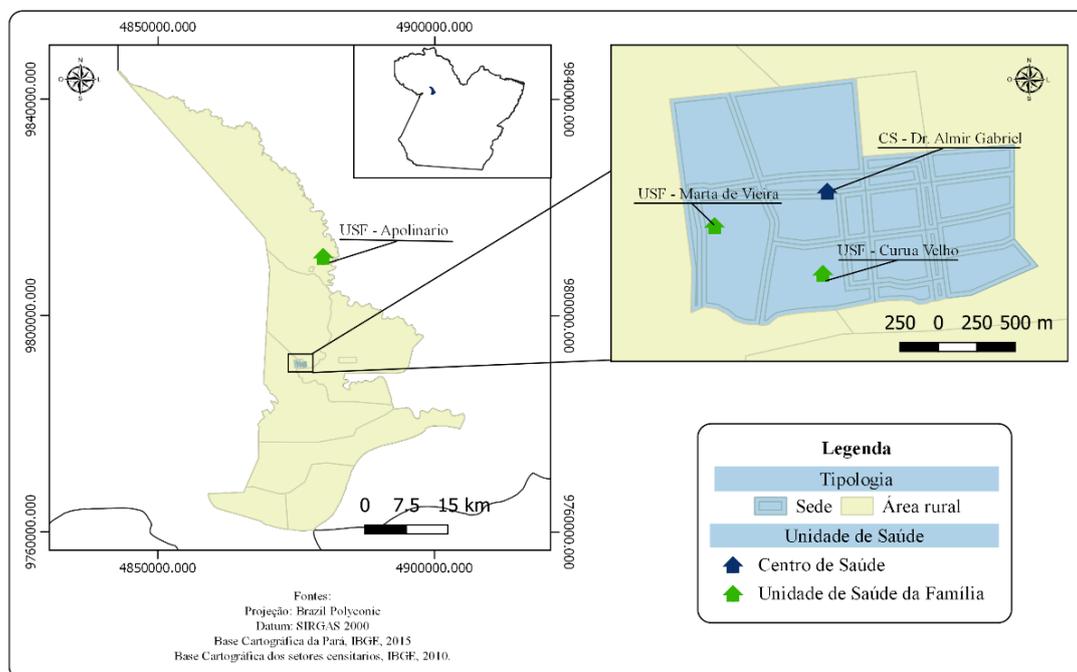
No município de Curuá somente 0,3 % da população possui algum tipo de plano de saúde, ademais a grande maioria utiliza o Sistema Único de Saúde. Possuem no município 4 unidades de saúde, sendo uma ribeirinha, 2 postos de saúde, 1 centro de saúde, 1 centro de testagem e aconselhamento, 1 unidade odontológica móvel e uma unidade de vigilância sanitária de saúde. (Figura 2 e Quadro 5). O local não possui nenhum hospital, sendo todas as demandas por hospitalização encaminhadas para o município vizinho Óbidos, ou em caso de maior complexidade encaminhado para o município de Santarém, polo da regional de saúde.

A cobertura da Atenção Básica é de 100%, apesar de existirem dez áreas descobertas. Existem 5 equipes de estratégia saúde da família (em 4 UBS, em 4 UBS, sendo 2 na área rural, 2 na urbana e 1 ribeirinha recente) e 3 equipes de agentes comunitários de saúde. O município tem ainda 1 equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, de implantação recente, composto por fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista e assistente social. Curuá aderiu ao programa mais médicos, tendo apenas um profissional que não é do programa, os demais todos são.

Nas unidades de saúde são ofertados os serviços de imunização, coleta de preventivo, pré-natal, dispensação de medicamentos, consulta médica e de enfermagem. Entretanto, existem casos de unidades que não ofertam todos esses serviços por conta da falta de energia elétrica, é o caso de UBS localizadas na zona rural do município. Nenhuma das UBS realiza coleta de exames de sangue e urina, ficando essa coleta centralizada no Centro de Saúde e a análise laboratorial feita no município de Alenquer.

O problema de falta de energia elétrica em alguns pontos da zona rural do município, impacta as ações e serviços ofertados por UBS específicas, como a UBS Boca do Jacaré, que não realiza imunização, alguns procedimentos de enfermagem e coleta de preventivo, por falta de energia elétrica.

Mapa 40: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município de Curuá - PA



*Unidades de Saúde que participaram do segundo ciclo do PMAQ

PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. USF: Unidade de Saúde da Família. CS: Centro de Saúde.

Obs: O posto de saúde Boca do Jacaré, USF Macura e USF ribeirinha do Rio da Ilha não foram localizados.

Quadro 122: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Curuá (PA)

Tipo	Total	CNES	Descrição*	Área*
Posto de Saúde	7	7441037	Centro De Testagem E Aconselhamento De Curua	Urba na
		6070000	Posto De Saude Da Comunidade Boca Do Jacare	Rural
		7234406	Posto De Saude Da Comunidade Castanhal Grande	Rural
		5562813	Unidade De Saude Da Familia Da Comunidade Apolinario	Rural
		7234392	Unidade De Saude Da Familia Da Comunidade Macura	Urba na
		5626048	Unidade De Saude Da Familia Do Curua Velho	Urba na

		6069991	Unidade De Saude Da Familia Ribeirinha Do Rio Da Ilha	Rural
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	1	2331845	Centro De Saude De Curua Dr Almir Gabriel	Urbana
Unidade Mista	0	-	-	-
Unidade Móvel Terrestre	1	7441053	Unidade Odontologica Movei De Curua	Urbana
Central de gestão em saúde	1	6559808	Secretaria Municipal De Saude De Curua	Urbana
Pólo da Academia da Saúde	0	-	-	-
Unidade de Vigilância em Saúde	1	2619989	Unidade De Vigilancia Sanitaria De Curua	Urbana
Laboratório de Saúde Pública	0	-	-	-

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp

MELGAÇO - PA

Fotografia 20: Melgaço - PA



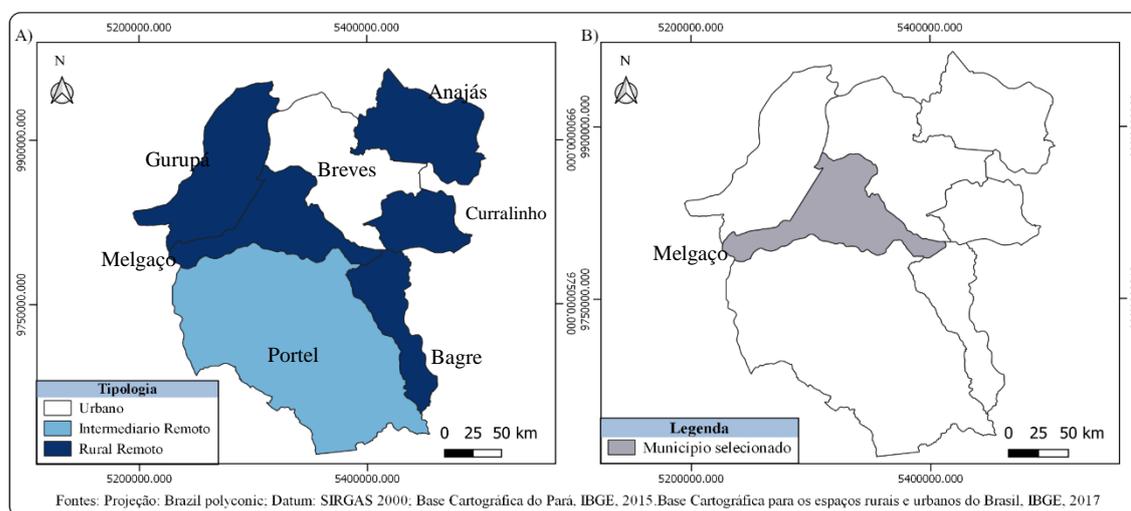
O município de Melgaço (PA) compõe o grupo de municípios classificados como Norte águas, região que agrega 45 Municípios Rurais e Remotos (MRR) do Brasil, distribuídos nos estados do Amazonas, Pará, Amapá e Acre, respectivamente com 25, 14, 3, e 3 municípios. No geral, são municípios com população média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

Para a amostra da área Norte Águas foram selecionados 7 municípios, dentre os quais 4 encontram-se no estado do Pará, 2 no Amazonas e 1 no Amapá. Especialmente o município de Melgaço destaca-se com o menor IDH do Brasil. Dos seus 25.000 habitantes, aproximadamente apenas 5.000 vivem na área urbana.

O município de Melgaço localizado no estado do Pará, especificamente no Arquipélago do Marajó, integra a região de saúde Marajó II. Dos 7 municípios dessa região,

quatro constam como rurais remotos pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017), sendo eles: Melgaço, Gurupá, Anajás e Curralinho; e um município intermediário remoto (Portel). Breves é o município polo dessa região.

Mapa 41: Localização da regional de saúde do município de Melgaço - PA



A) Classificação dos espaços rurais e urbanos para Região de Saúde Marajó II-PA. B) Município da Região de Saúde Marajó II-PA selecionado para o estudo.

Quadro 123: Municípios da Região de Saúde Marajó II (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)

UF	Município ¹	Classificação IBGE ²	Seleção Amostra ³	Classificação Rural ³
PA	Breves	REGIONAL	Não	
PA	Anajás	Rural remoto	<i>Não</i>	Norte águas
PA	Gurupá	Rural remoto	<i>Não</i>	Norte águas
PA	Melgaço	Rural remoto	SIM	Norte águas
PA	Curralinho	Rural remoto	<i>Não</i>	Norte águas
PA	Bagre	Rural remoto	<i>Não</i>	Norte águas
PA	Portel	Intermediário Remoto	<i>Não</i>	

Fonte:

¹Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/03/2019

²IBGE:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm.

Acesso em 15.03.2019

O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo no município de Melgaço foi realizado nos dias 27 a 29 de agosto de 2019.

No dia 26/08/2019 às 18h00min as três pesquisadoras deslocaram-se do município de Belém para o município de Melgaço, por via fluvial, com barco da Viação Bom Jesus, chegando no município dia 27/08/2019 às 09h30min. Ao chegarem, foram recepcionadas

pelo Coordenador Municipal de Atenção Básica que as conduziu pela cidade mostrando os principais pontos do sistema de saúde.

Em seguida as pesquisadoras foram levadas para conhecer a Secretaria Municipal de Saúde. Realizadas as devidas apresentações, salientaram os objetivos da pesquisa e sanaram possíveis dúvidas que ficaram na leitura do material da pesquisa que havia sido enviado previamente por e-mail para os gestores municipais. Ainda pela manhã foi dado início a entrevista com o Coordenador AB, entretanto não foi possível concluí-la, ficando acordada sua conclusão para o dia seguinte.

Ainda na tarde do dia 27/08, as pesquisadoras foram conduzidas pelo Coordenador AB até a UBS Raimundo Barbosa Nunes. Após as devidas apresentações, as pesquisadoras dividiram-se para entrevistar a equipe e usuários presentes na unidade de saúde bem como, uma das entrevistadoras se deslocou até a residência da usuária do traçador HAS e ao fim do dia outra pesquisadora se deslocou a residência da usuária traçador CCU, ambas direcionadas pelo coordenador AB. As entrevistas perduraram por toda a tarde. Ao término das entrevistas dos usuários presentes na UBS, foram acordados os últimos encaminhamentos logísticos de transporte e horários de entrevistas. Ficou acordado que no dia seguinte seria realizada a visita e entrevistas dos profissionais e usuários da Unidade Básica fluvial, que no momento encontrava-se em atividade na área rural.

Na manhã do dia 28/08/2019 as pesquisadoras foram levadas até a UBSF, em uma lancha do hospital municipal, em uma viagem de aproximadamente 3h com parada no município vizinho (Portel), onde foi possível conhecer o hospital municipal do referido município. Às 12h00min a equipe de campo chegou a Unidade Básica fluvial e pela inviabilidade de conversar com a médica e enfermeiro naquele momento, o Coordenador AB apresentou a estrutura da unidade e fluxo de atendimento, além disso, auxiliou na mobilização dos usuários e agentes comunitários de saúde para participarem da pesquisa.

A UBSF encontrava-se na baía de Caxiuanã, com 32 profissionais, com objetivo de realizarem ações comunitárias gerais. Dentre os profissionais presentes, estavam: uma equipe de saúde (profissionais das unidades de saúde da sede ou da área rural que são selecionados pela SEMSA para atuarem durante a ação), profissionais do cartório de único ofício, do cartório eleitoral; e da secretaria de Assistência Social. As equipes realizavam ações como: corte de cabelo, emissão de documentos, coleta de exame preventivo, consulta médica, odontológica e de enfermagem, distribuição de medicamentos e realização de exames laboratoriais.

Nesta tarde não havia nenhuma usuária em tratamento de hipertensão arterial, então foram entrevistadas: uma puérpera, uma mulher que havia realizado exame preventivo nos últimos 12 meses, a ACS da sede que estava colaborando com as atividades da UBSF no

dia e uma ACS da área rural. As pesquisadoras se dividiram para realizar estas entrevistas, que duraram entre 1 e 2 horas.

Após o expediente da unidade as entrevistadoras se dividiram novamente, ficando uma responsável por finalizar a entrevista do Coordenador AB, outra realizou a entrevista com o enfermeiro da equipe, e outra realizou a entrevista com a médica, todas com duração de aproximadamente 2 horas.

Ao concluir as entrevistas, as pesquisadoras ficaram alojadas na UBSF devido a impossibilidade de retorno à noite para a sede do município.

Os profissionais de saúde ficam alojados na UBSF durante o período em que estão em atividade. Entretanto, durante os vinte dias, período da ação nas comunidades, são levados outros profissionais, seja para fazer troca com os que foram inicialmente, seja para dar apoio aos mesmo nas comunidades de maior demanda.

No dia 29/08 pela manhã as pesquisadoras foram levadas de lancha da UBSF para a sede do município e de lá partiram para o município sede da regional (Breves), para realizarem a entrevista com o gestor regional. A entrevista durou aproximadamente 1h30min.

As 18h as pesquisadoras iniciaram a viagem de retorno a Belém, na embarcação da aviação Bom Jesus, chegando ao destino as 6h00min

No município de Melgaço (PA), foram realizadas no total 12 entrevistas. A única intercorrência é que, das duas mulheres entrevistadas de CCU, nenhuma apresentava lesão precursora sendo entrevistadas apenas sobre o aspecto do preventivo e não haviam hipertensos em atendimento na UBSF, no dia da visita.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

A aldeia Guarycuru originou a Vila São Miguel de Melgaço em 1759, em homenagem a uma freguesia existente em Portugal, batizada de Barão de Melgaço. Apesar dessa mudança administrativa, o antigo povoado, habitado maciçamente por grupos nativos, sustentaram a tradição deixada pelos religiosos dos primeiros tempos da conquista espiritual do Marajó das Florestas, em torno do culto a São Miguel, primeiro, perene e principal padroeiro dos melgacenses.

Os tempos da Melgaço Vila (1759-1899), foram marcados por alianças e conflitos, assim como avanços e recuos. Situado entre dois importantes municípios da região de florestas, Breves e Portel, esta vila viu-se na confluência de contínuas disputas por ser detentora de importante espaço natural de riquezas patrimoniais. A chegada da República, em plenos tempos do “Ouro Negro”, a borracha, elevou os municípios brasileiros, com condições de se auto sustentar, a intencências municipais. A partir daí, Melgaço

transformou-se em Intendência Municipal e Cabeça de Comarca, gerenciando, ainda que de maneira provisória, destinos de Breves e Portel no século XIX.

Nas intensas disputas com esses municípios, Melgaço nem sempre levou a melhor. Assim, ora dominante, ora dominado, a história local inscreveu-se em incertezas históricas.

Entre 1870 a 1920, Melgaço, Breves, Portel, Anajás, Afuá, para citar os principais, tornaram-se grandes produtores e exportadores de borracha do Estado do Pará. Estas riquezas, contudo, não foram canalizadas para um desenvolvimento sólido destes municípios, transformando os equipamentos urbanos levantados, na fase áurea da extração do ouro negro, castelos de areais, que desapareceram com os ares das articulações políticas e novos refluxos econômicos vivida no Pará a partir de 1930.

Por esses termos, entre 1930 a 1960, Melgaço esteve sob a custódia de Breves, por um período de quase dois anos. Depois passou um tempo sob a dominação portelense até 30 de dezembro de 1961. Nesse entremeio, moradores locais, desde a década de 1950, depois do fim do segundo ciclo da borracha (1939-1945), voltaram a povoar as terras que dão origem à cidade de Melgaço, propícia a agricultura e criatório de gado, articularam-se junto a agentes políticos e econômicos locais para lutar pela tão almejada emancipação política. A partir de 1961 o município foi administrado interinamente enquanto preparava seu primeiro processo eleitoral.

O município de Melgaço, situado no arquipélago do Marajó, foi então fundado em 1961, apresenta uma área de grande extensão territorial e baixa densidade demográfica. Sua população é predominantemente rural (77,8% da população - 2010) (Tabela 1), com representativo percentual de pessoas extremamente pobres (43,92% da população - 2010).

População Urbana: cerca de 22,2% da população reside na sede. A sede, localizada no entorno da baía de Melgaço. Observa-se migração da população rural para a sede, contudo, há limitações de crescimento da área urbana pelo insulamento do território. Economia vem principalmente do serviço público municipal e comércios.

População Ribeirinha: compõe a população rural do município, 2/3 da população municipal. São comunidades que vivem na margem dos rios e igarapés. A pesca, caça e a produção de farinha de mandioca são os principais meios de subsistência

Quadro 124: Indicadores Demográficos - Melgaço

Ano de criação do município ¹	1961		
Área territorial (km ²) ¹		6 774 km ²	
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²		26 642 hab	
Populações tradicionais predominantes ^{3*}	Ribeirinhas, pescadores		
Indicadores	2000	2010	2018
População total ¹	21.064 ¹	24.808 ¹	26.897 ²
População urbana ¹ n(%)	3.180	5.503	

População rural ¹ n(%)	17.884	19.305	
IDHM ¹	0,260	0,418	-
Classificação IDHM ¹	Muito Baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	0,31	0,31	-
% de população menor de 15 anos ¹	50,28	44,21	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	3,01	2,61	-

Legenda: R=ribeirinhos; P=pescadores; Q=quilombolas; I=indígenas; E=extrativistas; A=assentados

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: Banco de dados ciclo 2, PMAQ-AB.

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

*Dado primário com o município

Melgaço tem o menor IDHM do Brasil. Em 2010 apresentou IDHM de 0,31; 2,61; e 44,21 na população de até 1 ano; com 65 anos ou mais e menores de 15 anos respectivamente. Em 2014, 70,81% de população recebeu benefícios do Programa Bolsa Família - PBF. A gestão relatou a existência também de pescadores que possuem como renda o bolsa defeso no período de trancamento da pesca.

Dados a respeito da educação da população do município são alarmantes. Em 2000 e 2010 respectivamente: são analfabetos 41,91% e 36,68% da população com idade de 15 anos ou mais; 34,27% e 31,45% de pessoas de 15 a 24 anos não estudam, não trabalham e são vulneráveis; e 3,12% e 6,89% de pessoas de 15 a 17 anos com apenas o ensino fundamental concluído.

Quadro 125: Indicadores Sociais - Melgaço

Indicadores	2000	2010	2014
Renda familiar per capita mensal* ¹	100,22	135,21	
% população extremamente pobre** ¹	48,70	43,92	
% de população beneficiária do PBF**** ³	-	-	70,81
Índice de Gini ¹	0,46	0,55	
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais ¹	41,91	36,68	
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	34,87	31,45	
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	3,12	6,89	
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	4,07	13,39	
% da população em domicílios com água encanada ¹	11,12	21,93	
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário**** ³	-	-	3,28
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	28,64	64,06	
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	51,50	83,13	

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 .

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 24/03/2019

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>. Acesso em 24/03/2019

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014. Acesso em 31/03/2019

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def. Acesso em 30/03/2019

O município não dispõe de sistema de abastecimento de água tratada. Há uma bomba d'água, localizada na baía de Melgaço que faz a coleta de água. A água coletada é armazenada em 3 grandes caixas e sem nenhum tipo de tratamento é canalizada para o abastecimento de toda a sede do município, esta água é geralmente utilizada pela comunidade para utilidades domésticas, já a água para o consumo costuma ser de cisternas individuais. Esta última é grande alvo de contaminação durante o período da cheia dos rios, onde ocorre alagamento das áreas, de modo, que essas cisternas também ficam submersas. Além disso, a vigilância em saúde municipal tem coletado amostra da água destas cisternas e encontrado a presença de coliformes fecais e em conjunto tem verificado a localização destes poços/cisternas próximos as fossas sépticas.

Em alguns povoados rurais, há microssistemas compostos por poço artesiano, bomba, gerador de energia e caixa da água. A distribuição e gerenciamento são feitos pela própria comunidade e a canalização e distribuição é feita pelos próprios moradores. São utilizados também poços do tipo cisternas individuais. Além disso, há o uso direto do rio.

Quanto a eliminação de resíduos, o município não possui sistema de esgoto. Casas da sede do município e da área rural possuem fossas séptica ou seca.

Segundo o gestor municipal, a Coleta de lixo possui regularidade, é realizada por caminhões caçamba da prefeitura e distribuído EPIs aos colaboradores do setor. O lixo coletado é dispensado em um aterro sanitário a céu aberto fora da sede municipal.

INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores sanitários do município de Melgaço/PA demonstram que entre os anos de 2000 a 2010 a expectativa de vida cresceu no município, mas também em 2000, apesar de não haverem óbitos maternos, houveram 22 óbitos infantis. O mesmo se repete em 2010, não havendo óbitos maternos, mas com 18 óbitos infantis. Já em 2016 a mortalidade infantil volta a aumentar para 23 óbitos, além de haverem 5 óbitos maternos.

Demonstrando um aumento na fragilidade das condições de saúde do município no período retratado.

Com relação as principais causas de morte no ano de 2016, segundo dados do DATASUS estão: doenças do aparelho circulatório e respiratório, doenças infecciosas e parasitárias.

Dados do DATASUS mostram um aumento de nascidos vivos em mães na faixa de 10 a 19 anos, do mesmo modo que aumento no número de nascidos vivos com peso até 2499g e de Gestantes com nº de consultas de pré-natal insuficiente (menos de 7 consultas). Quanto aos partos domiciliares há uma expressiva diminuição de 2010 para 2016.

A inexistência de casos de sífilis congênita é um fator notório a qualidade do pré-natal no município bem como do controle desta IST na comunidade.

Em 2016 a cobertura vacinal de conclusão das 3 doses de vacina tetra e pentavalente é baixa, com respectivamente, apenas: 18,25% e 46,77%.

Quadro 126: Indicadores sanitários - Melgaço

		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		64,87	71,57	-
Nº de óbitos maternos ³		0	0	5
Mortalidade infantil ³	nº de obitos neonatal (0 a 27 dias)	6	4	7
	nº de obitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	5	5	3
	nº de obitos total em menores de 1 ano	11	9	10
Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	33,3 (Doenças do aparelho digestivo)	29,2 (Doenças do aparelho respiratório)	26,2 (Doenças do aparelho circulatório)
	2ª principal causa de morte	16,7 (Doenças do aparelho respiratório)	16,7 (Doenças do aparelho circulatório)	14,3 (Doenças do aparelho respiratório)
	3ª principal causa de morte	16,7 (Doenças do aparelho circulatório)	8,3 (Neoplasias)	11,9 (Algumas doenças infecciosas e parasitárias)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		81,25	45,4	12,5
Nº de óbitos por câncer de colo de útero ³		0	1	0
Nº de nascidos vivos em mães na faixa de etária de 10 a 19 anos		41	181	151
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g		11	26	35
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%) ^{3***}		-	-	18,25

Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ^{3***}	-	-	46,77
Gestantes com nº de consultas de pré-natal insuficiente (menos de 7 consultas) ³	97	407	457
Nº de partos domiciliares ³	86	378	194
Nº de casos de sífilis congênita ^{3***}	0	0	0
% ICSAB Pará ³	-	46,29	41,07

¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

²:<https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

³:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de óbitos de residentes por grupo de causa definidas/ nº total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de óbitos de residentes por causas mal definidas/ nº total de óbitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018

A cobertura vacinal no município é baixa. Dados disponibilizados no DATASUS demonstram um aumento na cobertura vacinal da Tríplice viral (sarampo, rubéola, caxumba) nos últimos anos, mas uma súbita diminuição na cobertura vacinal da Tretra Viral (sarampo, rubéola, caxumba e varicela) em 2018.

Em 2018, foi observado surto de raiva humana no município. O surto começou nas comunidade próximas ao rio Laguna. De início chegaram pessoas sintomáticas ao hospital municipal que referenciava para o hospital da CRS Breves, devido à dificuldade de diagnóstico a equipe novamente referenciava, dessa vez para a capital do estado, Belém, que por fim diagnosticaram os primeiros 4 mortos como infectados por meningite.

Em seguida foi enviado um equipe do governo federal para diagnosticar. Após diagnóstico montou-se uma equipe de investigação e bloqueio. O estado capacitou equipe do município. Entretanto, ainda assim, famílias foram dizimadas após a contaminação pelo vírus da raiva humana.

Já após um ano do surgimento dos primeiros casos, o gestor salientou uma íntima relação do surgimento dos casos com o desmatamento que ocorreram exatamente nas mesmas áreas.

Segundo o coordenador AB que compunha a equipe de controle da doença, a equipe se deparava com crianças lesionadas por morcegos hematófagos. Então, iniciaram a capturaram dos morcegos. Os morcegos recebiam medicação para a eliminação da espécie ou era coletado para exames.

As equipes fizeram trabalho de vigilância de famílias com montagem de telas de proteção, instalação de iluminação. O maior risco se dava as famílias que possuem casas sem paredes (muito comum na área rural da região).

Relatos do gestor afirmaram que há 4 meses não foram mais encontrados morcegos contaminados, entretanto encontrou-se cães com a doença. Não se sabe se os cães demoraram apresentar os sintomas ou se haviam sido recentemente contaminados.

Para além da raiva humana, uma doença que atinge a comunidade de Melgaço e preocupa os gestores em Saúde é a doença de Chagas, devido as estruturas das casas e o alto consumo da fruta açai. Apesar de segundo eles serem realizadas grande fiscalização junto as casas de produção de polpa da fruta chamadas de “batedeiras”. A prefeitura colaborou com a reestruturação desses locais.

No período de 2010 a 2017 os casos mais frequentes de gravidez na adolescência são na faixa etária de 15 a 19 variando de 121 em 2013 a 175 casos em 2015. No mesmo período na faixa etária de 10 a 14 anos o número de casos variou entre 10 em 2015 e 16 em 2010, o maior total de casos notificados em um período de ambas as faixas etárias foi de 2015 com 185 casos.

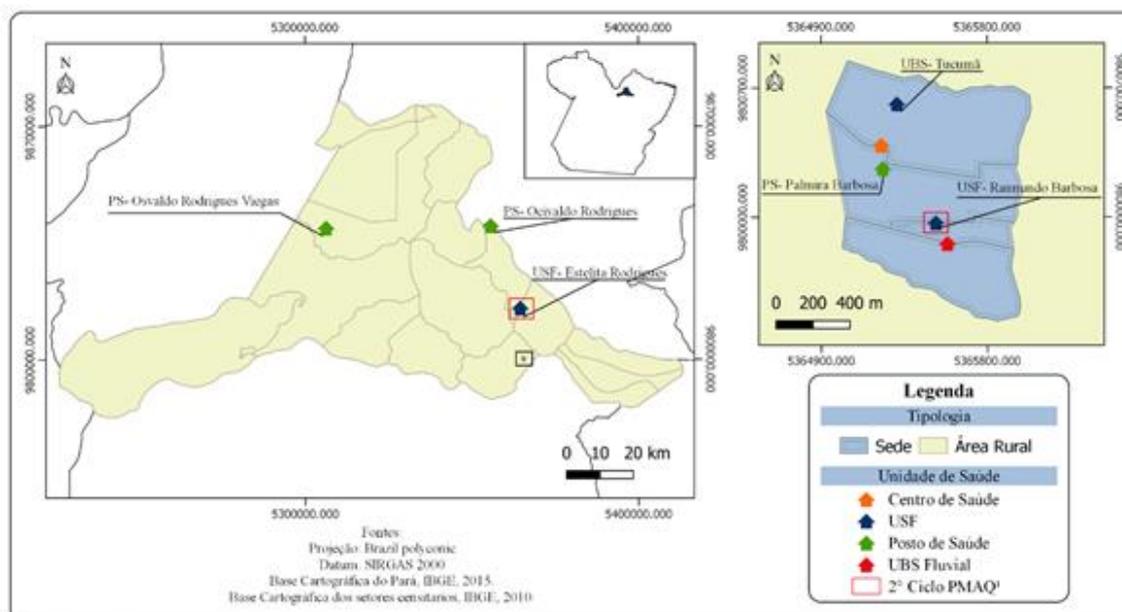
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município dispõe de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) três Estratégias de Saúde da Família (ESF), localizadas na sede do município, e uma ESF rural. Segundo o gestor, possuem 8 postos de saúde de apoio em áreas rurais, alguns destes posto já foram ESFs, hoje estão desabilitadas.

O Município é dividido em Zonas (Norte, Sul, Leste e Oeste/Centro). A ESF Tucumã é responsável pelo atendimento da população da Zona Norte, possui uma equipe de Saúde da Família e não possui consultório odontológico habilitado no programa de Saúde Bucal, mas já possui a estrutura do referido consultório. A zona oeste/centro é atendida na ESF Raimundo Barbosa. Já a ESF Maria Janete/Centro de saúde possui duas equipes de Saúde da Família instaladas em sua estrutura, a equipe Maria Janete que atende a população da Zona Sul e Leste da sede e a eSF Estelita Viegas que atende a população da Zona Rural em Transito.

Na área Rural, duas grandes comunidade são atendidas pela única ESF Rural, a ESF Paricatuba, que também não é habilitada em saúde Bucal, dessa maneira, possui um técnico residente na vila e um médico e enfermeiro que vão e voltam duas vezes na semana para atendimento, conforme relatado pelo enfermeiro coordenador. No período anterior à criação e implementação do PMM o município não tinha médicos cadastrados nas ESFs.

Há ainda 1 Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF - AB); e oito postos de saúde na área rural que possuem uma técnico de enfermagem que residem em casas/alojamentos em anexo as unidades, construídos pela prefeitura. Cada um destes postos possui uma lancha para levar em caso de urgência os pacientes para o atendimento, casos mais graves são socorridos pela ambulância. Além disso os postos de saúde servem como ponto de apoio e parada da Unidade Fluvial.

Mapa 42: Distribuição geográfica das unidades básicas de saúde do município de Melgaço (PA)

¹ Unidades de Saúde que participaram do segundo ciclo do PMAQ

PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; PS: Posto de Saúde; USF: Unidade de Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde

Obs: O posto de Saúde Orlando Amaral e a USF Raimundo das Graças não foram localizados

Quadro 127: Caracterização de equipes de saúde - Melgaço

Tipo	Total	Descrição*	Área*	Ativa
Unidade Mista	1	Hospital Municipal De Melgaco	Urbano	X
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	6	Centro De Saude De Melgaco	Urbano	X
		U S F Raimundo Das Gracas	Rural	
		Unidade Basica De Saude Paricatuba	Rural	X
		Unidade Basica De Saude Tucuma	Urbano	X
		Usf Estelita Rodrigues Viegas	Rural	Localizada na sede/atende população rural
		Usf Raimundo Barbosa Nunes	Urbano	X
Posto de Saúde	4	Posto De Saude Ocivaldo Rodrigues Peixoto	Rural	X
		Posto De Saude Orlando Amaral Correa	Rural	X
		Posto De Saude Oswaldo Rodrigues Viegas	Rural	X
		Posto De Saude Palmira Barbosa	Urbano	X
Unidade Móvel Fluvial	1	Unidade Basica De Saude Fluvial De Melgaco Pa	Rural	X
Centro de Atenção Psicossocial	1	Caps I De Melgaco	Urbano	X
Polo de academia da Saúde	1	Polo Academia Da Saude Mod Ampliada Melgaco Pa	Urbano	X
Vigilância em Saúde	1	Unidade De Vigilancia Em Saude De Melgaco	Urbano	X
Centro de Gestão em Saúde	1	Secretaria Municipal De Saude Melgaco	Urbano	X

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp. Dados de dez/2018

*Dados a serem verificados/ confirmados com o município

Em 2018 havia no município um total de 35 ACS atuando em equipes da estratégia Saúde da Família e equipes Agentes Comunitários de Saúde.

No momento da visita ao município de Melgaço, de acordo com o Coordenador do PACS, o município possui: 61 agentes comunitários de saúde da família atuantes. Parte destes (18) cobrem a população da sede e parte cobrem a área rural. Na sede do município é dividido cerca de 100 famílias pra cada ACS, no entanto na área rural especificidades como as grandes distancias entre as casas dos moradores e difícil acessos as comunidades impossibilitam que cada ACS possua o mesmo quantitativos de pessoas.

Apesar de estarem realizando um processo seletivo para admissão de novos ACSs, no momento todos que estão em atividade possuem vinculo efetivo, admitidos há anos atrás. Dessa forma em casos de abatimento no número de ACSs por conta de aposentadoria ou exonerações, a demanda é novamente dividida entre os que estão em atividade. No momento da pesquisa a gestão estava remapeando e redistribuindo as áreas rurais aos mesmos. Cada ACS tem seu motor rabeta com combustível fornecidos pela prefeitura para realizarem as visitas domiciliares.

Cada setor da saúde do município possui uma pessoa responsável, nomeada como diretor do local, o NASF, as vigilâncias sanitária e epidemiológica, e mesmo as ESFs, cada uma possui um diretor/gerente que não é o enfermeiro. Segundo os gestores esta organização foi definida para priorizar os enfermeiro aos cuidados com os pacientes e as atividades de gerencia das unidades seguirem com maior celeridade.

Quadro 128: Indicadores de recursos em saúde - Melgaço

Indicadores	2010	2018
Transferência fundo a fundo PAB fixo/ano (valor líquido R\$) ⁴	R\$ 414.192,00	R\$ 1.323.477,00
Transferência fundo a fundo PAB variável/ano (valor líquido R\$) ⁴	R\$ 1.538.185,73	R\$ 1.370.848,48
Nº de médicos ³	n/c	12
MEDICO CLINICO	n/c	5
MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	n/c	7
Nº de enfermeiros ³	8	9
Nº de dentistas ³	1	2
Nº de Leitos n ⁴	N/A	16 (0,61*)

Fontes:

1: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def. Acesso em 30/03/2019

2: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/03/2019

3. CNES DATASUS, busca por CBO. Competência: dez/2018

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp. Acesso em 30/03/2019

4. Sala de Apoio a gestão estratégica do SUS - SAGE/SUS. <http://sage.saude.gov.br/> Acesso em 28/03/2019. Valores de PAB referentes a 2017. *Referente a leitos por mil habitantes

Quadro 129: Indicadores de Atenção Básica - Melgaço

Indicadores	2010	2018
População	17.657	26.897
UBS em áreas rurais	N/A	7
UBS na sede	N/A	3
nº Eq ESF ³	7	6
nº ACS em ESF ³	36	23
nº Eq EACS ³	2	1
nº ACS em EACS ³	41	12
Total ACS ³	77	35
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	9	7
NASF ³	1	1
ESF prisional ³	N/A	N/A
ESF Ribeirinha ³	N/A	N/A
ESF Fluvial ³	N/A	N/A
ESF Quilombola ³	N/A	N/A
Eq multiprofissional de Atenção Domiciliar ³	N/A	N/A
Cobertura ESF ⁴	100,00%	89,79%

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: CNES - competências Dez/2010 e Dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 29/03/2019

4: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> - Dez/2010 e Dez/2018. Acesso em 29/03/2019

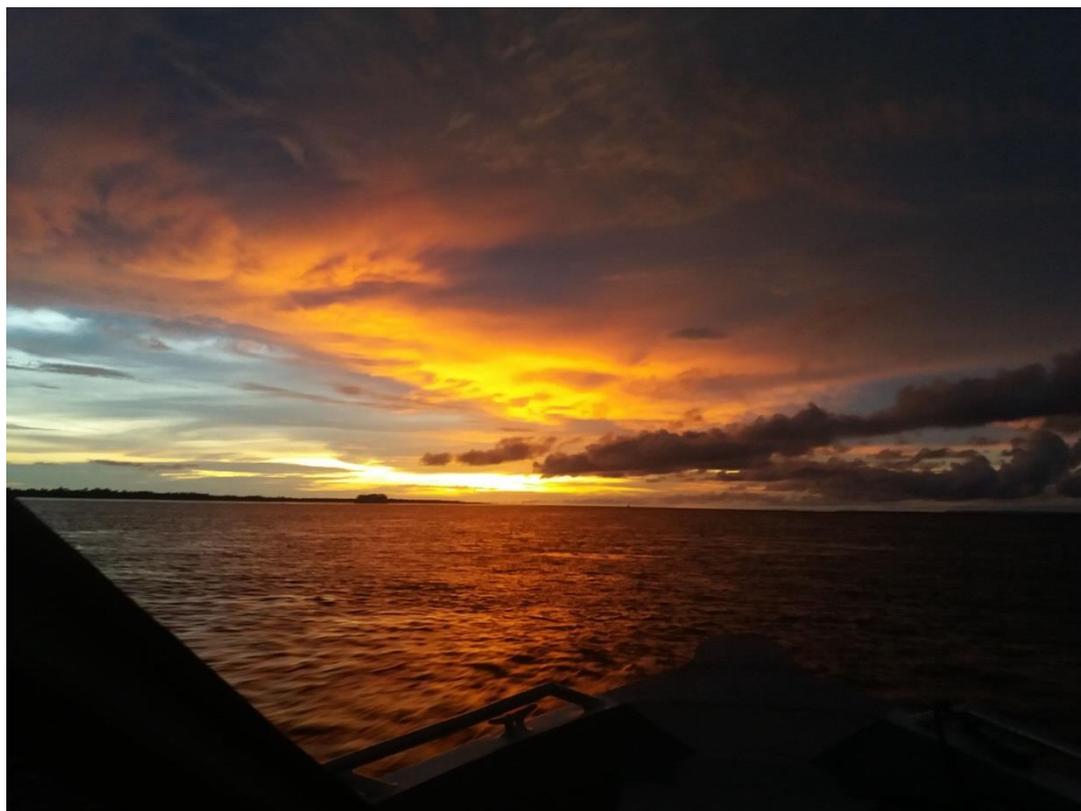
Legenda: ESF=Equipes da Estratégia Saúde da Família; ACS=Agentes comunitários de saúde; EACS=Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; EqSB=Equipes com saúde bucal; NASF=Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica; ESFR=Equipe de estratégia saúde da família ribeirinha; ESFQ=Equipe de saúde da família quilombola/assentamento; EMAD=Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar; CNR=Equipe de consultório na rua;

Com relação aos horários e dias de funcionamento, as mesmas ficam abertas de segunda-feira a sexta-feira de 07h00min às 18h00min. As funções de nível fundamental e médio são desenvolvidas em duas equipes de apoio que trabalham da seguinte forma: a primeira de 07h00min às 13h00min e a segunda 13h00min às 18h00min. A equipe de profissionais da saúde de nível superior realizam suas atividades de 08h às 12h e de 14h às 18h.

Já nas áreas rurais na inexistência de UBS, a população costuma procurar pelo Técnico de enfermagem que realiza cuidados preventivos e paliativos, bem como procede com a primeira avaliação de casos de urgência e diante da necessidade contata as equipes de saúde da sede do município para levar o paciente na embarcação que fica sob sua gerência.

PRAINHA - PA

Fotografia 21: Prainha - PA

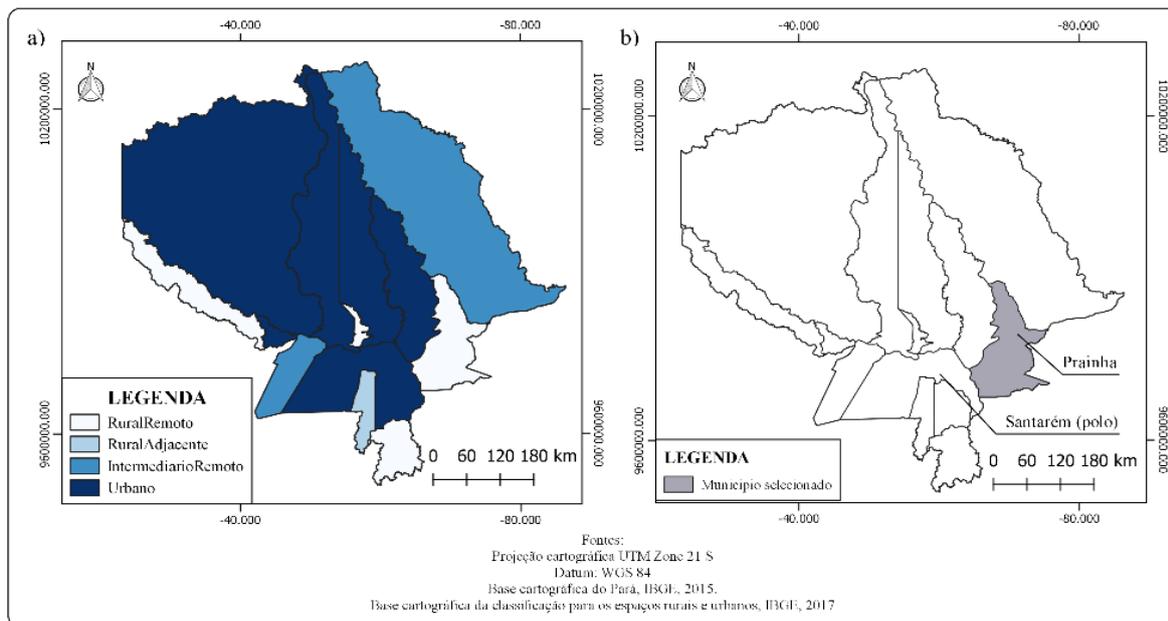


O município de Prainha (PA) compõe o grupo de municípios classificados como Norte águas, região que agrega 45 Municípios Rurais e Remotos (MRR) do Brasil, distribuídos nos estados do Amazonas, Pará, Amapá e Acre, respectivamente com 25, 14, 3, e 3 municípios. No geral, são municípios com população média de 21.002(± 11523). Maués é o município mais populoso, com quase 60.000 habitantes. A densidade populacional média é de 3,32 ($\pm 3,28$) hab/km². As áreas são muito extensas com média de 14.997 (± 17155) km². O PIB médio per capita foi de R\$ 8.5390,0 ($\pm 3157,98$) espelhando um quadro razoavelmente heterogêneo. Quase metade dos municípios é classificada nas faixas de PIB per capita baixa. Os serviços de administração, saúde e educação públicas e seguridade social respondem pela maior parcela do PIB. A faixa de IDHM predominante é a baixa. O percentual médio da população beneficiária do Bolsa Família é de 46,8 ($\pm 17,8$).

Para a amostra da área Norte Águas foram selecionados 7 municípios, dentre os quais 4 encontram-se no estado do Pará, 2 no Amazonas e 1 no Amapá. Especialmente o município de Prainha destaca-se com um alto percentual de população cadastrada no PBF.

O município de Prainha localizado no Oeste/noroeste do Pará, integra a região de saúde do Baixo Amazonas. Dos 14 municípios dessa região, quatro constam como rurais remotos pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017), sendo eles: Prainha, Curuá, Placas e Faro; e um município rural adjacente (Belterra). Santarém é o município pólo dessa região.

Mapa 43: Mapas da regional de saúde do Baixo Amazonas (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa



a) Classificação dos espaços rurais e urbanos na Região de Saúde do Baixo Amazonas-PA; b) Município da Região de Saúde Baixo Amazonas-PA selecionado para o estudo

Quadro 130: Municípios da Região de Saúde do Baixo Amazonas (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)

UF	Município ¹	Classificação IBGE ²	Seleção Amostra ³	Classificação do território na pesquisa ³
PA	Alenquer	Urbano	Não	-
PA	Almeirim	Intermediário Remoto	Não	-
PA	Belterra	Rural Adjacente	Não	Misto Norte/Estrada/Águas
PA	<i>Curuá</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>	<i>Norte/Águas</i>
PA	Faro	Rural Remoto	Não	Norte/Águas
PA	Jurutí	Intermediário Remoto	Não	-
PA	Mojuí dos Campos	N/A	Não	-
PA	Monte Alegre	Urbano	Não	-
PA	Óbidos	Urbano	Não	-
PA	Oriximiná	Urbano	Não	-
PA	Placas	Rural Remoto	Não	Norte/Estrada
PA	<i>Prainha</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>	<i>Norte/Águas</i>
PA	Santarém	Urbano - SEDE CIR	Não	-
PA	Terra Santa	Urbano	Não	-

Fonte:

¹Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/03/2019.

²IBGE:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm. Acesso em 15/03/2019

³Dados da pesquisa

O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo no município de Prainha foi realizado nos dias 15 a 17 de maio de 2019. No dia 15/05/2019 às 06h00min os quatro pesquisadores deslocaram-se do

município de Santarém para o município de Prainha, por via fluvial, com lancha da Viação Tapajós, e chegando no município às 10h00min. Às 10h30min os pesquisadores foram recepcionados pelo Secretário Municipal de Saúde. Realizadas as devidas apresentações, os pesquisadores apresentaram a pesquisa, salientando os objetivos e sanando possíveis dúvidas que ficaram na leitura do material da pesquisa que havia sido enviado previamente por e-mail para os gestores municipais.

Após as devidas considerações, os pesquisadores dividiram-se em duplas para entrevistar os gestores municipais: Secretário Municipal de Saúde e Coordenadora da Atenção Básica. Estas entrevistas tiveram duração de aproximadamente 3h30min. Ao término da entrevista, às 14h30min, foram acordados os últimos encaminhamentos logísticos de transporte, horários de entrevistas e UBS a serem visitadas.

Ficou acordado que no restante da tarde seria realizada a visita e entrevistas dos profissionais e usuários da Unidade Básica de Saúde São Sebastião, localizada na sede do município e no dia seguinte seria feito o deslocamento e a realização das entrevistas para pesquisa na Unidade Básica de Saúde do Jatuarana, localizada na zona rural. Segundo o informado ambas as equipes já estavam cientes da pesquisa e já haviam mobilizado os usuários referentes aos agravos e condições traçadores (hipertensão, câncer de colo de útero e pré-natal/parto/puerpério), com base nos critérios orientados previamente pelos pesquisadores.

Às 16h00min a equipe de campo chegou a Unidade Básica de Saúde de São Sebastião (sede) e pela inviabilidade de conversar com a médica e enfermeira naquele momento, a agente comunitária de saúde, apresentou a estrutura da unidade e fluxo de atendimento, além disso, auxiliou na mobilização dos usuários para participarem da pesquisa.

Nesta tarde foram entrevistados: uma usuária em tratamento de hipertensão arterial e a agente comunitária de saúde. Os pesquisadores se dividiram em dois subgrupos para realizar estas entrevistas, que duraram entre 1 e 2 horas.

Após as entrevistas, os pesquisadores traçaram estratégias junto à agente comunitária de saúde e à enfermeira para a realização da entrevista com os demais sujeitos que não estavam disponíveis no momento da visita (médica, enfermeira, uma usuária que tenha realizado o acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério na unidade e uma usuária com lesão precursora do câncer de colo de útero). Ficou definido que seriam realizadas as entrevistas pendentes no dia 17/05/2019, de manhã e haveria também possibilidade de realizar coleta dados com um agente comunitário de saúde de EACS, na Secretaria Municipal de Saúde, no dia 17/05/2019.

No dia 16/05/2019, às 07h30min foi realizado o deslocamento para Unidade Básica de Saúde de Jatuarana, localizada na zona rural do município com caminhonete com tração

nas quatro rodas, e motorista experiente cedido pela SMS. O deslocamento foi pela PA-254, estrada de terra em péssimas condições devido ao período de intensas chuvas na região. Para percorrer cerca de 37 quilômetros de distância da sede do município até a unidade de saúde demorou uma hora e trinta minutos. Às 9h00min a equipe de pesquisadores foi recepcionada pelos funcionários da unidade básica de saúde; que, em um primeiro momento, explicaram a pesquisa e sanaram possíveis dúvidas e após isso, foram conduzidos pelo técnico de enfermagem para conhecer a estrutura da unidade de saúde.

Às 09h30min foram iniciadas as entrevistas, com os pesquisadores se dividindo para realizar as mesmas. Apesar de todos os sujeitos da pesquisa estarem presentes, a UBS estava esvaziada no momento de nossa chegada. Foram priorizados os usuários com menor disponibilidade de horário. Conforme foram se encerrando as entrevistas e dada a oportunidade e disponibilidade do técnico de enfermagem, médico e da enfermeira, foram realizados vídeos pílulas sobre o processo de trabalho da equipe de saúde da unidade e a particularidades da atenção e da população da zona rural.

Às 14h30min se encerraram as entrevistas e a equipe de campo retornou à sede do município, sob chuva intensa e lamaçal, com duração de mais de duas horas para o trajeto. A estrada que na ida, apresentava má condições, piorou muito na volta, com as chuvas. A chegada na sede ocorreu por volta das 17h00min.

No dia 17/05/2019, às 7h30min os pesquisadores deslocaram-se de táxi para a Unidade Básica de Saúde São Sebastião, com início das entrevistas às 8h10min. Conforme acordado, as usuárias haviam sido mobilizadas pela agente comunitária de saúde, possibilitando a realização das entrevistas. Nesse primeiro momento da manhã, os pesquisadores se dividiram em subgrupos para a realização das entrevistas com as usuárias.

Após as entrevistas com as usuárias, enquanto a médica e enfermeira estavam ocupadas em consultas, foi realizada um roda de conversa com quatro agentes comunitários de saúde que se dispuseram a conversar com os pesquisadores, momento esse que começou às 9h00min. Enquanto isso, após o contato da Coordenadora da Atenção Básica, houve o deslocamento de um dos pesquisadores para a sede da Secretária Municipal de Saúde para realizar a entrevista do agente comunitário de saúde da EACS que se iniciou às 9h46min, com término às 12h30min.

As entrevistas com enfermeira e médica ocorreram por volta das 10h15min e terminaram às 13 h00. Após isso, a equipe se deslocou para a Secretaria Municipal de Saúde para as últimas considerações e gravação do vídeo pílula com o Secretário Municipal de Saúde. O retorno para Santarém iniciou às 20h15min, por via fluvial de barco, rio Amazonas acima, com duração de cerca de quinze horas com chegada às 11h30min do

dia 18/05/2019. Importante destacar que a única forma de se chegar ao município de Prainha é por meio de transporte fluvial (barco de rede ou lancha).

No município de Prainha (PA), foram realizadas no total 15 entrevistas. A única intercorrência é que, das duas mulheres entrevistadas de CCU, apenas uma apresentava lesão precursora. A outra usuária, teve sua entrevista realizada apenas sobre o aspecto do preventivo.

CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O município de Prainha, situado às margens do rio Amazonas, fundado em 1935, apresenta uma área de grande extensão territorial e baixa densidade demográfica. Sua população é dividida e distribuída nas duas margens do rio Amazonas: margem direita do município com 18.636 pessoas e a esquerda com 10.713, totalizando uma população de 29.349 pessoas. Sua população é predominantemente rural (69,5% da população - 2010).

Quadro 131: Indicadores demográficos - Município Prainha (PA)

Ano de criação do município ¹	1935		
Área territorial (km ²) ¹	12655,9 km ²		
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²	1,98 hab/km ²		
Populações tradicionais predominantes ^{3*}	Ribeirinhas, pescadores ³ , agricultores de subsistência*, trabalhadores em fazenda de agropecuária*		
Indicadores	2000	2010	2018
População total	29891 ¹	29349 ¹	29886 ²
População urbana ¹ n (%)	7149 (23,9%)	8959 (30,5%)	-
População rural ¹ n (%)	22742 (75,1%)	20390 (69,5%)	-
IDHM ¹	0,361	0,523	-
Classificação IDHM ¹	Muito baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	3,2	2,4	-
% de população menor de 15 anos ¹	46,6	39,7	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	2,6	3,9	-

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: Banco de dados ciclo 2, PMAQ-AB.

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

*Dado primário da visita ao município

População Urbana: cerca de 30% da população reside na sede. A sede, localizada na margem esquerda do Rio Amazonas tem sua área contida por cercas de fazendas de agropecuária. Observa-se migração da população rural para a sede, contudo, há limitações de crescimento da área urbana pelo cercamento das fazendas, com maior concentração de população no entorno da sede.

População Rural: Também denominada população da colônia distribuída em “ramais” ou vias “vicinais”, organizada em vilas espaçadas, com comunidades de pequenos grupos de famílias. A agricultura de colônia é com base na agropecuária e agricultura de subsistência, tendo como uma importante fonte de renda, a produção tradicional de farinha de mandioca. A produção agropecuária é uma das fontes de renda com trabalhadores “avulsos” e “diaristas” em fazendas de agropecuária ou proprietários de pequenos rebanhos.

Inicia-se também a produção agrícola com grande propriedade privada de produção de arroz, acompanhada pelo uso de agrotóxicos no município, até então pouco difundido.

População Ribeirinha: Comunidades que vivem na margem direita do rio Amazonas, margem oposta à localização da sede do município. A pesca é o principal meio de subsistência, existindo no município uma colônia de pescadores artesanais Z-31 que organiza os benefícios do seguro defeso.

Outra importante fonte de renda é a produção de farinha de piracuí (farinha artesanal do peixe acari), base alimentar, inicialmente utilizada pelos indígenas e difundida para toda a população como fonte de proteína. Há uma iniciativa do SEBRAE para avaliar a possibilidade de constituir o piracuí como “indicação geográfica” no estado do Pará, sendo Prainha um pólo produtor: “Prainha, capital do Piracuí”.

População quilombola: Constituem poucas famílias no município, com atendimentos esporádicos nas unidades de saúde que vivem em localidades rurais distantes.

Os indicadores sociais apresentados na Quadro 3 mostram uma evolução positiva entre os censos de 2000 e 2010. Não obstante permanece uma situação de intensa vulnerabilidade social com 42% da população em extrema pobreza, e estimativa de aproximadamente 85% de população beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF), além de um baixo percentual de população com acesso a saneamento básico.

Predomina o trabalho informal, com baixíssima remuneração, com relatos de diárias de trabalho doméstico por R\$20,00/30,00 na sede e R\$50,00/60,00 por diária de trabalho na fazenda agropecuária.

Quadro 132: Indicadores Sociais - Município Prainha (PA)

Indicadores	2000	2010
Renda familiar per capita mensal* ¹	121,01	193,32
% população extremamente pobre** ¹	49,6	42,5
% de população beneficiária do PBF*** ³	N/A	84,7
% de beneficiários por plano de saúde ⁴	0,18	0,19
Índice de Gini ¹	0,575	0,682
Taxa de analfabetismo (em maiores de 15 anos) ¹	25,5	17,4
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	33,5	27,1
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	4,3	24,5

% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	4,1	16,0
% da população em domicílios com água encanada ¹	12,2	62,9
% de população em domicílios com acesso a esgotamento sanitário ^{****3}	N/A	4,5
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	41,7	63,4
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	18,3	50,9

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 .

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 24/03/2019

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>. Acesso em 24/03/2019

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014. Acesso em 31/03/2019

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def. Acesso em 30/03/2019.

Na sede do município, o abastecimento de água é realizado de três formas: microssistemas da COSAMPA sem tratamento, poços artesianos privados com venda de água para a população do entorno e poços individuais ou coleta direta na fonte ou rio.

Nos povoados rurais, há microssistemas compostos por um poço artesiano, bomba, gerador, caixa da água. A distribuição e gerenciamento são feitos pela própria comunidade e a canalização e distribuição é feita pelos próprios moradores. São utilizados também poços individuais. Além disso, há o uso direto da fonte. Para as populações ribeirinhas foram instaladas em quatro comunidades o sistema SALTA Z, Solução alternativa coletiva simplificada de tratamento de água para consumo humano, iniciativa da FUNASA, em que a água é coletada do rio e tratada para distribuição e consumo da população ribeirinha. Esse novo sistema, com tratamento de água mostrou resultados positivos na saúde da população ribeirinha, com redução de gastroenterites segundo o secretário municipal de saúde.

A coleta de lixo é quase inexistente na sede do município, com apenas um caminhão de coleta da prefeitura. Em geral, o lixo é queimado ou acumulado nos “lixões”. Na área rural, não há qualquer coleta.

Nas duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) visitadas observou-se que o total de famílias acompanhadas na sede é superior às acompanhadas na zona rural: 926 na UBS sede e 513 na UBS rural (Tabelas 1 e 2). Em relação ao Bolsa Família se observa, a partir de quadros do perfil epidemiológico afixados nas paredes das UBSs visitadas, que a grande maioria das famílias cadastradas na sede (80%) e na zona rural (64%) fazem parte e são acompanhadas pelo Bolsa Família.

Tabela 35: Beneficiários do bolsa família segundo perfil epidemiológico da ESF São Sebastião, município de Prainha, 2019

ACS Micro área	Área1	Área2	Área3	Área4	Área5	Área6	Área7	Total
Total de famílias	66	155	181	141	115	103	165	926
Bolsa família	53	145	118	102	80	83	158	739

Fonte: Placar da UBS São Sebastião, em maio.2019

Tabela 36: Beneficiários do bolsa família segundo perfil epidemiológico da ESF Jatuarana, município de Prainha, 2019

ACS Micro área	Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5	Área 6	Área 7	Área 8	Área 9	Total
Total de famílias	85	135	52	38	28	55	13	37	70	513
Bolsa Família	48	100	35	22	19	25	14	21	44	328
Planejamento Familiar	9	23	1	4	5	3	6	0	25	76

Fonte: Placar da UBS Jatuarana, em maio.2019

INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores sanitários do município de Prainha/PA demonstram que entre os anos de 2000 a 2016 ocorreu aumento no número de óbitos infantis e redução de 32% na mortalidade por causas mal definidas. Com relação as principais causas de morte no ano de 2016, segundo dados do Datasus estão: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas de morbidade e mortalidade. Foi relatado um óbito por câncer de colo de no ano de 2010 no município.

Dentre questões sociais e de saúde, foram relatados pelos profissionais um alto índice de gravidez na adolescência, assim como a necessidade de promover ações de educação em saúde que fortaleçam a utilização de contraceptivos. Geralmente são gestantes em que a família tem dificuldades financeiras e os bebês apresentam condição subnutricional. Dados do DATASUS mostram um aumento de nascidos vivos em mães na faixa de 10 a 19 anos, do mesmo modo que aumento percentual de 51,6% no número de nascidos vivos com peso até 2499g.

Quadro 133: Indicadores sanitários - Município Prainha (PA)

		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		65,36	71,76	-
Nº de óbitos maternos ³		-	1	1
Mortalidade infantil ³	nº de óbitos neonatal (0 a 27 dias)	3	8	11
	nº de óbitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	3	3	4
	nº de óbitos total em menores de 1 ano	6	11	15

Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	22,7 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	40,2 (Doenças do aparelho circulatório)	29,6 (Doenças do aparelho circulatório)
	2ª principal causa de morte	18,2 (Doenças do aparelho circulatório)	14,6 (Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais)	16,3 (Neoplasias)
	3ª principal causa de morte	13,6 (Algumas doenças infecciosas e parasitárias)	13,4 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	15,3 (Causas externas de morbidade e mortalidade)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		37,1	6,8	11,7
Nº de óbitos por câncer de colo de útero ³		-	1	-
Nº de nascidos vivos em mães na faixa de etária de 10 a 19 anos		174	257	241
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g		16	19	31
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%) ^{3***}		-	-	51,83
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ^{3***}		-	24,79	13,62
Cobertura vacinal Tríplice Viral D1 (%) ^{3***}		72,68	141,81	89,61
Cobertura vacinal Tríplice Viral D2 (%) ^{3***}		-	-	58,85
Nº de partos domiciliares ³		2	3	4
Nº de casos de sífilis congênita ^{3***}		-	-	2
% ICSAB Pará ³				40,8

¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

²:<https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

³:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por grupo de causa definidas/ nº total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por causas mal definidas/ nº total de obitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018

A cobertura vacinal no município é baixa. Dados disponibilizados pela Regional de Saúde mostram período de 2010 a 2019 variação na cobertura vacinal da Tríplice viral (sarampo, rubéola, caxumba) e redução na cobertura a partir de 2015, tanto na região de saúde quanto no município de Prainha.

No município, desde o final de 2018, foi observado surto de sarampo foram confirmados cerca de 30 casos de sarampo, na maior parte em adultos e jovens. Foi realizado o bloqueio com vacinação de mais de 7000 pessoas e na data da visita, faziam cerca de 20 dias que nenhum caso era registrado, o que, na opinião do gestor municipal, indicava que o surto havia sido debelado. A investigação epidemiológica identificou como

o caso zero, dois estudantes vindos do estado do Amazonas. Não foi relatado pelos entrevistados, falta de vacina tríplice viral em períodos recentes.

No período de 2010 a 2017 os casos mais frequentes de gravidez na adolescência são na faixa etária de 15 a 19 variando de 211 em 2014 a 236 em 2017. No mesmo período na faixa etária de 10 a 14 anos o número de casos variou entre 9 em 2015 e 21 em 2013, o maior total de casos notificados em um período de ambas as faixas etárias foi de 2010 com 257.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município dispõe de 6 UBS com equipes de saúde da família, sendo 1 localizada na sede e 5 em áreas rurais. Além disso, possui 6 postos de saúde de apoio, nos quais atua apenas 1 técnico de enfermagem.

Até o Programa Mais Médicos (PMM) havia apenas um médico de AB que visitava as UBS esporadicamente e recebia salário elevado. O município praticamente não tinha médicos até chegarem os médicos do PMM, o que pode ser observado pelos dados do CNES, de 2010 (Quadro 6), que mostra inexistência de médicos cadastrados. A partir do final de 2015, foram alocados 6 médicos do PMM nas equipes de ESF do município. Destes, 4 eram médicos cubanos que atuaram nas UBS rurais mais distantes e que saíram em novembro de 2018, com a quebra do convênio cubano. O município se manteve sem 4 médicos na atenção básica durante o período de 5 meses (até abril de 2019). Contabilizando os médicos da Unidade Mista 24horas (2 cirurgiões gerais), o município totaliza 8 médicos. Para atrair médicos para a unidade mista se paga elevados salários, estando atualmente contratados dois cirurgiões gerais, em que cada um trabalha 15 dias seguidos, e recebem R\$2.800,0 por plantão de 24 horas, totalizando R\$35.000,00, segundo informações dos gerentes locais.

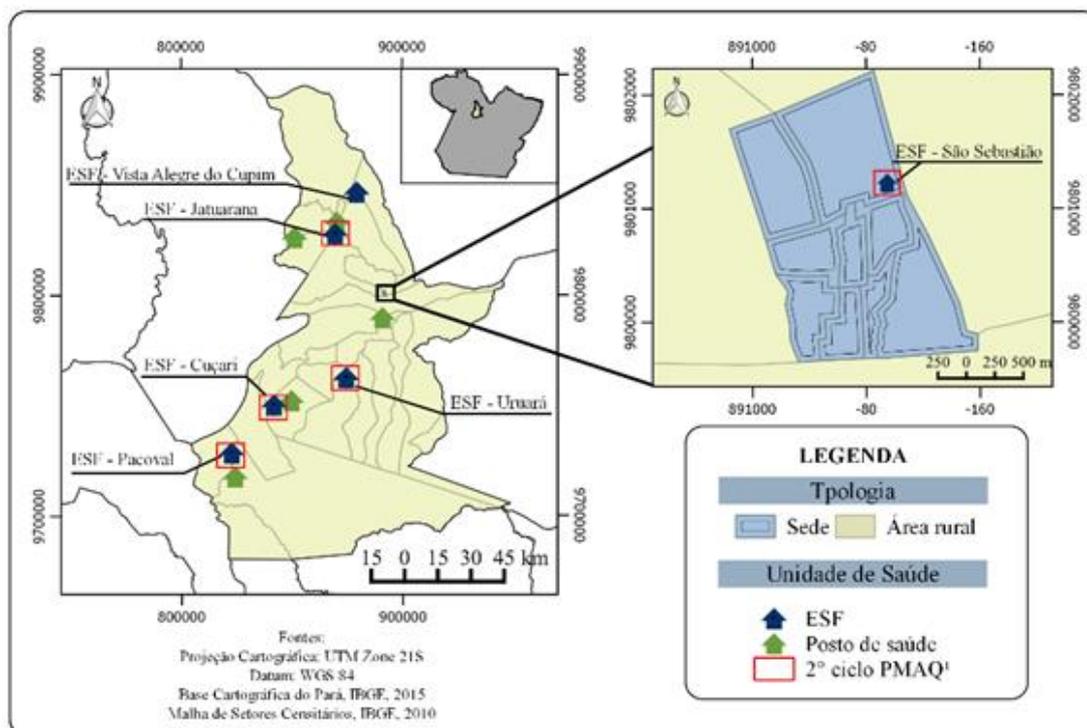
O município conta com equipes de ESF, postos de saúde e equipes de EACS, com uma cobertura da ESF de cerca de 70% da população em 2018. Há populações descobertas, seja na sede (áreas de planalto) ou em territórios remotos (por exemplo áreas de várzea).

Cada uma das seis UBS possui uma equipe de ESF, sendo 4 equipes cobertas com saúde bucal (2 equipes SB no município, cada uma responsável por duas equipes ESF). Não há apoio de NASF ou CAPS. As equipes são compostas por médico PMM, enfermeiro, técnicos de enfermagem, 4-6 ACS. A UBS conta ainda com assistente administrativo, vigias e motorista, no caso das UBS rurais.

Os postos de saúde, num total de 6 ativos, se constituem como uma estrutura de apoio para pequenos procedimentos realizados por um técnico de enfermagem que reside no local e se comunica com uma UBS de referência.

As duas equipes EACS com um total de 34 ACS, atuam na sede e cobrem a população do entorno, sendo os ACS supervisionados pela enfermeira da UBS da sede e pela enfermeira coordenadora de AB. No município como um todo, há 88 ACS cadastrados.

Mapa 44: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município de Prainha - PA



¹Unidades de Saúde que participaram do segundo ciclo do PMAQ

ESF: Estratégia de saúde da família PMAQ: Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica

OBS: Posto de Saúde de Aparecida, Posto de Saúde Tamatai e Posto de Saúde Guajará não foram localizados

Quadro 134: Indicadores de recursos humanos em saúde - Município de Prainha/PA

Indicadores	2010	2016
Nº de médicos³	0	9
Cadastro como cirurgião geral	0	3
Cadastro como clínico	0	4
Cadastro como médico ESF	0	4
Cadastro como ginecologista e obstetra	0	3
Cadastro como oftalmologista	0	1
Cadastro como pediatra	0	3
Nº de enfermeiros³	6	21
Nº de dentistas³	1	4
Nº de Leitos n⁴	N/A	20

Fonte: 3. CNES DATASUS, busca por CBO. Competência: dez/2018

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp. Acesso em 30/03/2019

Quadro 135: Indicadores de Atenção Básica - Município Prainha (PA), 2007, 2010, 2018

Indicadores	2007	2010	2018
População	29.891 ¹	29.349 ¹	29.886 ²
UBS/ESF/PS em áreas rurais	-	-	12
UBS/ESF na sede	-	-	1
nº Eq ESF ³	1	5	6
nº ACS em ESF ³	12	48	54
nº Eq EACS ³	2	2	2
nº ACS em EACS ³	58	33	34
Total ACS ³	70	81	88
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	0	0	4

O município dispõe de 6 UBS com equipes de saúde da família, sendo 1 localizada na sede e 5 em áreas rurais. Além disso, possui 6 postos de saúde de apoio, nos quais atua apenas 1 técnico de enfermagem.

O município conta com equipes de ESF, postos de saúde e equipes de EACS, com uma cobertura da ESF de cerca de 70% da população em 2018. Há populações descobertas, seja na sede (áreas de planalto) ou em territórios remotos (por exemplo áreas de várzea).

Cada uma das seis UBS possui uma equipe de ESF, sendo 4 equipes cobertas com saúde bucal (2 equipes SB no município, cada uma responsável por duas equipes ESF). Não há apoio de NASF ou CAPS. As equipes são compostas por médico PMM, enfermeiro, técnicos de enfermagem, 4-6 ACS. A UBS conta ainda com assistente administrativo, vigias e motorista, no caso das UBS rurais.

Os postos de saúde, num total de 6 ativos, se constituem como uma estrutura de apoio para pequenos procedimentos realizados por um técnico de enfermagem que reside no local e se comunica com uma UBS de referência.

As duas equipes EACS com um total de 34 ACS, atuam na sede e cobrem a população do entorno, sendo os ACS supervisionados pela enfermeira da UBS da sede e pela enfermeira coordenadora de AB. No município como um todo, há 88 ACS cadastrados.

Com relação aos horários e dias de funcionamento, as UBS da sede funcionam 8 horas por dia, de segunda a sexta, enquanto as UBS rurais funcionam das 07 às 19 horas e posterior a esse horário seguem o esquema de sobreaviso com o técnico de enfermagem.

BOA VISTA DO RAMOS - AM

Fotografia 22: Boa Vista do Ramos - AM



O município de Boa Vista do Ramos (AM) compõe o grupo de municípios rurais remotos (MRR) da pesquisa classificados como Norte águas, região que agrega 45 MRR do Brasil, distribuídos nos estados do Amazonas (25), Pará (14), Amapá (3) e Acre (3). Em geral, municípios do Norte águas são aqueles com população média de 21.002 (± 11523), sendo Maués (AM), o município mais populoso, com quase 60.000 habitantes. A densidade populacional média desse grupo é de 3,32 ($\pm 3,28$) hab/km², com áreas muito extensas (média de 14.997km²). O PIB médio per capita foi de R\$ 8.5390,0 ($\pm 3157,98$) espelhando um quadro razoavelmente heterogêneo. Quase metade dos municípios norte águas é classificado nas faixas de PIB per capita baixa. Os serviços de administração, saúde pública, educação pública e seguridade social respondem pela maior parcela do PIB. A faixa de IDHM predominante é a baixa. O percentual médio da população beneficiária do Bolsa Família é de 46,8 ($\pm 17,8$).

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

O município de Boa Vista do Ramos localizado no Leste do Amazonas, integra a região de saúde do Baixo Amazonas (AM), uma região de cinco municípios composta quase exclusivamente por MRR, com exceção do município pólo - Parintins. É classificado na pesquisa como um município Norte Águas, do tipo médio, ou seja, que converge com as

características desse tipo de município: baixa densidade demográfica, baixo IDH e população até 20.000 habitantes, além de fortemente influenciado pela dinâmica dos rios.

Quadro 136: Região de Saúde do Baixo Amazonas (AM)

UF	Município ¹	Classificação IBGE ¹	Seleção Amostra ²	Classificação Rural ²
AM	Barreirinha	Rural Remoto	Não	Norte águas
AM	Boa Vista dos Ramos	Rural Remoto	SIM	Norte águas
AM	Maués	Rural Remoto	SIM	Norte águas
AM	Nhamundá	Rural Remoto	Não	Norte águas
AM	<i>Parintins</i>	<i>Urbano - REGIONAL</i>	Não	

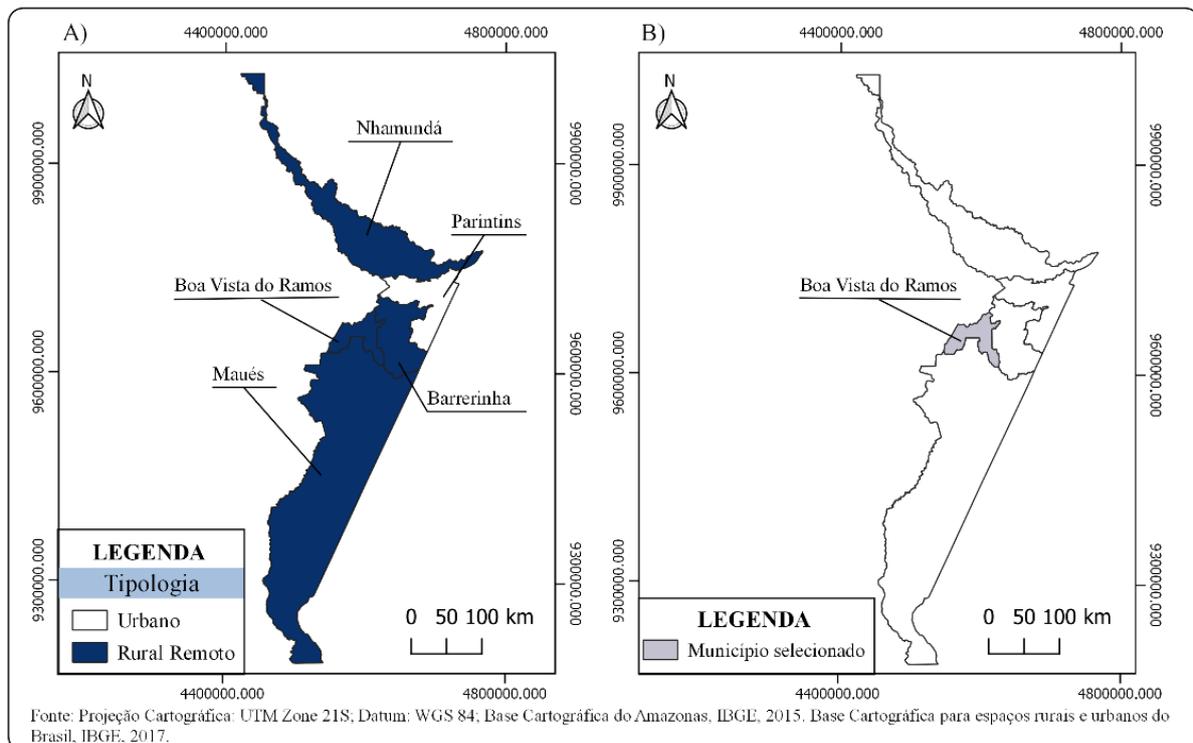
Fonte:

1IBGE:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm

2Dados da pesquisa

Mapa 45: Mapas da regional de saúde do Baixo Amazonas (AM), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa



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

O TRABALHO DE CAMPO

No dia 16.09.2019 houve o deslocamento de Santarém para Parintins dos pesquisadores através de Ferry Boat, uma embarcação de grande porte que é usada para transporte de passageiros e de carga, que estava com o horário de saída programada para às 12h:00, no entanto devido a quantidade de carga a ser despachada em Santarém houve o atraso de mais de duas horas, saindo às 14:44. A chegada em Parintins ocorreu, após 16

horas de deslocamento, às 07:40 do dia 17.09.2019. Os pesquisadores se deslocaram de táxi para o hotel, previamente reservado, após isso prosseguiram para a sede Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Parintins, para realizar a entrevista, às 11:00, com o gestor regional de saúde, também agendada previamente junto com o mesmo. É importante ressaltar o local onde está a SMS também é onde se localiza o hospital regional e o centro psicossocial do município.

Na SMS os pesquisadores foram informados pelos servidores que o secretário de saúde não estava presente, sendo direcionados a falar com o subsecretário municipal de saúde, que se dispôs a participar da pesquisa, após a conversa sobre a finalidade e importância da pesquisa na região. A entrevista se encerrou às 13:42, horário local, até esse horário o secretário de saúde não havia retornado as mensagens ou ligações dos pesquisadores ou funcionários da Secretária Municipal de Saúde.

Com o objetivo de realizar a entrevista com o gestor regional, os pesquisadores retornaram a SMS às 15:30, e apesar do secretário estar dessa vez no estabelecimento, não foi possível falar com o mesmo até às 16:25, que por um breve momento houve a conversa com o gestor sobre a pesquisa e o mesmo concordou em participar. Mas diante do horário e da necessidade de deslocamento para outro município foco da pesquisa, cujo o único barco do dia sairia às 17:00, a entrevista foi remarcada no retorno da viagem de Boa Vista do Ramos, pela parte da manhã. Às 17:01 houve o deslocamento dos pesquisadores de barco de pequeno porte para o município de Boa Vista do Ramos (BVR), que durou 11 horas, com a chegada ocorrendo às 04:30 do dia 18.09.2019. Às 08:50 o micro-ônibus da SMS de BVR, buscou os pesquisadores para a entrevista com a gestora municipal, o que ocorreu devido ao prévio planejamento acordado junto as gestoras municipais. A entrevista da gestora municipal terminou por volta das 14:00, sendo acordado junto às gestoras e os pesquisadores como seria o deslocamento para unidade básica de saúde localizada na zona rural: através de uma pequena embarcação com saída às 07:00 do dia seguinte. Tanto a embarcação quanto o condutor ficaram por conta da secretaria providenciar, enquanto os pesquisadores contribuíram com o combustível para o transporte.

Após isso, às 15:00, houve a ida dos pesquisadores a unidade básica de saúde localizada na sede, junto da coordenadora da atenção básica, para realizar as entrevistas com os usuários dos três traçadores e três profissionais de saúde atuantes na unidade de saúde. Considerando que tanto os profissionais quanto os usuários já haviam sido mobilizados pelas gestoras, as entrevistas terminaram às 19:00.

No dia 19.09.2019 às 07:10 houve o deslocamento dos gestores para a unidade de saúde na zona rural, acompanhados da coordenadora da atenção básica. A viagem demorou uma hora de lancha, e por ser época de cheia levou pouco tempo de

deslocamento, com chegada às 08:00, em que foram realizadas entrevistas com três traçadores e com três profissionais, com as entrevistas terminando por volta das 13:10. Diferente da sede por haver apenas uma equipe nessa unidade, o fluxo de atendimento foi algo que teve de ser administrado junto aos profissionais. Quanto aos usuários houve maiores dificuldades de contatá-los a vir para a unidade, e o retorno ocorreu às 15:00 para BVR, devido previsão de chuva. Após isso foi realizada a entrevista da coordenadora da atenção básica, que havia sido iniciada na unidade básica da zona rural.

Os pesquisadores se deslocaram de barco de Boa Vista do Ramos para Parintins às 22:00, com seis horas de viagem, chegando a Parintins às 07:00 do dia 20.09.2019. Às 08:00 houve o deslocamento para a SMS de Parintins para a entrevista com o secretário municipal, que mais uma vez não estava no estabelecimento, sendo realizada a entrevista com a coordenadora da atenção básica da zona rural que terminou por volta das 12:40. Às 05:00 do dia 21.09.2019, houve a ida dos pesquisadores através de embarcação de Parintins para Santarém, com translado de 11 horas, com chegada às 17:40.

Foram realizadas no município, o total de 14 entrevistas, sendo 2 gestores municipais, 2 enfermeiros, 2 médicos, 2 ACS, 2 usuários PPP, 2 usuários HAS e 2 usuários CCU. E mais 2 entrevistas com gestores regionais, em Parintins.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O município de Boa Vista do Ramos, é jovem, desmembrado de Maués em 1982, localizado na região do Baixo Amazonas, às margens do rio Ramos. Possui 18483 pessoas, com cerca de 50% de população em territórios rurais, 50% em territórios urbanos e conta com cerca de 47 comunidades, em sua maioria ribeirinhas e pescadoras. Dessas, cerca de 13000 pessoas estão cadastradas na atenção básica e o restante, em processo de atualização de cadastro. Há um núcleo de cerca de 500 pessoas que está em processo de reconhecimento como etnia indígena pela FUNAI (etnogênese - etnia sateré mawé), reivindicando a identidade rani (registro administrativo de nascimento indígena). Na área rural, a população é, em sua maioria, trabalhadores da agricultura e pescadores, e na área urbana, funcionários públicos e comerciantes, havendo muitos beneficiários do Programa bolsa família.

O saneamento básico na área urbana é feita por meio de poços artesianos sem tratamento com canalização e na área rural, a água é bombeada diretamente do rio para caixa d'água e distribuída para a comunidade sem tratamento. Apenas 36,65% A população é estimulada a usar hipoclorito. Há coleta de lixo na área urbana, sem destino adequado (lixão). Já na área rural, o lixo comumente é queimado (inclusive lixo hospitalar), enterrado ou jogado no rio. O SAAE é responsável pelo abastecimento na área urbana. As condições

climáticas na Amazônia se alternam entre período das chuvas (cheia do rio) e secas (vazante do rio). No período das cheias, algumas populações como pequenos pecuaristas, se deslocam com gado para outras áreas, e o deslocamento entre comunidades e área urbana é facilitado através dos rios. Já no período das secas, algumas comunidades ficam isoladas, com dificuldade de acesso, chegando ao extremo de se deslocar por longas distâncias a pé, “arrastando a embarcação rabeta” e observa-se certas sazonalidades nos agravos de saúde. Quando o rio seca, são comuns as diarreias, parasitoses e doenças de pele; e no tempo das chuvas/cheia, são comuns as infecções respiratórias agudas.

Quadro 137: Indicadores Demográficos - Boa Vista dos Ramos (AM)

Ano de criação do município ¹	1982		
Área territorial (km ²) ¹		2.587 km ²	
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²		7,14 hab/ km ²	
Populações tradicionais predominantes*	Pescadores, ribeirinhos e indígenas		
Indicadores	2000	2010	2018
População total ¹	10.482	14.979	18.483
População urbana ¹ n(%)	5.017 (47,8%)	7.550 (50,4%)	
População rural ¹ n(%)	5.465 (52,2%)	7.429 (49,6%)	
IDHM ¹	0,372	0,565	-
Classificação IDHM ¹	Muito Baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	2,97	2,52	-
% de população menor de 15 anos ¹	46,28	41,44	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	3,92	4,06	-

Legenda: R=ribeirinhos; P=pescadores; Q=quilombolas; I=indígenas; E=extrativistas; A=assentados

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>.

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>

*Verificação in loco

Quadro 138: Indicadores Sociais - Boa Vista dos Ramos (AM)

Indicadores	2000	2010	2014
Renda familiar per capita mensal* ¹	106,61	175,55	
% população extremamente pobre** ¹	59,17	40,05	
% de população beneficiária do PBF*** ³	-	-	61,74
% de beneficiários por plano de saúde ⁴	0,10	0,17	0,21
Índice de Gini ¹	0,69	0,59	
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais ¹	11,05	7,97	
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	24,26	25,79	
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	10,66	40,43	
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	9,63	36,65	
% da população em domicílios com água encanada ¹	42,04	58,80	
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário**** ³	-	-	27,09
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	45,90	77,04	

% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	69,99	88,32	
--	-------	-------	--

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def

INDICADORES DE SAÚDE

Dentre as doenças e agravos mais comuns, foram relatados as parasitoses, diarreias e doenças de pele, em especial na época da vazante do rio, associadas ao saneamento básico precário. No período das cheias do rio são comuns as infecções respiratórias agudas. Foi destacada uma condição de mortalidade materna que tem sido investigada pelo município que é a síndrome de Hellp, uma complicação da gravidez caracterizada por hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas. As principais causas de mortalidade se referem a causas externas e doenças do aparelho circulatório, este último impactado pela necessidade de melhoria no cuidado às doenças crônicas.

Quadro 139: Indicadores sanitários - Boa Vista dos Ramos (AM)

		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		-	63,86	69,99
Nº de óbitos maternos ³		0	0	0
Mortalidade infantil ³	nº de obitos neonatal (0 a 27 dias)	5	2	3
	nº de obitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	5	1	0
	nº de obitos total em menores de 1 ano	10	3	3
Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	25 (Doenças do aparelho circulatório)	23,1 (Doenças do aparelho circulatório)	22,7 (Causas externas de morbilidad e mortalidade)
	2ª principal causa de morte	18,7 (Algumas doenças infecciosas e	15,4 (Neoplasias)	18,2 (Doenças do aparelho

	parasitárias)		circulatório)
3ª principal causa de morte	12,5 (Doenças do aparelho respiratório)	11,5 (Doenças do aparelho respiratório)	13,6 (Neoplasias)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}	65,2	31,6	26,7
Nº de óbitos por câncer de colo de útero ³	0	0	1
Nº de nascidos vivos em mães na faixa de etária de 10 a 19 anos	119	119	110
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g	18	22	23
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%) ^{3***}	-	-	102,24
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ^{3***}	-	3,39	92,63
Gestantes com nº de consultas de pré natal insuficiente (menos de 7 consultas) ³	363	287	196
Nº de partos domiciliares ³	173	60	42
Nº de casos de sífilis congênita ^{3***}	0	0	0
% ICSAB Amazonas ³	-	34,87	37,84

¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

²:<https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

³:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por grupo de causa definidas/ nº total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por causas mal definidas/ nº total de obitos de residentes*100.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município conta com 100% de cobertura de atenção básica (Quadro 5), com 6 equipes de saúde da família, sendo 4 delas equipes ESF ribeirinhas ampliadas e que atuam em 3 UBS (1 centro de saúde na sede e 2 UBS rurais inauguradas no primeiro semestre de 2019), e um pequeno hospital com 20 leitos. Duas equipes ribeirinhas ficam fixas nas UBS rurais, sendo compostas por mais dois técnicos de enfermagem e mais um enfermeiro. Todos os médicos das equipes ESF são do Programa Mais Médicos. Há 4 equipes de saúde bucal (2 na sede e 2 nas UBS rurais).

As UBS do município funcionam diariamente, no horário de 7h às 11h e 13h às 17h, sendo que nas ribeirinhas, os profissionais atuam 15 dias consecutivos e folgam 7 dias, com exceção do médico que atua 15 dias consecutivos e folga 15 dias (considerando os 7 dias de folga e 5 dias de dedicação a educação continuada do PMM). Sempre há, no mínimo, um enfermeiro e um técnico de enfermagem atuando na UBS, independente se é o período de folga do médico.

No centro de saúde na sede atuam 2 equipes ESF, e as outras 2 ESF ribeirinhas ampliadas, cada qual com um dinâmica específica. A UBS Coração do Lago Preto, visitadas pela nossa equipe, recém reformada, é extremamente bem equipada. Uma ESF ribeirinha (região de Ramos) é responsável por 6 comunidades de acesso por estrada e 7

comunidades de acesso pelo rio. Essa equipe ribeirinha um dia por semana viaja para fazer atendimento em uma das comunidades rurais de sua responsabilidade, o que significa que cada comunidade, em média recebe uma visita a cada 3 meses.

A outra ESF ribeirinha (região do Urubu) é responsável por 7 comunidades ribeirinhas que são visitadas uma vez por mês, de barco. A equipe toda viaja de barco e atende uma comunidade por turno, durante 4 dias. O barco também serve para a hospedagem da equipe. Nas outras semanas, atendem no centro de saúde da sede. Os pontos de apoio para atendimento nas comunidades são as escolas, igrejas e centro social.

O município conta com NASF tipo 3, composto por farmacêutico, nutricionista e assistente social, além de psicólogo e fisioterapeuta com contrato a parte pela secretaria de saúde.

A AB da sede se encontra em processo de reestruturação, com a construção de duas novas UBS e uma reforma de uma UBS que estava em construção pelo Requalifica UBS e não havia sido finalizada. O objetivo é ter 3 UBS novas, cada uma com equipe na sede e o centro de saúde atual será reformado com instalação de um centro de fisioterapia.

O ACS na área rural é descrito pela entrevistada como um profissional imprescindível, um verdadeiro elo entre a comunidade e os serviços de saúde. “Eles realizam Visita domiciliar e são a autoridade máxima de saúde na ausência de outro profissional. A língua é o seu principal instrumento de trabalho, para fornecer o maior/melhor conjunto de orientações possível - Uma população orientada é uma população menos doente. Os ACS, por exemplo, levam as gestantes nas UBS em rabetas quando necessário.”

Quadro 140: Indicadores de Atenção Básica - Boa Vista dos Ramos (AM)

Indicadores	2010	2018
População	13.994	18.483
UBS em áreas rurais	n/c	2
UBS na sede	n/c	1
nº Eq ESF ³	2	6
nº ACS em ESF ³	11	15
nº Eq EACS ³	2	n/c
nº ACS em EACS ³	32	n/c
Total ACS ³	43	15
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	4	6
NASF ³	n/c	1
ESF Ribeirinha ³	n/c	4
Cobertura ESF ⁴	49,31%	100,00%

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: CNES - competências Dez/2010 e Dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 29/03/2019

4: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reIHistoricoCoberturaAB.xhtml> - Dez/2010 e Dez/2018. Acesso em 29/03/2019

MAUÉS - AM

Fotografia 23: Maués - AM



Maués (AM) compõe o grupo de municípios classificados como Norte das Águas, região que agrega 45 Municípios Rurais e Remotos (MRR) do Brasil, representando a forma de ocupação do território pautados pela lógica dos rios. Os municípios desta região estão 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) pessoas. Maués é o município mais populoso, com quase 60.000 habitantes.

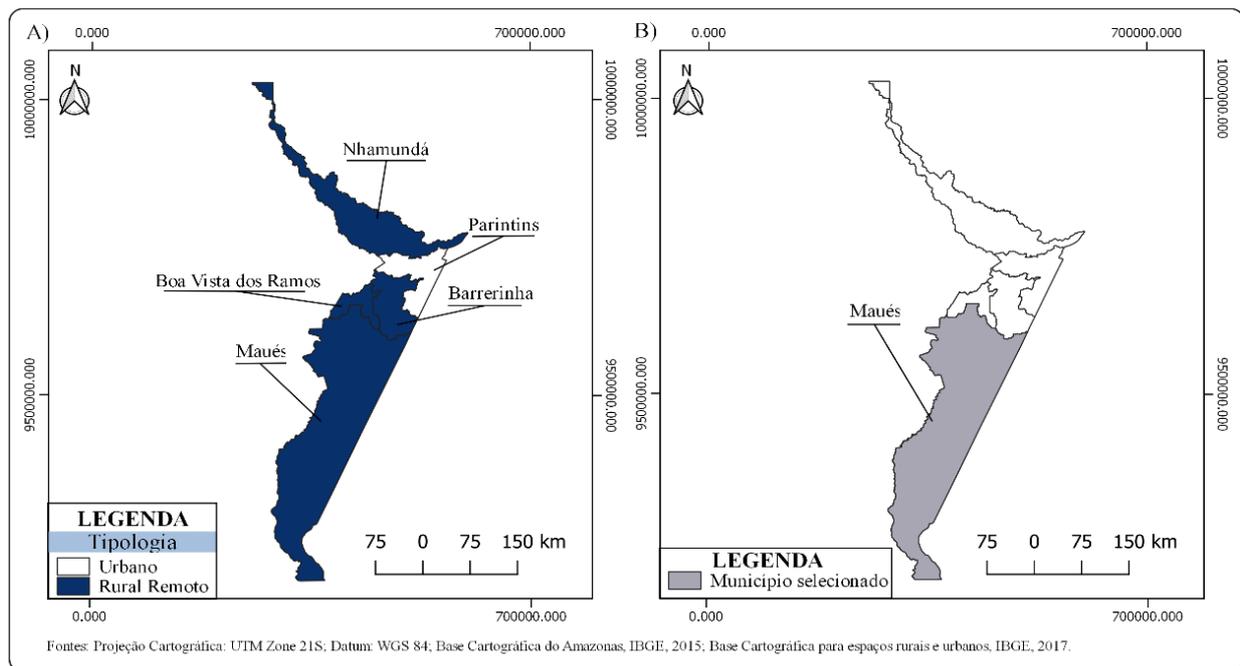
A densidade populacional média na região é de 3,32 ($\pm 3,28$) hab/km². As áreas são muito extensas com média de 14.997 (± 17155) km². O PIB médio per capita foi de R\$ 8.5390,00 ($\pm 3157,98$) espelhando um quadro razoavelmente heterogêneo. Quase metade dos municípios é classificada nas faixas de PIB per capita baixa. Os serviços de administração, saúde e educação públicas e seguridade social respondem pela maior parcela do PIB. A faixa de IDHM predominante é a baixa. O percentual médio da população beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF) é de 46,8 ($\pm 17,8$). Para a amostra da área Norte Águas foram selecionados 7 municípios, dentre os quais 4 encontram-se no estado do Pará, 2 no Amazonas e 1 no Amapá.

Especialmente o município de Maués apresenta uma área de 39, 989 km², densidade demográfica de 1,50 hab/km²; baixo IDHM de 0,588; PIB per capita de

R\$ 6.272,00; e população beneficiária do PBF é de 54,67. Maués é um município brasileiro no interior do estado do Amazonas. Pertencente à Mesorregião do Centro Amazonense e Microrregião de Parintins. Integra a região de saúde (RS) do Baixo Amazonas. Esta RS possui uma população estimada de 240.242 habitantes (IBGE, 2015), e é composta por cinco municípios: Parintins, Maués, Nhamundá, Boa Vista dos Ramos e Barreirinha. O rio afluente desta regional é o rio Amazonas.

O município de Parintins é o segundo município do estado, com maior porte populacional, com uma população estimada 111.575 habitantes (IBGE, 2015) e constitui-se em referência para atenção especializada de média complexidade para os demais municípios que compõe a região de saúde, possuindo duas unidades hospitalares, sendo uma filantrópica e outra sob a gestão municipal e direção estadual. Ademais, o referido município é sede da CIR da regional do Baixo Amazonas. O acesso da capital do estado a região de saúde pode ser via aéreo diretamente para Parintins e fluvial aos demais municípios da regional e entre estes.

Mapa 46: Mapas da região do Baixo Amazonas (AM), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa



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

Quadro 141: Municípios da Região de Saúde do Baixo Amazonas (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)

Município ¹²	Classificação IBGE ¹³	Seleção Amostra	Classificação do território na pesquisa ¹⁴
Barreirinhas	Rural Remoto	Não	Norte/Águas
Boa Vista do Ramos	Rural Remoto	Sim	Norte/Águas
Parintins	Urbano	Não	Norte/Águas
Maués	Rural Remoto	Sim	Norte/Águas
Nhamundá	Rural Remoto	Não	Norte/Águas

Na região do Baixo Amazonas todos os municípios são classificados como rural remoto, exceto Parintins, cidade polo

O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo no município de Maués foi realizado entre os dias 31 de julho e 03 de agosto de 2019. No dia 30/07/2019 às 18h00min as três pesquisadoras deslocaram-se do município de Manaus para o município de Maués, por via fluvial, com barco da Agência P.P., e chegando no município às 10h00min do dia 31/07, trajeto de 16 horas. Foram recebidas pelo Sr. Edmar, motorista da Secretaria Municipal de Saúde que ficou a disposição das pesquisadoras.

Às 13h30min as pesquisadoras se deslocaram até a Secretaria Municipal de Saúde para realizar as devidas apresentações. Às 15h30min as pesquisadoras foram recebidas pelo Secretário Municipal de Saúde realizadas as devidas apresentações, as pesquisadoras expuseram a pesquisa, salientando os objetivos e sanando possíveis dúvidas que ficaram na leitura do material da pesquisa que havia sido enviado previamente por e-mail para os gestores municipais.

Após as considerações, as 15h40min as três pesquisadoras realizaram a entrevista com o Secretário de Saúde, com duração de 3h37min. Ao término da entrevista, às 19h20min, foram acordados os últimos encaminhamentos logísticos de transporte, horários de entrevistas e UBS a serem visitadas.

Ficou acordado que no segundo dia pela manhã seria realizada a visita e entrevistas dos profissionais e usuários da Unidade Básica de Saúde Cecília de Oliveira Souza,

Fonte:

¹² Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/03/2019

¹³ IBGE: https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm. Acesso em 15/03/2019

¹⁴ Dados da pesquisa

localizada na sede do município, para entrevistar usuários e equipe da zona rural do município. Na parte da tarde ficou programada a entrevista com a coordenadora da Atenção Básica.

Às 8h00min do dia 01/08/19 a equipe de campo chegou a Unidade Básica de Saúde Cecília de Oliveira de Souza, dividiram-se para entrevistar: o Médico, o agente Comunitário de Saúde, uma usuária que tinha realizado o acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério na unidade e com uma usuária em tratamento de hipertensão arterial. A entrevista com a enfermeira foi realizada pelas três pesquisadoras, após o término de seus atendimentos. Como não havia usuária de CCU na unidade, a referida entrevista não foi realizada no momento.

Às 14h00min as pesquisadoras se deslocaram até a Secretaria Municipal de Saúde para realizarem a entrevista com a Coordenadora de Atenção Básica. Ao serem recebidas pela gestoras, às 14h30min, as mesmas elucidaram o projeto, afim de sanar qualquer dúvida quanto aos objetivos da pesquisa, posteriormente realizaram a entrevista com duração de 1h40min. Ao fim da entrevista com a gestora, as pesquisadoras foram informadas que no dia seguinte pela manhã não haveria expediente nas unidades Básicas de Saúde em virtude da realização da ação em saúde “Agosto Dourado”, sendo convidadas a participarem do referido evento. Em seguida, por volta das 17h30min, foi viabilizado pelo Subsecretário Municipal de Saúde uma visita a residência de uma usuária em tratamento de lesão precursora do câncer de colo de útero para que fosse realizada sua entrevista. Assim, as pesquisadoras foram levadas a residência da usuária do traçador CCU.

Chegando a residência as pesquisadoras foram informadas que a irmã da usuária também é Agente comunitária de Saúde da área rural. Logo, as entrevistadoras se dividiram e realizaram as duas entrevistas, por um período de aproximadamente 1h.

No dia 02/08/2019, às 08h0min foi realizado o deslocamento para o Hospital Municipal de Maués Dona Mundiquinha, para contemplação da Ação em Saúde “Agosto Dourado”, campanha de incentivo ao aleitamento materno. Na oportunidade as pesquisadoras fizeram contato com o Enfermeiro Coordenador da Unidade Básica de Saúde Jorge Brito, e com a Enfermeira da equipe rural instalada na mesma UBS, para agendamento das entrevistas com a equipe no período da tarde. Oportunamente os enfermeiros viabilizaram antes do início do referido evento a entrevista com uma das puérperas pertencentes a sua unidade que estava presentes na ação.

A entrevista com a Puérpera ocorreu em uma sala cedida pela equipe de enfermagem do hospital, com duração de aproximadamente 1h. Logo após a usuária retornou as atividades da ação.

Ao fim do evento as pesquisadoras foram convidadas a conhecer a estrutura do hospital municipal. Foi realizado uma visita guiada pelo Subsecretário Municipal de Saúde, as dependências da unidade Hospitalar.

Às 14h00min as pesquisadoras deslocaram-se até a Unidade Básica de Jorge de Almeida Brito. Na unidade as pesquisadoras se dividiram para que uma pesquisadora fosse levada a unidade de Saúde Aracy Mafra Monteiro para realizar a entrevista com o Médico da Unidade Fluvial que estava em atendimento naquela unidade, e as demais se dividiram para a realização das entrevistas com a enfermeira da equipe Rural daquela UBS e suas usuárias enquanto o médico estava ocupado em consultas. Posteriormente as duas pesquisadoras que permaneceram na unidade, realizaram em dupla a entrevista com o médico.

No dia 03/08/2019, às 7h30min, as pesquisadoras foram levadas para conhecer as instalações da UBSF. A UBS é composta em sua estrutura por: Sala de Recepção, Consultório odontológico, Consultório de enfermagem, Sala de Ultrassonografia, Sala de Procedimentos, Consultório Médico, Sala de Vacina, Farmácia, alojamentos e refeitório. Após a visita as pesquisadoras foram levadas ao escritório da Agencia P.P. para providenciarem os comprovantes de embarque.

O retorno para Manaus iniciou às 12h30min, por via fluvial de barco, com duração de cerca de dezoito horas com chegada às 8h30min do dia 04/08/2019.

No município de Maués (AM), foram realizadas no total 15 entrevistas. As intercorrências quanto a logística geral de entrevistas foram: i) das duas mulheres entrevistadas de CCU, apenas uma apresentava lesão precursora, a outra usuária, teve sua entrevista realizada apenas sobre o aspecto do preventivo; ii) achou-se por bem entrevistar o Médico da UBSF, além do médico da UBS sede e o Médico da UBS rural; e iii) Não houve visita a comunidade rural, tendo em vista que as UBS Rurais ficam localizadas fisicamente na sede do município.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

Maués é um município amazonense antigo que fica distante a 267 km, em linha reta, da capital Manaus e possui cerca de 62 mil habitantes, segundo o último levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sua fundação foi no dia 25 de junho de 1833, quando era uma vila e se chamava Luzéa. Em 1865 passou a ser denominada Vila Conceição e em 1896 foi elevada a categoria de cidade com a denominação de Maués.

A história do município data do século XVII quando os índios Munducuru e Mawé habitavam a localidade E Viviam em permanente conflito e disputa pela terra da região. De acordo com os registros locais, o nome da cidade tem origem na língua Tupí, é o nome

nação indígena Mawé, tendo o significado de “Papagaio inteligente e curioso”.¹⁵ A cultura do guaraná que até hoje movimenta a economia local é uma prática herdada da nação indígena Sateré Mawé.

Maués também, tem uma vocação turística devido a existência de inúmeras áreas de belezas naturais, como corredeiras, cachoeiras, grutas, reservas indígenas e praias de rio.

Sua sede está localizada em uma área de terra-firme banhada pelo rio Maués Açu com altitude de 18m acima do nível do mar. Localiza-se no médio Amazonas, entre os rios Madeira e Tapajós, na divisa com o estado do Pará. Sua área faz limites com as seguintes cidades: Boa Vista do Ramos, Barreirinha, Itacoatiara, Apuí, Borba, Nova Olinda do Norte no estado do Amazonas; e Jacareacanga, Aveiro e Itaituba, no estado do Pará.

Em Maués, basicamente, metade da população vive na sede municipal e a outra metade no interior do município. Como se pode observar no Quadro a seguir, a densidade demográfica do município é baixa, cerca de 1,50 habitantes/km².

Quadro 142: Indicadores demográficos - Município Maués (AM)

Ano de criação do município ¹	1833		
Área territorial (km ²) ¹	39 988,394 km ²		
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²	1,50 hab/km ²		
Populações tradicionais predominantes ^{*3}	Pescadores, ribeirinhos e indígenas		
Indicadores	2000	2010	2018
População total ¹	40.036	52.236	62.212
População urbana ¹ n(%)	21.179	25.832	
População rural ¹ n(%)	18.857	26.404	
IDHM ¹	0,454	0,588	-
Classificação IDHM ¹	Muito Baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	0,56	0,34	-
% de população menor de 15 anos ¹	44,77	54,81	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	4,97	4,70	-

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>.

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>

*Verificar in loco

3: Dados do PMAQ Ciclo 2

População Urbana: cerca de 50% da população reside na sede. A sede, localizada na margem do Rio Maués Açu. Observa-se migração da população rural para a sede, contudo, há limitações de crescimento da área urbana pelo circundados pelo rio.

¹⁵ Informações mais detalhadas sobre a nação indígena Sateré Mawé podem ser encontradas no site Povos Indígenas do Brasil do Instituto socioambiental. https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Sater%C3%A9_Maw%C3%A9

População Rural: A população rural do município é na verdade constituída de povos ribeirinhos e indígenas. Estas populações residem em pequenos povoados distribuídos por todo o território rural. Há comunidades fixadas a cerca de 16 a 18 horas de barco até a sede municipal. Praticamente as mesmas distâncias sede do município em relação à Manaus, capital do estado.

População Ribeirinha: Segundo os gestores, Maués possui aproximadamente 187 comunidades ribeirinhas, população que vive as margens do rio Maués Açu ou de seus “ramais”. A pesca é o principal meio de subsistência. Está distribuída em vilas e comunidades espaçadas, com pequenos grupos de famílias. Tem como atividade a agricultura de subsistência, a pesca artesanal e plantio de guaraná.

Para além da pesca artesanal, há ainda uma colônia de pescadores com aproximadamente 800 integrantes cadastrados, dentre povos moradores da área rural e sede do município.

População Indígena: Segundo os gestores, Maués Possui aproximadamente 48 comunidades indígenas, em torno de 10% de sua população total. Apesar desta população ter assistência à Saúde dentro da comunidade de reponsabilidade do Distrito Sanitário Indígena (DISEI) eles também fazem uso das equipes de Saúde família rural que estão localizadas na sede e do hospital municipal de Maués. Possuem cooperativas de plantio do guaraná para exportação.

Com relação aos indicadores sociais demonstrados no Quadro 3, chama a atenção que em 10 anos houve redução do percentual de população vivendo em extrema pobreza. Em 2014 verificou-se que 56,89 % dos residentes em Maués são beneficiários do Programa Bolsa Família.

Com relação aos indicadores sociais demonstrados na tabela 2, chama a atenção que em 10 anos houve redução do percentual de população vivendo em extrema pobreza. Em 2014 verificou-se que 56,89 % dos residentes em Maués são beneficiários do Programa Bolsa Família.

Quadro 143: Indicadores Sociais - Maués (AM)

Indicadores	2000	2010	2014
Renda familiar per capita mensal* ¹	191,31	244,30	
% população extremamente pobre** ¹	41,96	34,31	
% de população beneficiária do PBF*** ³	-	-	56,89
% de beneficiários por plano de saúde ⁴	0,64	0,84	0,81
Índice de Gini ¹	0,66	0,64	
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais ¹	29,96	23,12	
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	24,56	16,40	
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	9,48	33,50	
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	21,23	40,49	

% da população em domicílios com água encanada ¹	32,21	53,85	
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário ^{****3}	-	27,09	
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	66,06	76,82	
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	81,58	97,43	

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 .

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def

Na sede do município, há um projeto em andamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), chamado de Programa de Saneamento Integrado de Maués (ProsaiMaués). O programa visa a instauração, com previsão de término das obras para setembro de 2019, de uma rede de tratamento de água e esgoto na sede do município, contemplando ainda alguns poços artesianos nas comunidades ribeirinhas e indígenas. No momento há um sistema de distribuição municipal de água, entretanto sempre que falta energia, fica impossibilitado sua distribuição. Além disso, algumas residências também possuem poços artesianos privados, e em alguns poucos casos há cisternas individuais ou coleta de água diretamente no rio.

Nos povoados rurais, há uma iniciativa também da prefeitura construindo em algumas comunidades poços artesianos. Em outras comunidades o abastecimento de água é de iniciativa da própria população com microssistemas compostos por poços artesianos, bomba d'água, gerador de energia elétrica e caixa de armazenamento de água. A distribuição e o gerenciamento são feitos pela própria comunidade e a canalização e distribuição é feita pelos próprios moradores. São utilizadas também cisternas individuais. Além disso, há ainda muitos que consomem a água advinda diretamente do rio. Neste último caso, os moradores são orientados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a coar e ferver ou filtrar e sempre adicionar hipoclorito de sódio. Entretanto segundo os gestores no período de seca dos rios os casos de diarreia sempre costumam aumentar.

INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores sanitários do município de Maués/AM demonstram que entre os anos de 2000 a 2016 houve aumento no número de óbito infantis. Relatos dos gestores afirmam que a mortalidade infantil no município está acima dos padrões nacionais. Entretanto, atualmente observa-se uma diminuição nestes números. Em 2018 até o mês de agosto foram 12 óbitos infantis e no mesmo período no ano de 2019 foram 4 óbitos. Para os gestores municipais a mortalidade infantil em parte é resultado de aos muitos casos de gravidez na adolescência, principalmente nas comunidades indígenas (Quadro 4).

De acordo com informações coletadas nas entrevistas com gestores, no ano de 2018 houve no município 5 mortes de mulheres em idade fértil, 2 delas ocorreram durante o trabalho de parto, ambas indígenas. Dados do DATASUS mostram um aumento de nascidos vivos em mães na faixa de 10 a 19 anos, do mesmo modo que aumento no número de nascidos vivos com peso até 2499g; aumento no número de partos domiciliares e no número de casos de sífilis congênita.

Quadro 144: Indicadores sanitários - Maués (AM)

		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		-	67,81	72,97
Nº de óbitos maternos ³		2	0	1
Mortalidade infantil ³	nº de obitos neonatal (0 a 27 dias)	4	9	13
	nº de obitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	5	9	14
	nº de obitos total em menores de 1 ano	9	18	27
Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	28,8 (Doenças do aparelho circulatório)	22,6 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	22,4 (Doenças do aparelho circulatório)
	2ª principal causa de morte	20,5 (Doenças do aparelho respiratório)	17,2 (Doenças do aparelho circulatório)	18,0 (Causas externas de morbidade e mortalidade)
	3ª principal causa de morte	17,1 (Causas externas de morbidade e mortalidade)	14,1 (Neoplasias)	15,5 (Neoplasias)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		36,1	39,3	35,6
Nº de óbitos por câncer de colo de útero ³		2	2	2
Nº de nascidos vivos em mães na faixa de etária de 10 a 19 anos		297	372	375
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g		33	86	79
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%) ^{3***}		-	-	59,51
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ^{3***}		-	23,35	71,87
Gestantes com nº de consultas de pré natal insuficiente (menos de 7 consultas) ³		836	894	787

Nº de partos domiciliares ³	85	296	284
Nº de casos de sífilis congênita ^{3***}	2	3	4
% ICSAB Amazonas ³	-	34,87	37,84

¹:<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

²:<https://bfa.saude.gov.br/relatório/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

³:<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de óbitos de residentes por grupo de causa definidas/ nº total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de óbitos de residentes por causas mal definidas/ nº total de óbitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018

A cobertura vacinal no município de 3 doses de vacina tetra é baixa com apenas 59,51% da população no ano de 2016. Observa-se aumento da cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente de 2010 a 2016 com percentual respectivamente de 23,35% e 71,87%.

Dados do DATASUS mostram que no período de 2010 a 2018 houve variação na cobertura vacinal no município de Maués da Trílice viral (sarampo, rubéola, caxumba) e da Tetra Viral (sarampo, rubéola, caxumba e varicela) com redução na cobertura a partir de 2015.

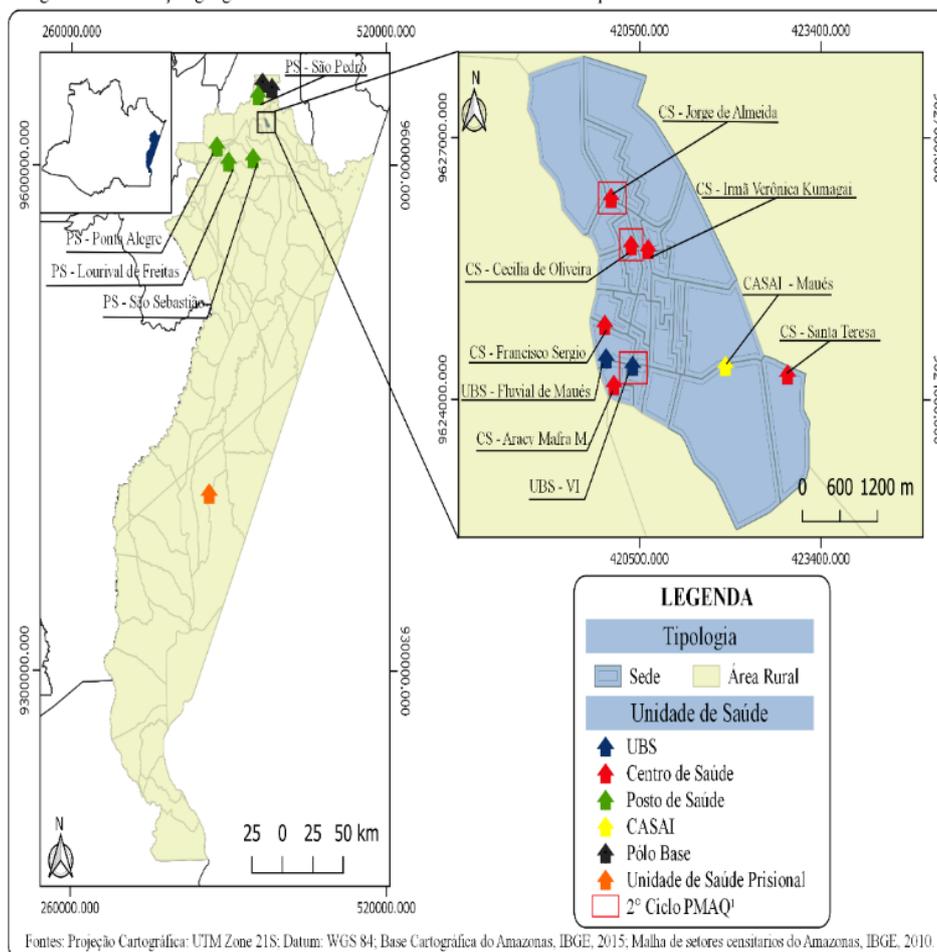
No período de 2010 a 2017 os nascidos vivos de gestantes na adolescência na faixa etária de 15 a 19 variou de 340 em 2010 a 421 casos em 2017. No mesmo período na faixa etária de 10 a 14 anos o número de casos cresceu progressivamente de 32 casos em 2010 a 41 casos em 2013, houve queda nos anos de 2014 a 2016 voltando a crescer em 2017. O ano com maior total de casos notificados em um período de ambas as faixas etárias foi o de 2017 com 460 nascidos vivos.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município dispõe de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSf) e sei Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas localizadas na sede do município. São quinze equipes de saúde da família (Figura 2). Assim, cada UBS possui duas ou três equipes de saúde da família, geralmente uma urbana e uma rural. Não há Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR). Possuem 10 postos de saúde de apoio em áreas rurais, entretanto apenas um deles encontra-se em funcionamento, no qual atua apenas 1 técnico de enfermagem na comunidade Bom Jesus.

Quadro 145: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do município de Maués - AM

Figura 1: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do Município de Maués - AM



¹ Unidades de Saúde que participaram do segundo ciclo do PMAQ

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

Obs: A Unidade Básica de Saúde da Família de Maués e os Pólos Base Nova Esperança e Nova Aldeia não foram localizados.

Antes da criação e implementação do PMM não haviam médico de AB cadastrados no município, o que pode ser observado pelos dados do CNES, de 2010 (Quadro 5), que mostra inexistência de médicos.

Neste sentido, os gestores afirmaram que o programa colaborou com a fixação de profissionais na área contribuindo com a melhoria do atendimento em saúde. Afirmaram que a forma de contratação diretamente pelo Ministério da Saúde passa segurança aos profissionais e incentiva sua fixação. Salientaram ainda que não se veem mais fazendo atenção básica sem o suporte do programa. Ficaram sem médicos por 4 meses, com a saída dos médicos Cubanos. No entanto, o município conseguiu se rearranjar até a chegada dos médicos brasileiros que também pertencem ao programa.

Quadro 146: Indicadores de recursos em saúde - Maués (AM)

Indicadores	2010	2018
Nº De Médicos ³	N/A	23
Medico Clinico	N/A	5
Medico Da Estrategia De Saude Da Familia	N/A	16
Medico Anestesiologista	N/A	1

Medico Psiquiatra	N/A	1
Nº de enfermeiros ³	7	52
Nº de dentistas ³	3	5
Nº de Leitos n ⁵	N/A	90

1: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def.

2: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 31/03/2019

3. CNES DATASUS, busca por CBO. Competência dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp. Acesso em 30/03/2019

4. Sala de Apoio a gestão estratégica do SUS - SAGE/SUS. <http://sage.saude.gov.br/> Acesso em 28/03/2019. Valores de PAB referentes a 2017

5. CNES DATASUS, busca por Leitos. Comp. Dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=51&VMun=510618&VComp=201812

Em 2018 havia no município 145 ACS atuando em equipes SF. De acordo com as informações dos gestores em saúde, o possui 148 Agentes Comunitários de Saúde da Família atuantes, os quais atuam na sede e cobrem a população do entorno rural. Os ACS são supervisionados pelos enfermeiros coordenadores das equipes. Há ainda 2 Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF - AB); 12 equipes de Saúde Bucal (eSB -I), ambas eSB-II foram transformadas também em ESB-I. Há ainda um Centros de Especialidades Odontológicas (CEO -I); 1 academia de saúde e o Programa de Saúde na Escola (PSE).

Quadro 147: Indicadores de Atenção Básica - Maués (AM)

Indicadores	2010	2018
População	49.666	62.212
UBS em áreas rurais	N/A	8
UBS na sede	N/A	8
nº Eq ESF ³	12	15
nº ACS em ESF ³	136	145
nº Eq EACS ³	1	n/c
nº ACS em EACS ³	9	n/c
Total ACS ³	145	145
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	13	15
NASF ³	2	2
ESF prisional ³	N/A	N/A
ESF Ribeirinha ³	N/A	N/A
ESF Fluvial ³	N/A	N/A
ESF Quilombola ³	N/A	N/A
Eq multiprofissional de Atenção Domiciliar ³	N/A	N/A
Cobertura ESF ⁴	83,36%	83,18%

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: CNES - competências Dez/2010 e Dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 29/03/2019

4: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/reIHistoricoCoberturaAB.xhtml> - Dez/2010 e Dez/2018. Acesso em 29/03/2019

Legenda: ESF=Equipes da Estratégia Saúde da Família; ACS=Agentes comunitários de saúde;

EACS=Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; EqSB=Equipes com saúde bucal;

NASF=Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica; ESFR=Equipe de estratégia saúde

da família ribeirinha; ESFQ=Equipe de saúde da família quilombola/assentamento; EMAD=Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar; CNR=Equipe de consultório na rua;

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

Em relação ao sub sistema de saúde indígena, há em Maués uma Casa de Saúde Indígena (CASA) localizada na sede municipal e quatro Polos Bases localizados nas áreas rurais do município. Estes equipamentos são mantidos pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Parintins (DSEI Parintins). A relação de serviços de saúde disponíveis no município de Maués.

Quadro 148: Caracterização de equipamentos de saúde - Maués (AM)

Tipo	Total	CNES	Descrição*	Área*	Ativa*
Unidade Mista	1	2018144	Hospital De Maués Dona Mundiquinha	Urbano	X
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	8	2019493	Centro De Saude Aracy Mafra Monteiro	Urbano	X
		2019485	Centro De Saude Cecilia De Oliveira Souza	Urbano	X
		2019515	Centro De Saude Francisco Sergio De Oliveira Leite	Urbano	
		2019507	Centro De Saude Irma Veronica Kumagai	Urbano	X
		2019477	Centro De Saude Jorge De Almeida Brito	Urbano	X
		7249624	Centro De Saude Santa Teresa	Urbano	
		7312679	Centro De Testagem E Aconselhamento	Urbano	
		3647218	Unidade Basica De Saude Vi	Urbano	
Posto de Saúde	4		Ps Ponta Alegre	Rural	
			PS Lourival De Freitas	Rural	
			Ps São Sebastião	Rural	
			Ps São Pedro	Rural	
Consultório Isolado	1	7961316	Consultorio Odontologico Dr Pedro Jr	Urbano	
Unidade Móvel Fluvial	1	9670696	Ubsf De Maués	Urbano	X
Clinica/Centro de Especialidade	2	3800601	Centro De Especialidades Odontologicas De Maués	Urbano	X
		7836961	Climom	Urbano	

Farmácia	1	7940211	Central De Medicamentos De Maues	Urbano	
Vigilância em Saúde	1	3034496	Departamento De Vigilancia Em Saude	Urbano	
Polo de Academia da Saúde	1	9818812	Academia Da Saude De Maues	Urbano	X
Polo de Academia da Saúde de Rubelita	1	9753249	Academia Da Saude De Rubelita	Urbano	
Centro de Atenção Psicossocial	1	6740898	Centro De Apoio Psicossocial De Maues	Urbano	X
Unidade de Atenção a Saúde Indigena	5	7393830	Casa De Saude Indigena De Maues	Urbano	
		7651511	Polo Base Nova Aldeia	Rural	
		7651708	Polo Base Nova Esperanca	Rural	
		7651686	Polo Base Santa Maria	Rural	
		7651503	Polo Base Vila Nova li	Rural	

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp

*Dados que devem ser confirmados no contato com o município.

O município de Maués é dividido em 12 polos, conhecidos como polos de desenvolvimento onde a prefeitura subdividiu seu território em áreas/polos de atuação das equipes de saúde. Cada polo corresponde a uma área com aproximadamente 3500 moradores. Seguindo a mesma logística, a Secretaria Municipal de Saúde faz a divisão para atendimento entre as UBS. Os polos 7, 6 e 12 são atendidos pelo Centro de Saúde Jorge de Almeida Brito, que correspondem ao território banhado pelo rio Apoquitaua, sendo, portanto, respectivamente o Alto Apoquitaua, Médio Apoquitaua e Apoquitaua Mirim. O Centro de Saúde Cecília de Oliveira Souza é responsável pela população residente no Pólo I, correspondente aos povoados dos rios Maués Açú, Pupunhal e Limão Grande. O Centro de Saúde Santa Tereza atende a população residente no Polo I correspondente a estradas e o rio Pupunhal. O Centro de Saúde II, atende as comunidades dos Polo II e XI, que corresponde ao Rio Parauarí e Rio Urupadí, respectivamente; Centro de Saúde Mário Fonseca, Polo IV e V, respectivamente atende população do Rio Maués Miri e Rio Castanhal de Baixo; Centro de Saúde Santa Luzia, Polos VIII, IX, X, atende respectivamente as comunidades do Rio Paraná do U. de Cima, Rio Paracuní e Rio Lago Grande da Barreira.

Com relação aos horários e dias de funcionamento, as UBS funcionam 8 horas por dia, de segunda a sexta, sendo de 07h às 11h e de 13h as 17h.

VITÓRIA DO JARI - AP

Fotografia 24: Vitória do Jari - AP



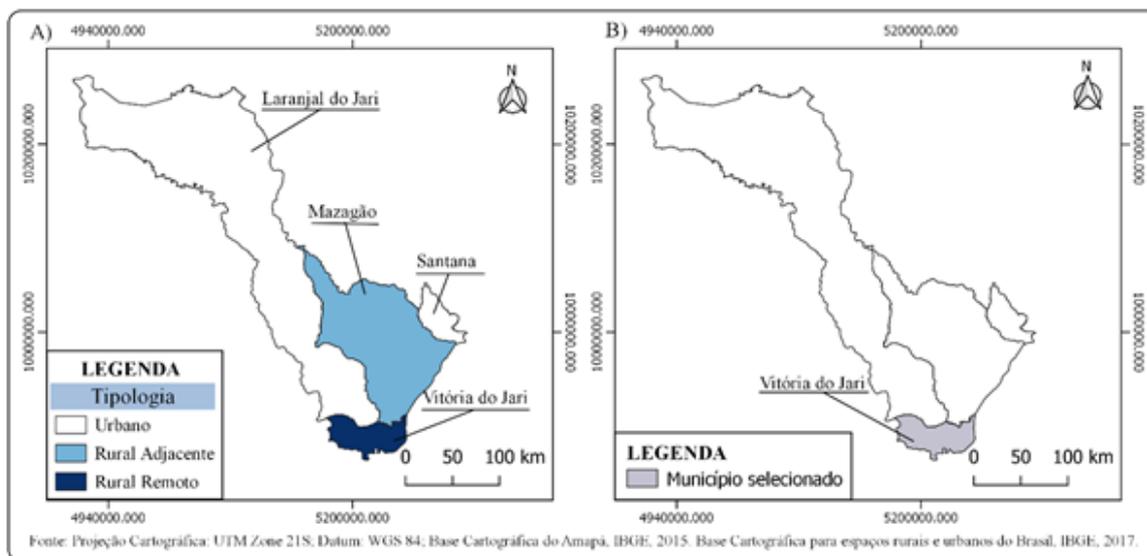
O município de Vitória do Jari (AP) compõe o grupo de municípios classificados na pesquisa APS em territórios rurais e remotos como Norte das Águas. Esta região da pesquisa agrega 45 MRR, distribuídos nos estados do Amazonas, Pará, Amapá e Acre. No geral, são municípios com população média de 21002(\pm 11523). A densidade populacional média é de 3,32 (\pm 3,28) hab/km²(Tabela F1). As áreas são muito extensas com média de 14.997(\pm 17155) km².

O PIB médio per capita foi de R\$ 8.5390,0 (\pm 3157,98) espelhando um quadro razoavelmente heterogêneo. Quase metade dos municípios é classificada nas faixas de PIB per capita baixa.

Os serviços de administração, saúde e educação públicas e seguridade social respondem pela maior parcela do PIB. A faixa de IDHM predominante é a baixa. O percentual médio da população beneficiária do Bolsa Família é de 46,8 (\pm 17,8).

O município de Vitória do Jari, integra a região de saúde de Sudoeste. Dos 4 municípios dessa região (Laranjal do Jari; Mazagão; Santana; Vitória do Jari), três foram classificados como rural remoto pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017), sendo classificado, respectivamente como: urbano; rural adjacente; urbano e rural remoto.

Mapa 47: Mapas da Regional de Saúde de Sudoeste (AP), com a classificação dos municípios pela tipologia rural-remoto do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa



Quadro 149: Região de Saúde Sudoeste do Estado do Amapá

UF	Município ¹	Classificação IBGE ¹	Seleção Amostra ²	Classificação Rural ²
AP	Laranjal do Jari	REGIONAL	Não	Urbano
AP	Mazagão		Não	Rural Adjacente
AP	Santana		Não	Urbano
AP	Vitória do Jari		SIM	Rural Remoto

Fonte:

1IBGE:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm

2Dados da pesquisa

O TRABALHO DE CAMPO

Chegamos em Macapá no dia 05 de agosto no período da manhã. Almoçamos e nos dirigimos até a SES do Estado do Amapá para realizar a entrevista com a superintendente de atenção básica, previamente, agendada para as 14 horas. A entrevista ocorreu sem interrupções com duração de 1h:30m.

No dia seguinte saímos de Macapá por volta das 09 horas da manhã. A distância entre Macapá e Laranjal do Jari é de 260 km, um tempo de viagem estimado pelo GPS de 4 horas, contudo, a BR-156 é de péssimas condições, o único acesso é por uma estrada de chão, com crateras de barros e desvios sem sinalização, sem luz, sem sinal de celular. Ficamos nessa estrada por cerca de 6 horas, só havia um local de parada em todo percurso, sem postos de combustíveis. Chegamos em Laranjal do Jari, por volta das 16 horas.

Ao chegar em Laranjal, fomos orientados pelos moradores para não utilizar a estrada que liga os dois municípios (Laranjal do Jari > Vitória do Jari). Por esse motivo, fizemos o caminho que era considerado o mais seguro. Atravessamos de barca de Laranjal do Jari,

para o município de Monte Dourado, no Estado do Pará. Pegamos uma estrada de chão, cerca de 30 km, sem iluminação até o município de Munguba (PA). Chegamos em Munguba por volta das 17 horas e pegamos uma balsa para o município de Vitória do Jari; chegamos na SMS às 18 horas. Apesar do horário avançado, todos os funcionários das Secretária Municipal de Saúde nos recepcionaram. Realizamos uma breve conversa, apresentamos a proposta da pesquisa e fechamos o nosso cronograma de atividade no município.

Logo após, a subsecretária municipal de saúde nos acompanhou até o Hotel Vitória, onde ficaríamos hospedados. Fomos convidados para um jantar no restaurante próximo ao hotel.

No dia 07/08, iniciamos as entrevistas com os profissionais. No período da manhã realizamos as entrevistas na UBS Caulim. Chegamos na unidade por volta das 08 horas da manhã acompanhados da coordenadora de saúde bucal do município. Realizamos as entrevistas em cerca de 3 horas. Por volta das 11h:30m, a coordenadora de saúde bucal apresentou a sede do município (as outras UBS, a unidade mista, os prédios utilizados pela gestão municipal). Logo após o almoço pegamos uma embarcação até o distrito de Jarilândia, área rural do município. Esse percurso durou cerca de 3 horas em uma lancha rápida pelo Rio Jari.

Chegamos na UBS de Jarilândia, por volta das 15 horas. Fomos recebidos pelos profissionais da unidade (técnica de enfermagem, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários) a equipe está em medico (desde do fim do PMM) e sem o profissional de enfermagem fixo. Os atendimentos desses profissionais são realizados uma vez por semana. Saímos de Jarilândia no final do dia, por volta das 18 horas, chegando na sede por volta das 21 horas. Por causa do horário, não encontramos nenhum restaurante aberto e a convite da subsecretária, jantamos na sua casa.

No dia seguinte, seguimos para o município de Laranjal do Jari que é o município de referência para Vitória do Jari, parte do trajeto, que durou cerca de 1:30h, foi também em estrada de terra batida com bastante atoleiros. Chegamos em Laranjal por volta das 10h:30, pegamos a BR-156 em direção a Macapá, chegando na capital as 17 horas.

No dia 09/08, realizamos as entrevistas com o Secretário Municipal de Saúde e o Gestor Regional na sede do COSEMS-AP. Realizamos as entrevistas e nos dirigimos ao aeroporto, finalizando o campo.

Foram realizadas todas as entrevistas previstas, ao todo 16 entrevistas, uma delas categorizada como "outras": entrevista com coordenadora de saúde bucal.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

Vitoria do Jarí é o mais novo município do sul do estado do Amapá, criado a partir da Lei Estadual nº 171, de 08 de setembro de 1994, quando a cidade foi desvinculada do município de Laranjal do Jarí. A cidade possui uma população estimada em 12.445 habitantes, segundo o censo de 2010 (IBGE, 2010), e um território de 2.482 km², com densidade demográfica de 4,44 habitantes por km².

O município surgiu do desejo da população de ver transformado em benefícios para a localidade os impostos pagos pela CADAM, empresa que explora o minério daquela região, e porque houve muita migração para a região na expectativa de conseguir emprego. Os ex-funcionários dessa empresa começam a se aglomerar na margem do rio em palafitas, e assim foi se formando a comunidade hoje chamada de Vitória do Jarí. Ou seja, trata-se de um núcleo populacional formado por pessoas que trabalhavam no parque industrial da CADAM, e ali fixaram residência e criaram um polo econômico ativo, onde se instalaram inúmeras atividades de comércio e serviços, destinados a atender necessidades imediatas da população. O núcleo rapidamente cresceu e adquiriu condições para se transformar em município. Por estar praticamente dentro do município de Laranjal, Vitória do Jari, conhecido popularmente por Beiradinho, enfrenta os mesmos problemas daquele município: enchentes, desemprego e, sobretudo, péssimas condições de moradia para a população menos assistida, que vive sobre pontes e palafitas.

Quadro 150: Indicadores Demográficos - Município de Vitória do Jari (AP)

Ano de criação do município ¹	1994		
Área territorial (km ²) ¹	2 482,602 km ²		
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²	12 445 hab.		
INDICADORES	2000	2010	2018
População total ¹	8.560	12.428	14.991
População urbana ¹ n(%)	6.880	10.302	
População rural ¹ n(%)	1.680	2.126	
IDHM ¹	0,459	0,619	-
Classificação IDHM ¹	Baixo	Médio	-
% de população até 1 ano de idade ¹	3,47	1,95	-
% de população menor de 15 anos ¹	46,17	37,81	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	2,23	3,15	-

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>.

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Vitória do Jari é 0,619, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,781, seguida de Renda, com índice de 0,587, e de Educação, com índice de 0,517.

Entre 2000 e 2010, a população de Vitória do Jari cresceu a uma taxa média anual de 3,80%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 80,37% para 82,89%. Em 2010 viviam, no município, 12.428 pessoas.

Laranjal do Jari é o município com menor população em sua região de saúde.

Quadro 151: Distribuição populacional por município, sexo e área residente, Estado do Amapá, 2000 e 2010.

MUNICÍPIO	POP. 2000	POP. 2010	HOMENS	MULHERES	POP. URBANA	POP. RURAL
CIR Sudoeste	129.500	170.483	86.127	84.356	155.516	14.967
Laranjal do Jari	28.515	39.805	20.350	19.455	37.824	1.981
Mazagão	11.986	17.030	8.977	8.053	8.280	8.750
Santana	80.439	101.203	50.361	50.842	99.094	2.109
Vitória do Jari	8.560	12.445	6.439	6.006	10.318	2.127
ESTADO	477.032	668.689	334.674	334.015	600.561	68.128

Fonte: IBGE

Quanto às principais características demográficas do Estado, destaca-se a estrutura etária evidenciada predominantemente por jovem com 22,9% de adolescentes em 2012 e 28,1% de adultos jovens (20 a 34 anos) com aumento de idosos de 3,9% em 1990 para 5,2% em 2012; nesse mesmo ano o Brasil contava com 10,6 % de idosos. (IBGE, 2010)

Alguns indicadores sociais do município. Percebe-se que a renda per capita média de Vitória do Jari cresceu 77,45% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 174,35, em 1991, para R\$ 222,00, em 2000, e para R\$ 309,39, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,06%. A taxa média anual de crescimento foi de 2,72%, entre 1991 e 2000, e 3,37%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 61,75%, em 1991, para 55,64%, em 2000, e para 41,64%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,53, em 1991, para 0,62, em 2000, e para 0,58, em 2010.

Quadro 152: Indicadores Sociais - Município de Vitória do Jari (AP)

INDICADORES	1991	2000	2010	2014
Renda familiar per capita mensal*1	174,35	222,00	309,39	
% população extremamente pobre**1	33,54	30,40	22,33	
% de população beneficiária do PBF***3		-	-	54,52
Índice de Gini ¹	0,53	0,62	0,58	
Taxa de analfabetismo - 15 anos ou mais ¹		18,19	14,72	

% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹		24,60	21,35	
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹		16,40	38,52	
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹				
% da população em domicílios com água encanada ¹		38,57	67,54	
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário**** ³		-	-	13,07
% da população em domicílios com energia elétrica ¹		81,37	94,11	
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹		96,26	99,83	

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00.

***Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100 .

****Pessoas residentes em domicílios particulares permanentes que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em 2010/Número total de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, em 2010*100.

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>

3: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014

4: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def

Vitória do Jarí é o mais novo município do estado do Amapá, criado em setembro de 1994. A comunidade de Vitória surgiu porque houve muita migração para a região na expectativa de conseguir emprego, e os migrantes começam a se aglomerar na margem do rio Jarí em palafitas, e assim foi se formando a comunidade hoje chamada de Vitória do Jarí. Não dispõem de sistema de esgoto sanitário, as águas residuais são vertidas no rio. Além disso, a população lava suas roupas e toma banho no rio, por isso há alta incidência de doenças infecciosas digestivas, assim como piodermites e dermatofitoses. A cidade tem sistema de coleta de resíduos sólidos diários de segunda a sábado, e estes resíduos são depositados numa área fora da cidade a céu aberto.

INDICADORES DE SAÚDE

O quadro a seguir mostra um panorama das condições de saúde no município de Vitória do Jarí. Observa-se uma melhora geral nos indicadores selecionados: houve crescimento na expectativa de vida dos residentes no município, redução na taxa de mortalidade infantil, embora se verifique mortes consideradas evitáveis no período neonatal.

Quadro 153: Indicadores sanitários - Vitória do Jari

Indicadores sanitários		2000	2010	2017
Expectativa de vida ¹		65,19	71,88	
Nº de óbitos maternos ²		0	0	0
Mortalidade Infantil ¹			39,4	19,6
Mortalidade infantil ¹	neonatal (0 a 27 dias)	s/inf	0	7
	pós neonatal (28 dias até 1 ano)	s/inf	2	3
	total (< 1 ano)	s/inf	2	10
Mortalidade proporcional ²	1ª principal causa de morte		Infectoparasitárias (16,6)	afec originadas no período perinatal (18,6)
	2ª principal causa de morte		Neoplasias/Ap. Circ./Respiratórias (13,3)	Ap. Circ. (16,3)
	3ª principal causa de morte			Infectoparasit. e neoplasias (13,9)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ²		s/inf	4	1
Mortalidade por câncer de colo de útero ²		s/inf	-	1
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetravalente ²		0	98,56	0
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina Pentavalente ²		0	0	59,12
Gestantes com nº de consultas de pré natal insuficiente (menos de 7 consultas) ²		253	169	136
Nº de partos domiciliares		29	9	5
Nº de casos de sífilis congênita ²		0	1	0

Fonte:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>

2: DATASUS.

Acesso em 03/01/2020

Entre as principais causas de morte no município ainda se verifica a importância das causas relacionadas às doenças infectoparasitárias entre as três primeiras causas ao mesmo tempo que as neoplasias, doenças do aparelho circulatório também configurem este quadro epidemiológico.

A cobertura vacinal mostra-se irregular para os dois imunobiológicos selecionados. Observa-se melhoria na cobertura pré-natal e redução do número de partos domiciliares.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município tem cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS). Três na sede do município e duas unidades que ficam localizadas em dois distritos rurais, são elas: (I) UBS Aterro de Muriaca (II) UBS Jarilândia.

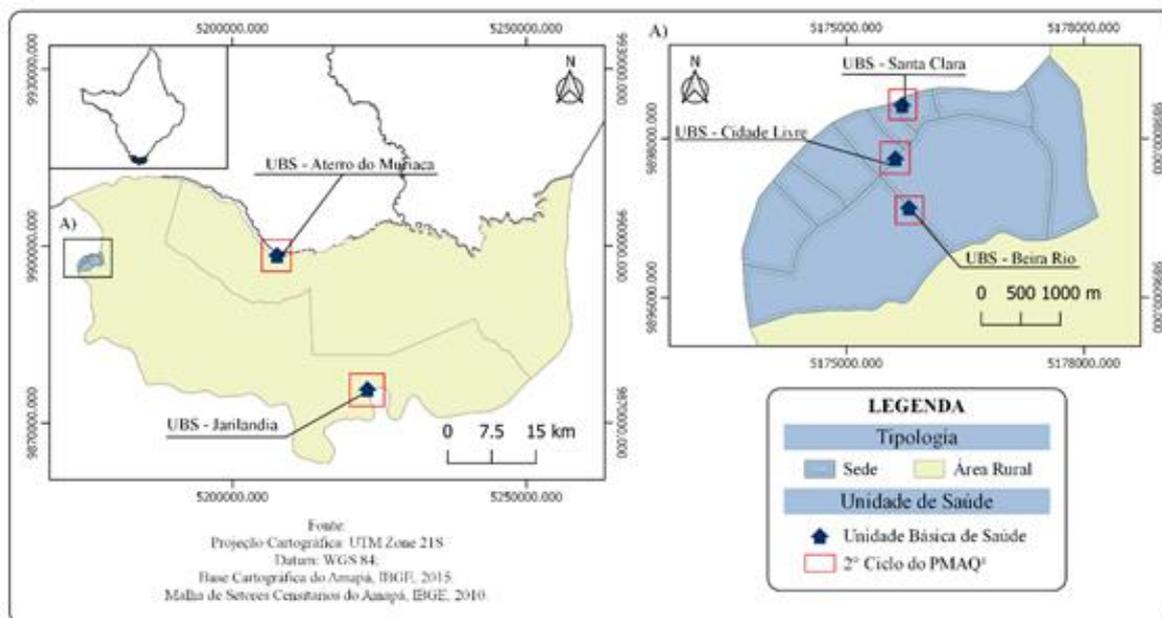
No período da visita ao município tivemos a informação de que a UBS de Muriaca está fechada. O atendimento à população desse distrito é realizado uma vez por semana pelos profissionais que atuam na sede do município, o deslocamento é feito por uma caminhonete traçada e dura cerca de 6 horas. Já a segunda unidade rural está funcionando com a equipe incompleta. Funciona diariamente com atendimentos realizados pela técnica de enfermagem e pelos agentes comunitários. Os atendimentos dos profissionais médicos e de enfermagem são realizados uma vez por semana, por profissionais da ESF que atuam em UBS da sede. O trajeto da sede até o distrito de Muriacá é realizado de barco, a duração dessa viagem varia de 4 a 6 horas, dependendo da potência do barco utilizado.

O horário de funcionamento das UBS na sede é de 8 as 12 horas e de 14 as 17 horas. No entanto, observou-se variação no horário de atendimento na UBS em função do horário em que a energia elétrica (gerador) está disponível na localidade. As unidades estão estruturadas da seguinte maneira: uma sala de curativos e administração de medicamentos, uma sala de arquivo, três consultórios, uma sala de vacinação, uma sala para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família¹⁶ (NASF) que tem um nutricionista, um fonoaudiólogo, um assistente social, um educador físico e um psicólogo.

O município tem uma Unidade Mista de Pronto Socorro, com os seguintes profissionais: enfermeiro e um técnico de enfermagem que fazem plantão de 24 horas com uma ambulância, para transportar os casos mais graves ao hospital regional do município mais perto, chamado Laranjal do Jarí, que precisa cruzar um rio com uma balsa e percorrer 30 km de estrada de chão batido. Também existe um laboratório clínico privado que realiza exames de rotina.

¹⁶ O NASF, está alocado na UBS Beira Rio

Mapa 48: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do Município de Vitória do Jari - AP



Quadro 154: Caracterização de equipamentos de saúde do município de Vitória do Jari - AP

	TOTAL	CNES	DESCRIÇÃO*
Unidade Mista	1	2020149	SES AP Unid Mista de Saúde de Vitoria do Jari
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	5	2020084	PMVJ UBS Aterro do Muriaca
		2020688	PMVJ UBS Beira Rio
		2020092	PMVJ UBS Cidade Livre
		2020106	PMVJ UBS Jarilandia
		9330585	UBS Caulim
Posto de Saúde	2	2020114	PMVJ Posto de Saúde Paga Dividas
		2020661	PMVJ Posto de Saúde São Joao do Cajari
Vigilância em Saúde	1	7268734	PMVJ Divisão de Vigilância Sanitária De V Jari
Centro de Gestão em Saúde	1	7475683	PMVJ Secretaria M De Saúde De V Jari

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp

*Dados que devem ser confirmados no contato com o município.

O demonstrativo dos recursos existentes no município. São sete equipes de saúde da família e 40 agentes comunitários de saúde, todas as equipes SF contam com equipe de saúde bucal. O município tem potencial de cobertura de 100%. Contudo as características geográficas locais colocam desafios importantes para o alcance desta cobertura, entre eles, a questão da baixa densidade populacional e as condições de acesso exclusivamente por via fluvial.

Quadro 155: Indicadores de Recursos em Saúde do município de Vitória do Jari - AP

Indicadores	2010	2018
População	11.519	14.991
UBS em áreas rurais		2
UBS na sede		3
nº Eq ESF ³	6	7
nº ACS em ESF ³	40	40
nº Eq EACS ³	n/c	n/c
nº ACS em EACS ³	n/c	n/c
Total ACS ³	40	40
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	6	7
NASF ³	1	1
Eq multiprofissional de Atenção Domiciliar ³	n/c	n/c
Cobertura ESF ⁴	100,00%	100,00%

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: CNES - competências Dez/2010 e Dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 29/03/2019

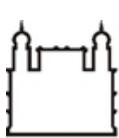
4: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> - Dez/2010 e Dez/2018. Acesso em 29/03/2019

Legenda: ESF=Equipes da Estratégia Saúde da Família; ACS=Agentes comunitários de saúde;

EACS=Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; EqSB=Equipes com saúde bucal;

NASF=Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica;

PARTE X
RESULTADOS PRELIMINARES -
[CASOS MÚLTIPLOS:
NORTE ESTRADA]



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Centro de
Estudos
Estratégicos
da Fiocruz



NORTE ESTRADA

ASSIS BRASIL - AC

Fotografia 25: Assis Brasil - AC



O município de Assis Brasil (AC) compõe o grupo de municípios classificados na pesquisa APS em territórios rurais e remotos como Norte Estrada. Esta região agrega 28 Municípios Rurais e Remotos (MRR) do Brasil, distribuídos nos estados do Pará, Roraima, Amazonas, Acre e Amapá, respectivamente com 12, 6, 4, 3 e 3 municípios. No geral, os municípios classificados nesta área da pesquisa apresentam uma média de 20.703 (± 13465) habitantes, a densidade populacional média 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 Bolsa Família é de 48,31%.

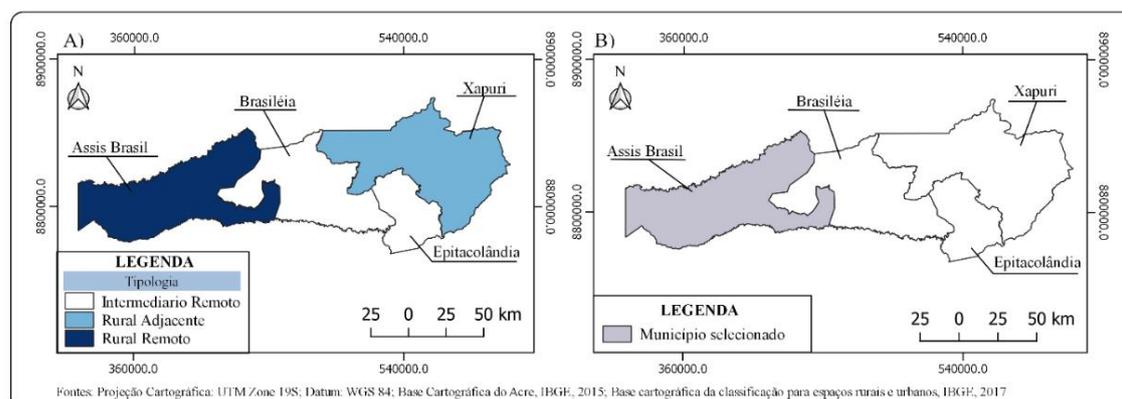
Para a amostra da área Norte Estrada foram selecionados 4 municípios, dentre os quais 2 (Jacareacanga e Rurópolis) no estado do Pará, 1 (Assis Brasil) no estado do Acre e 1 (Pacaraima) no estado de Roraima. Este último, no entanto, não foi possível realizar o campo da entrevista devido a não confirmação do aceite para participação da pesquisa por parte da gestão municipal. Especialmente o município de Assis Brasil destaca-se por ser um município de fronteira internacional e com alto percentual de população indígena.

O município de Assis Brasil localiza-se a no noroeste do estado do Acre, integra a região de saúde do Alto Acre. Dos 4 municípios dessa região (Assis Brasil, Brasiléia, Xapuri e Epitaciolândia), somente Assis Brasil foi classificado como rural remoto pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017), sendo classificado como intermediário remoto os municípios de Brasiléia e Epitaciolândia e, como rural adjacente, o município de Xapuri.

Quadro 156: Municípios da Região de Saúde do Alto Acre (AC), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017)

Município ¹	Classificação IBGE ¹	Seleção Amostra ²	Classificação Rural ²
<i>Assis Brasil</i>	<i>Rural Remoto</i>	<i>Sim</i>	<i>Norte/Estradas</i>
Brasiléia	Intermediário Remoto	Não	-
Epitaciolândia	Intermediário Remoto	Não	-
Xapuri	Rural Adjacente	Não	-

Mapa49: Mapas da regional de saúde do Alto Acre (AC), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa



A) Classificação dos espaços rurais e urbanos na Região de Saúde do Alto Acre-AC; B) Município da Região de Saúde do Alto Acre-AC selecionado para o estudo

TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo no município de Assis Brasil foi realizado nos dias 27 a 31 de maio de 2019. No dia 26/05/2019 os quatro pesquisadores, saindo do Rio de Janeiro, deslocaram-se para Rio Branco (capital), fizeram pernoite e seguiram no dia seguinte para o município de Assis Brasil, por via terrestre, BR 317. Para deslocar até o município de Assis Brasil a equipe alugou um carro para o período. A distância entre Rio Branco e Assis Brasil é de 344km com um tempo médio de 5 horas e meia de deslocamento. No dia 27/05 a equipe partiu de Rio Branco por volta das 8:30 da manhã em Brasiléia (cidade sede da regional do Alto Acre) por volta das 12:00, onde almoçaram e na sequência seguiram para Assis Brasil com chegada às 14:30. Os pesquisadores aguardaram até o momento em que foram recebidos pelo Secretário Municipal de Saúde. Realizadas as devidas

apresentações, os pesquisadores apresentaram a pesquisa e esclareceram as dúvidas que ficaram na leitura do material da pesquisa, enviado previamente por e-mail.

Os quatro pesquisadores participaram da entrevista com o Secretário Municipal de Saúde. Não foi possível realizar a entrevista com a Coordenadora da Atenção Básica que estava em atividade fora do município. A entrevista com o secretário municipal de saúde teve duração de aproximadamente 3 horas. Ao término da entrevista, às 18h00min, foram acordados os horários e as unidades básicas de saúde (UBS) a serem visitadas no dia 28/05.

Ficou acordado que no dia seguinte seriam visitadas as UBS Gildo Ferreira e UBS Antônio Alves Cavalcante, ambas localizadas na sede do município, para a realização das entrevistas com profissionais e usuários. Em Assis Brasil todas as UBS estão localizadas na sede do município. Para atender aos critérios definidos para a escolha das UBS participantes do estudo (1 na sede e 1 na zona rural) a equipe de pesquisa optou por considerar a UBS Antônio Alves Cavalcante como sede e a UBS Gildo Ferreira como rural.

No dia 28/05 às 8:00 a equipe de campo chegou a Unidade Básica de Saúde Gildo Ferreira. Na parte da tarde a equipe de pesquisa se dirigiu a UBS Antônio Alves Foram realizadas todas as entrevistas previstas nas UBS.

No dia 29/05 a equipe de pesquisa visitou o Polo de Saúde Indígena (Polo Base) de Assis Brasil onde foi realizada uma breve entrevista (55 minutos) com a gerente da unidade para melhor compreensão das ações de saúde voltadas para a população indígena no município e a possível interação entre o Polo Base e a Secretaria Municipal de Saúde. Embora não estivesse previsto na pesquisa, a entrevista ajudou a compreender este processo, considerando que Assis Brasil tem um quantitativo importante de população indígena.

Por volta das 10:00 a equipe de pesquisa se deslocou para o município de Brasiléia. O tempo de deslocamento entre os municípios é de aproximadamente 3 horas. A equipe pernitoou no município e no dia 30/05 foi realizada a entrevista com o gestor regional indicado pelo COSEMS Acre. Na regional do Alto Acre não existe escritório regional da SES. A Comissão Intergestores Regional (CIR) foi recém implantada e o secretário municipal de Brasiléia é o presidente da CIR. Por esta razão foi indicado para participar da pesquisa. A entrevista teve início às 10:20 e término às 12:40, com duração de 02:17.

Na parte da tarde a equipe de pesquisa deslocou para Rio Branco, num trajeto que durou 3:30 min. Somente um membro da equipe permaneceu na capital para realizar a entrevista com o gestor estadual. Os demais seguiram para o Rio de Janeiro.

No dia 31/05 por volta das 10:00 realizou-se a entrevista com a coordenadora da atenção básica na SES Acre, com duração de aproximadamente 2:40 min. Sendo finalizada por volta das 12:40.

No município de Assis Brasil (AC), foram realizadas no total 16 entrevistas. As intercorrências foram: a não realização da entrevista com a coordenadora da atenção básica municipal e alteração da UBS a ser visitada, de acordo com o que havia sido acordado previamente, antes da equipe chegar no município.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

Assis Brasil foi fundada no ano de 1976. Recebeu este nome em homenagem a Joaquim Francisco de Assis Brasil, embaixador que negociou juntamente com o Barão de Rio Branco, Ministro de Estado das Relações Exteriores, a compra do Acre do governo boliviano. Destacou por lutar pela assinatura do Tratado de Petrópolis, entre Brasil e Bolívia, que garantiu a posse das terras do território do Acre e o direito da exploração da borracha nesta região. Como se observa na Tabela 2, o município tem uma população estimada de 7.300 habitantes (2018), uma área de 5011,22 km² e densidade demográfica de 1,21 hab/km².

Assis Brasil limita-se ao norte com o município de Sena Madureira, ao sul com o Peru e Bolívia, a leste com o município de Brasiléia e a oeste com o Peru. O município está localizado na tríplice fronteira entre o Brasil, o Peru e a Bolívia, formada com as cidades de Iñapari (Peru) e Bolpebra (Bolívia). A rodovia BR-317, também denominada Estrada do Pacífico ou Rodovia Interoceânica (interconecta Brasil e Peru) é a principal via de acesso ao município acreano.

Nos limites do município fica a Reserva Extrativista Chico Mendes, unidade de conservação de uso sustentável. A Reserva Extrativista é uma área utilizada por populações extrativistas tradicionais cujas atividades exercidas pelas famílias, além do extrativismo, são: agricultura de subsistência; criação de pequenos e grandes animais; e sistemas agroflorestais.

Assis Brasil possui população que se declara indígena, povos Jaminawa e Manchineri, que vive na Terra Indígena Mamoadate, localizada na fronteira com o Peru, na Cabeceira do Rio Acre. De acordo com o IBGE, 9.2% da população indígena do Brasil encontra-se em Assis Brasil¹⁷. Os entrevistados também relataram a presença populações ribeirinhas e quilombolas no município.

¹⁷ <https://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html>

Quadro 157: Indicadores Demográficos - Município Assis Brasil (AC)

ANO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO ¹	1976		
	Área territorial (km ²) ¹	-	5011,22 km ²
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²	-	1,21 hab/km ²	
Populações tradicionais predominantes ³	I	R	Q
Indicadores	2000	2010	2018
População total	4.676 ¹	6072 ¹	7300 ²
População urbana ¹ n(%)	2.151 (46%)	3.700 (60,94%)	-
População rural ¹ n(%)	2.525 (54%)	2.372 (39,06%)	-
IDHM ¹	0,425	0,588	-
Classificação IDHM ¹	Muito baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	2,4	2,3	-
% de população menor de 15 anos ¹	41,7	36,1	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	3,9	4,2	-

Legenda: R=ribeirinhos; P=pescadores; Q=quilombolas; I=indígenas; E=extrativistas; A=assentados

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>.

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>.

3: Banco de dados ciclo 2, PMAQ-AB.

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

Assis Brasil é classificado com IDH baixo. Do total de sua população, 30,66% vive em extrema pobreza e quase 70% é beneficiária do Programa Bolsa Família (Quadro 3). A sede do município concentra 60% da população, considerada urbana. A população rural é distribuída em pequenos povoados que se interligam com a sede do município através de ramais.

Com relação ao saneamento básico, 23% dos domicílios têm acesso a esgotamento sanitário. Na sede do município observou-se a existência de áreas muito precárias, com valas de esgoto a céu aberto, ruas sem pavimentação.

Por ser município de fronteira internacional, há uma permanente circulação de peruanos e bolivianos no município. A economia do município é dependente das transferências intergovernamentais. O comércio é fraco e há interação entre os comércios de Assis Brasil e Iñapari, cidade peruana de fronteira. Muitos brasileiros trabalham no Peru.

Quadro 158: Indicadores Sociais - Município Assis Brasil (AC)

INDICADORES	2000	2010
Renda familiar per capita mensal* ¹	199,23	291,33
% população extremamente pobre** ¹	37,77	30,66
% de população beneficiária do PBF*** ²	N/A	68,67
Índice de Gini ¹	0,6	0,61
Taxa de analfabetismo (em maiores de 15 anos) ¹	31,21	20,9
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	41,47	47,29
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	5,66	36,2
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	13,06	40,79
% da população em domicílios com água encanada ¹	21,44	80,31

% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário ²	N/A	23,11
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	46,84	84,4
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	90,25	96,83

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00

***Dado referente ao ano de 2014

Fontes:

¹<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 19/05/2019

²: Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014. Acesso em 19/05/2019

INDICADORES DE SAÚDE

Como pode-se observar no Quadro 4, os indicadores de saúde do município de Assis Brasil apontam que as principais causas de morte estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório, metabólicas e do trato digestivo. A taxa de ICSAB é de 40,8. A expectativa de vida do Assisbrasiliense é de 71 anos.

Com relação à cobertura vacina, observa-se que há população descoberta, principalmente em relação a tetravalente, com percentual inferior a 60% de cobertura. Quanto a realização de pré-natal, observa-se que há gestantes com menos de 7 consultas podendo haver problemas no acompanhamento pré-natal no município.

Quadro 159: Indicadores sanitários - Município Assis Brasil (AC)

ANO		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		67,64	71,19	
Nº de óbitos maternos ³		0	0	0
Mortalidade infantil ³	nº de obitos neonatal (0 a 27 dias)	3	1	-
	nº de obitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	3	-	5
	nº de obitos total em menores de 1 ano	6	1	5
Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	33,3 (Algumas doenças infecciosas e parasitárias)	22,7 (Doenças do aparelho circulatório)	31,3 (Doenças do aparelho circulatório)
	2ª principal causa de morte	33,3 (Transtornos mentais e comportamentais)	22,7 (Neoplasias)	9,8 (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas)

	3ª principal causa de morte	33,3 (Doenças do sistema nervoso)	13,6 (Causas externas de mortalidade e morbidade)	7,8 (Doenças do aparelho digestivo)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		33,3	12	3,8
Nº de óbitos por câncer de colo de útero ³		0	0	0
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%) ^{3***}		-	-	58,95
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ^{3***}		-	6,85	72,11
Gestantes com nº de consultas de pré natal insuficiente (menos de 7 consultas) ³		89	208	119
Nº de partos domiciliares ³		55	72	10
Nº de casos de sífilis congênita ^{3***}		0	0	0
Taxa de ICSAB Acre ²				40,8

¹<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

² <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

³<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por grupo de causa definidas/ nº total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de obitos de residentes por causas mal definidas/ nº total de obitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018

As informações primárias coletadas no município apontam para a questão da violência e uso de drogas ilícitas como um problema de saúde pública importante. Esta questão foi citada por gestor e profissionais de saúde. A condição de município de fronteira aberta com o Peru, na opinião dos entrevistados, coloca o município em condição vulnerável.

O número crescente de casos de leishmaniose também apareceu como uma questão de saúde importante no município e atribuída à interdependência das cidades de fronteira (Assis Brasil e Iñapari). No Brasil o desmatamento da floresta Amazônica é ilegal e controlado pelo IBAMA, enquanto que no Peru, não. Muitos brasileiros residentes em Assis Brasil vão trabalhar nas madeireiras peruanas e adquirem a doença naquele território. Contudo os casos são contabilizados e tratados no Brasil. Há relatos de que os peruanos adquirem medicamentos para tratamento da leishmaniose nas unidades básicas de saúde de Assis Brasil.

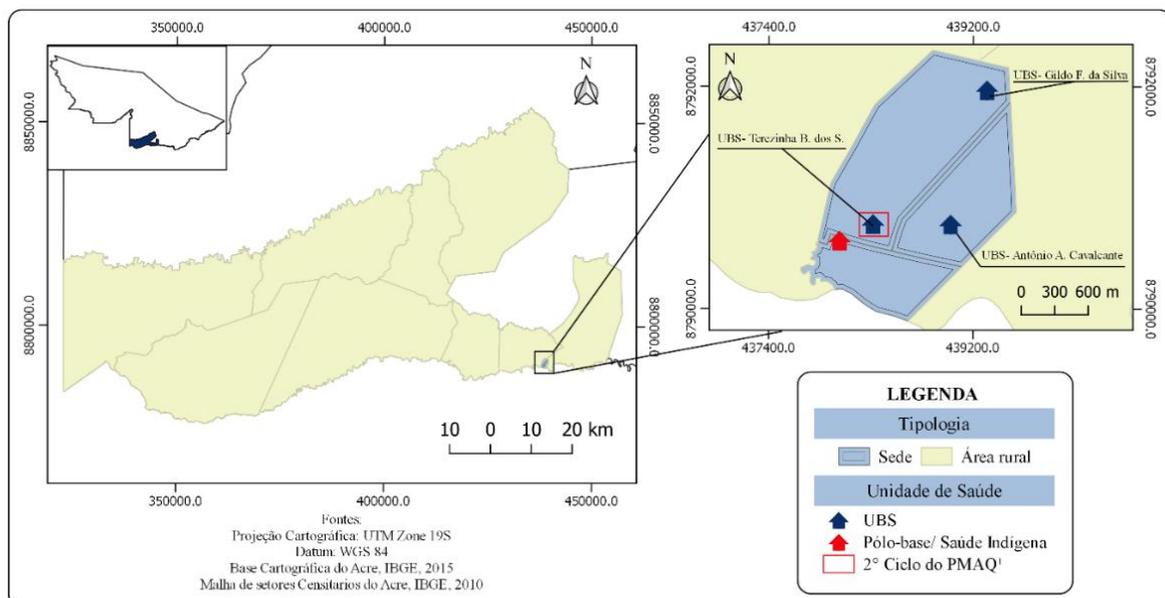
As informações primárias coletadas no município apontam para a questão da violência e uso de drogas ilícitas como um problema de saúde pública importante. Esta questão foi citada por gestor e profissionais de saúde. A condição de município de fronteira aberta com o Peru, na opinião dos entrevistados, coloca o município em condição vulnerável.

O número crescente de casos de leishmaniose também apareceu como uma questão de saúde importante no município e atribuída à interdependência das cidades de fronteira (Assis Brasil e Iñapari). No Brasil o desmatamento da floresta Amazônica é ilegal e controlado pelo IBAMA, enquanto que no Peru, não. Muitos brasileiros residentes em Assis Brasil vão trabalhar nas madeireiras peruanas e adquirem a doença naquele território. Contudo os casos são contabilizados e tratados no Brasil. Há relatos de que os peruanos adquirem medicamentos para tratamento da leishmaniose nas unidades básicas de saúde de Assis Brasil.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município de Assis Brasil possui três unidades básicas de saúde, todas localizadas na sede do município. A área rural do município é de difícil acesso e não existem ações de saúde rotineiras nestas áreas. As equipes de saúde estão distribuídas em duas UBS, mas de acordo com as informações coletadas nas entrevistas a população pode optar por atendimento nas duas UBS, a despeito de estar cadastrada especificamente em uma das UBS.

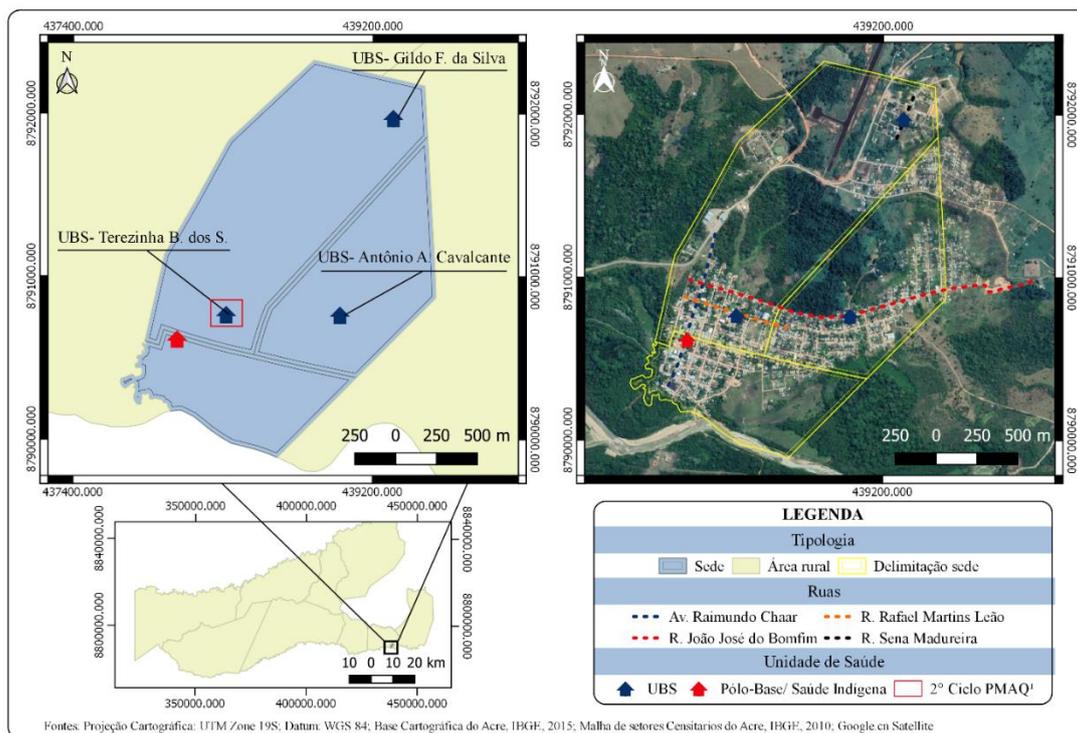
Mapa50: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do Município de Assis Brasil – AC



¹ Unidades de Saúde que participaram do segundo ciclo do PMAQ.

UBS: Unidade Básica de Saúde; PMAQ: Programa Nacional de melhoria e da Qualidade da Atenção Básica

Mapa51: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde do Município de Assis Brasil – AC



Identificamos no momento da visita que uma UBS recém construída não estava em funcionamento porque não havia rede elétrica legalmente constituída. Na relação número de equipe SF e população observa-se 100% de cobertura potencial da Estratégia SF. No entanto, para o município que tem 40% de sua população na área rural, parte dela indígena e residente em áreas de difícil acesso, a cobertura SF é menor. Essa afirmativa pode ser verificada na fala do gestor e dos profissionais de saúde. São três equipes atuando no modelo da Estratégia Saúde da Família, uma em cada UBS que está em funcionamento. E são 3 equipes de saúde bucal concentradas em duas UBS.

Quadro 160: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Assis Brasil (AC)

Tipo	Total	CNES	Descrição*
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	3	3797554	Unidade Basica De Saude Antonio Alves Cavalcante
		7436440	Unidade Basica De Saude Gildo Ferreira Da Silva
		2003066	Unidade Basica De Saude Terezinha Batista Dos Santos
Polo de saúde indígena	1	6428940	Polo Base De Assis Brasil
Unidade Mista	1	2001020	Unidade Mista De Assis Brasil
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT)	1	7520018	Laboratorio De Analise Clinicas
Unidade móvel de nível pré-hospitalar (de urgência)	1	7051808	Ambulancia Usb Assis Brasil 16

Farmácia	1	7827547	Fundo Municipal De Saude De Assis Brasil
Pólo da Academia da Saúde	02	9408142	Academia Da Saude Francisco Correia Da Silva
		7662130	Academia De Saude Serapiao Eloi Alves

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp

Quadro 161: Indicadores de Atenção Básica - Município Assis Brasil (AC)

Indicadores	2010	2018
População	6072 ¹	7300 ²
UBS em áreas rurais	0	0
UBS na sede	2	4
nº Eq ESF ³	2	3
nº ACS em ESF ³	16	18
Total ACS ³	16	18
NASF ³	0	1
Cobertura ESF ⁴	100%	100%

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: CNES - competências Dez/2010 e Dez/2018.

http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 29/03/2019

4: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> - Dez/2010 e Dez/2018. Acesso em 29/03/2019

Legenda: ESF=Equipes da Estratégia Saúde da Família; ACS=Agentes comunitários de saúde; EACS=Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; EqSB=Equipes com saúde bucal; NASF=Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica;

Há uma equipe NASF que atua em conjunto com as equipes AB. Segundo relato dos profissionais, o NASF é composto pelos seguintes profissionais: psicólogo, assistente social, farmacêutico. Há também 2 Academias da Saúde.

Há no município um Polo Base de Saúde Indígena pertencente ao sub sistema de Saúde Indígena; uma unidade mista pertencente ao governo estadual; e duas academias de saúde vinculadas a SMS. A SMS dispõe de ambulância e Van para transporte sanitário e caminhonetes para realização do trabalho das equipes nas áreas rurais.

A SMS tem convênio com laboratório local para realização de exames laboratoriais básicos (sangue, fezes e urina).

A dispensação de medicamentos é feita em farmácia central que fica na sede do município.

Com relação aos horários e dias de funcionamento, as UBS da sede funcionam de segunda a sexta, de 7 as 12h, fecham no horário de almoço e reabrem no horário de 14 às 17 horas.

JACAREACANGA - PA

Fotografia 26: Jacareacanga - PA



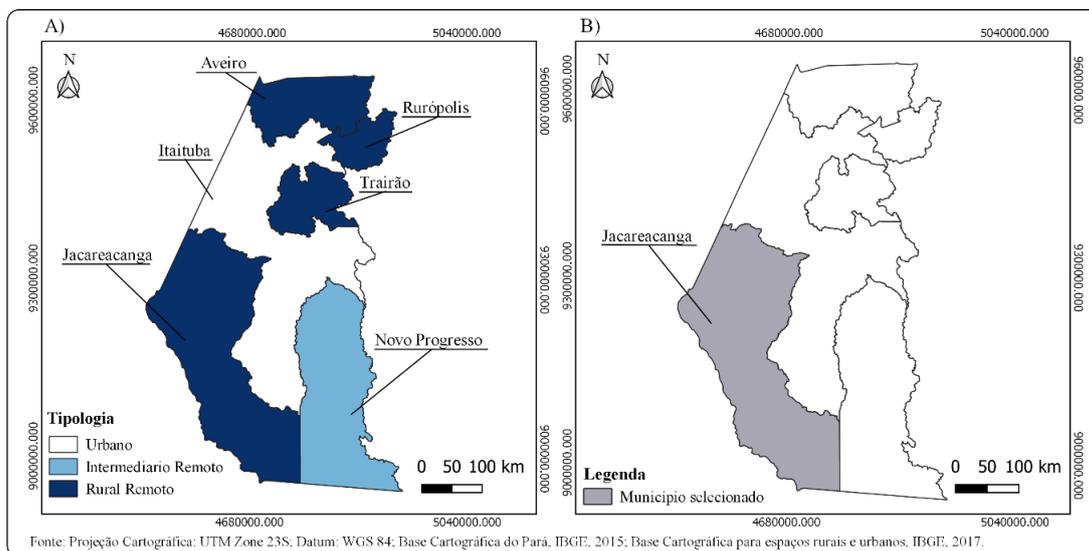
O município de Jacareacanga (PA) compõe o grupo de municípios rurais remotos (MRR) da pesquisa classificados como Norte Estrada, região que agrega 28 MRR do Brasil, distribuídos nos estados do Pará (12), Roraima (6), Amazonas (4), Acre (3) e Amapá (3). Em geral, municípios do Norte Estrada são aqueles com população média de 20.703 (± 13465) e densidade populacional média de 2,78 ($\pm 3,9$) hab/km², com áreas muito extensas (média de 13.284km²). O PIB médio per capita foi de R\$ 12.791,00 ($\pm 4.998,00$), valores superiores aos municípios Norte Águas. Os serviços de administração, saúde pública, educação pública 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 48,31%.

Para a amostra da área Norte Estrada foram selecionados inicialmente 4 municípios, dentre os quais 3 tiveram campos realizados. 2 deles encontram-se no estado do Pará, 1 no Acre.

O município de Jacareacanga localizado no extremo sudoeste do Pará, integra a região de saúde do Tapajós e é classificado na pesquisa como um município outlier, principalmente devido sua população de mais de 40.000 habitantes. É marcado também por imensa área territorial, baixa densidade demográfica e alta presença de população indígena. Dos 6 municípios dessa região, quatro constam como rurais remotos pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017), sendo eles: Aveiro, Rurópolis, Trairão e

Jacareacanga e um município Intermediário remoto, Novo Progresso. Itaituba é o município pólo dessa região.

Mapa 52: Mapas da regional de saúde do Tapajós (PA), com classificação dos municípios pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017) e município selecionado para a pesquisa



Quadro 162: Região de Saúde do Tapajós (PA)

UF	Município ¹	Classificação IBGE ²	Seleção Amostra ³	Classificação Rural ³
PA	Aveiro	RuralRemoto	Não	Norte Águas
PA	Itaituba	Urbano - SEDE CIR	Não	Norte Estrada
PA	Jacareacanga	Rural Remoto	Sim	Norte Estrada
PA	Faro	RuralRemoto	Não	Norte Águas
PA	Novo Progresso	IntermediarioRemoto	Não	Norte Estrada
PA	Rurópolis	RuralRemoto	Sim	Norte Estrada

Fonte:

¹ Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<https://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes ao ano de 2014. Acesso em 11/04/2019

² IBGE: https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm. Acesso em 11.04.2019

³ Dados da pesquisa

O TRABALHO DE CAMPO

No dia 12.08.2019 às 07:00 houve o deslocamento da equipe, composta por 4 pesquisadores de campo e o motorista. O deslocamento ocorreu por via terrestre, de caminhonete institucional da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), campus Amazônia, de Santarém para Jacareacanga.

O deslocamento de Santarém até Jacareacanga durou o total de 14 horas. Geralmente a viagem dura dois dias, com fatores decisivos para o êxito da viagem e diminuição do tempo de deslocamento: primeiro, as estradas apesar de não terem as condições ideais de tráfego, apresentarem buracos, poeira, falta de sinalização adequada

ou visível, estavam em condições melhores das que ocorrem na época das chuvas em que o terreno costuma ser de difícil acesso. Outro fator importante foi o motorista ser um profissional experiente que já havia feito a viagem.

Durante o trajeto se passou pelos municípios de Rurópolis e Itaituba, com caminho alternando entre estradas de terra e asfalto de má qualidade. Do trajeto de Itaituba à Jacareacanga, a via era de terra em todo o trajeto, haviam raríssimas áreas habitadas, com presença pontual de comunidades de garimpo e de grandes áreas desmatadas e/ou extensas regiões de queimadas, presenciadas próximas à sede do município de Jacareacanga (cerca de 40min de deslocamento abrangeu áreas com queimadas). A chegada no município ocorreu às 20:30.

Todo o trajeto no município ocorreu via carro institucional da UFOPA. No dia 13.08.2019 às 7:30 os pesquisadores de campo se deslocaram para a reunião com os gestores municipais de saúde, agendada previamente após contato estabelecido e mantido em reunião da CIR. Em um primeiro momento houve a conversa com a coordenadora de atenção básica em que foram discutidos formas de realizar a pesquisa, após isso houve o deslocamento dos pesquisadores acompanhados da coordenadora de atenção básica até as unidades de saúde na sede do município, em que se foi brevemente apresentado os profissionais e estrutura. Além disso, visitou-se a Secretária de Assuntos Indígenas.

Às 10h:40 houve a reunião, com os dois gestores, em que se foram esclarecidos as dúvidas e os objetivos e proposta de trabalho enviados por e-mail dos gestores, sendo acordadas datas, horários, locais e público-alvo da pesquisa. Foram acertados que as unidades básicas de saúde a serem visitadas, por questão de logística envolvendo tempo e transporte, seriam as localizadas na sede: Alto Tapajós e São Francisco. Os entrevistados seriam profissionais e usuários dessas unidades de saúde, com acréscimo de duas profissionais que atuaram na zona rural e que estavam na sede.

Nesse município, portanto, não foi possível realizar visitas a áreas rurais, pois as mais próximas (3h-4h de viagem) eram em área indígena, que foge ao escopo da pesquisa. De todo modo, foi acordado a entrevista com profissionais de área rural em UBS da sede.

Às 11:00 os pesquisadores foram divididos em duplas para realizar as entrevistas com os gestores municipais de saúde com término às 13:30. Às 15:00 houve o deslocamento para a unidade básica de saúde Alto Tapajós, localizada na sede, os pesquisadores se dividiram para realizar a entrevista com os profissionais da sede e uma profissional da zona rural que estava na unidade e que atuou na zona rural, as entrevistas terminaram por volta das 18:30. No final do dia foi realizado os últimos ajustes junto com coordenadora de atenção básica e agente comunitária de saúde, sobre as entrevistas restantes, sendo sugerido a realização de entrevistas dos usuários em domicílio, como forma de conseguir acessar o público-alvo da pesquisa.

No dia 14.08.2019 foi realizado o deslocamento dos pesquisadores para a entrevista dos profissionais e usuários, os pesquisadores se dividiram para realizar as entrevistas, três entrevistas com usuários e uma com uma enfermeira aposentada que atuou durante anos na zona rural. Ambas foram realizadas em domicílio, estratégia sugerida pela coordenadora de atenção básica e pela agente comunitária de saúde da unidade básica de saúde São Francisco. O deslocamento aos domicílios se deu com a agente comunitária de saúde, no transporte institucional, que indicou os usuários e apresentou os pesquisadores para os mesmos. Um imprevisto foi a realização da entrevista com uma adolescente indígena que havia realizado o acompanhamento do pré-natal e puerpério na unidade básica de saúde, dada a inviabilidade de usar os dados (menor de idade e etnia indígena), houve a necessidade de realizar o deslocamento para a casa de outra usuária que preenchesse o perfil da pesquisa e que substituísse a primeira entrevista.

Após as entrevistas em domicílios, os pesquisadores retornaram à unidade básica de saúde de São Francisco para a realização das entrevistas com a Odontóloga e com a usuária do CCU1. A entrevista com a usuárias terminou por volta das 11:20, e em virtude do horário houve uma pausa na entrevista e, de forma complementar, os pesquisadores realizaram uma breve visita técnica no Laboratório de Malária e Entomologia, que foi direcionada pelo coordenador do laboratório.

Às 14:00 houve a continuação da entrevista da odontóloga, e teve início a entrevista da técnica de enfermagem que atuou por muito tempo na zona rural no posto de saúde e que a poucos dias estava atuando na unidade de saúde, por isso a entrevista foi focada na experiência tida por ela no posto de saúde que atuou. Depois de uma breve conversa com os agentes de saúde houve o deslocamento dos pesquisadores para a residência de um casal de hipertensos da área rural que estavam na sede do município. As entrevistas terminaram por volta das 16:40, depois disso houve o deslocamento dos pesquisadores para a Secretária Municipal de Saúde para ser realizado as últimas formalidades da pesquisa.

No dia 15.08.2019, às 08:20 houve o deslocamento dos pesquisadores de Jacareacanga para Itaituba pela estrada com chegada às 17:25. No dia 16.08.2019 houve a visita a Distrito Sanitário Especial Indígena junto com a coordenação local de Itaituba, após a explanação da pesquisa e da proposta de entrevista nos foi orientado quais caminhos seguir para realizar pesquisa com as populações indígenas. Às 12:10 houve o deslocamento dos pesquisadores de Itaituba para Santarém, pela estrada, com chegada às 17:20.

Foi realizada o total de 13 entrevistas, sendo 3 extras e ficando pendente entrevistas com médicos e com usuárias CCU e PPP de área rural.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O município de Jacareacanga (PA) foi criado em 1993, e possui uma área de extensão territorial de 53539,84 km². Seu acesso é exclusivo pela rodovia Transamazônica (BR-230). Dados populacionais demonstram uma redução de 41,3% da população nesse município, entretanto, entre a maioria dos entrevistados é possível que a população possa variar de 27 a 42 mil habitantes. Grande parte da sua população vive em áreas rurais (65,04%), sendo um município com predominância de população indígena da etnia Munduruku, além de grande influência de atividades garimpeiras. Destaca-se também, que é uma região de fronteira com o município de Apuí (AM).

Quadro 163: Indicadores Demográficos - Município Jacareacanga (PA)

Ano de criação do município ¹	1993	-
Área territorial (km ²) ¹	-	53539,84 km ²
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²	-	0,26 hab/km ²
Populações tradicionais predominantes ³	Ribeirinhas, indígenas*	
Indicadores	2000	2010
População total	24024 ¹	14103 ²
População urbana ¹ n(%)	5670 (23,60%)	4930 (34,96%)
População rural ¹ n(%)	18354 (76,40%)	9173 (65,04%)
IDHM ¹	0,371	0,505
Classificação IDHM ¹	Muito baixo	Baixo
% de população até 1 ano de idade ¹	2,3	1,9
% de população menor de 15 anos ¹	33,41	34,08
% de população com 65 anos ou mais ¹	1,33	2,17

Legenda: R=ribeirinhos; P=pescadores; Q=quilombolas; I=indígenas; E=extrativistas; A=assentados

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 11/04/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 11/04/2019

3: Banco de dados ciclo 2, PMAQ-AB. http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

*Dado primário coletado no município.

Com o IDHM classificado como baixo (0,505), observa-se um percentual expressivo de população extremamente pobre (42,45%) no ano de 2010 (Quadro 3). As principais fontes de renda são o Programa Bolsa Família (PBF), funcionalismo público ou contratos pela prefeitura, comércio (há três grandes comércios no município) e nas comunidades rurais: pesca, produção de farinha e caça. Destaca-se que dentre os municípios pesquisados, esse é o que tem o menor percentual de população beneficiária do PBF. Há

um reduzido número de plantações no município, mas isso não gera problemas de abastecimento, pois os produtos alimentícios vêm de Porto Velho e Itaituba.

É importante ressaltar que o município recebe royalties das hidrelétricas Teles Pires e São Manoel, que influenciam diretamente no desenvolvimento do município. Os royalties destas hidrelétricas são responsáveis ainda pela construção de alguns serviços, a exemplo cita-se a construção do laboratório municipal de malária e entomologia, o abastecimento de medicamentos, etc.

O abastecimento de água na sede é realizado por meio de microssistemas e poços particulares sem tratamento de água, há ainda a distribuição de água, que não para consumo humano, dos igarapés por meio de carros pipa. Nas áreas rurais a água é adquirida e ingerida diretamente do rio, com a utilização de hipoclorito, quando cedido pela Secretaria, ou sem qualquer tratamento. Dados mostram que em 2010, 85,15% da população tinham energia elétrica, entretanto nos relatos, observa-se que a maior parte das áreas rurais não possui energia elétrica, somente através de motor estacionário, a diesel, em horários específicos (exemplo: 18h às 22h). Recentemente, chegando o projeto Luz para todos para iniciar o abastecimento.

Com relação ao saneamento básico, observa-se que mesmo com o relato que depois da intervenção de um projeto houve um favorecimento na organização das fossas, o município apresenta condições precárias ou ausência total de saneamento. A coleta de lixo ocorre somente na sede, sem estratégia para área rural. Essas afirmações confirmam os dados da tabela 3 com relação a esgotamento sanitário e coleta de lixo.

Quadro 164: Indicadores Sociais - Município Jacareacanga (PA)

Indicadores	2000	2010
Renda familiar per capita mensal* ¹	234,36	289,16
% população extremamente pobre** ¹	37,88	42,41
% de população beneficiária do PBF ²	N/A	24,57 ²
Índice de Gini ¹	0,64	0,69
Taxa de analfabetismo (em maiores de 15 anos) ¹	36,82	27,4
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	32,62	27,32
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	2,45	9,9
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	6,47	20,5
% da população em domicílios com água encanada ¹	14,31	68,44
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário ²	N/A	2,03
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	59,9	85,15
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	56,34	68,44

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 20/04/2019

²:Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014. Acesso em 20/04/2019

Dados de indicadores sanitários no Quadro 4 do município de Jacareacanga demonstram um aumento de nascidos vivos em mães na faixa etária de 10 a 19 anos, assim como um aumento no número de nascidos vivos com peso de até 2499g. Alguns relatos dos profissionais destacam que nessa região há um grande índice de prostituição infanto-juvenil e de gravidez na adolescência, principalmente nas populações indígenas, o que pode estar associados a esses dados. Relacionado a isso se observa ainda que têm um aumento de número de gestante com pré-natal insuficiente, em algumas entrevistas é relatado que as mulheres deixam para procurar os serviços quando já está no terceiro a quinto mês de gravidez, ou ainda a resistência, ou até mesmo pela dificuldade de acessar aos serviços.

Dos problemas de saúde da região há: problemas respiratórios associados à poeira e queimadas que são frequentes na sede e na área circunvizinha, relatos que podem ser confirmados a partir da observação dos dados em que no período de 2000 a 2016, as doenças de aparelho respiratório se configuram com uma das três principais causas de morte; problemas intestinais visíveis em doenças diarreicas (especialmente em épocas de cheia do rio); doenças endêmicas como malária (em virtude dos garimpos), leishmaniose e sarampo (com quatro casos confirmados); envenenamentos por escorpião e cobras (Jararaca), inclusive áreas indígenas - chegando até a ter um caso de óbito recente, devido não ter soro na aldeia. São frequentes os surtos de malária e leishmaniose, um dos motivos que levaram a estruturação de um laboratório específico, para análise e diagnóstico com base no material biológico coletado tanto no hospital quando na sede do laboratório. Além disso, o município adota a introdução de um microscopista na equipe mínima dos postos de saúde.

Com relação ao uso da água nota-se que é restrito em igarapés e rios que se sabe que há contaminação decorrente de atividades extrativistas minerais através do garimpo com o uso do mercúrio e animal perceptível pelo uso do “Timbó”, um veneno, substância utilizada pelos indígenas, há muito tempo, para a realização da pesca do maior número de peixes, para venda e consumo. Além disso, foram citados problemas de violência (arma de fogo e arma “branca”) e uso abusivo de álcool e outras drogas.

Quadro 165: Indicadores sanitários - Município Jacareacanga (PA)

		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		65,4	71,8	
Nº de óbitos maternos ³		2	0	0
Mortalidade infantil ³	Nº de óbitos neonatal (0 a 27 dias)	5	9	5

	Nº de óbitos pós-neonatal (28 dias até 1 ano)	9	13	7
	Nº de óbitos total em menores de 1 ano	14	22	12
Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	32 (Algumas doenças infecciosas e parasitárias)	19 (Doenças do aparelho circulatório)	29,4 (Causas externas de morbidade e mortalidade)
	2ª principal causa de morte	20 (Doenças do aparelho circulatório)	16,7 (Doenças do aparelho respiratório)	21,6 (Doenças do aparelho respiratório)
	3ª principal causa de morte	16 (Doenças do aparelho respiratório)	14,3 (Algumas doenças infecciosas e parasitárias)	15,7 (Doenças do aparelho circulatório)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		34,2	27,6	26,1
Mortalidade por câncer de colo de útero ³		0	0	0
Nº de nascidos vivos em mães na faixa de etária de 10 a 19 anos		58	108	221
Nº de nascidos vivos com peso até 2499 g		10	32	35
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetra (%) ^{3***}		N/A	-	85,74
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ^{3***}		-	6,17	128,72
Gestantes com nº de consultas de pré-natal insuficiente (menos de 7 consultas) ³		92	280	331
Nº de partos domiciliares ³		27	132	33
Nº de casos de sífilis congênita ³		0	0	0
Taxa de ICSAB Pará ³				40,8

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

2: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

3: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de óbitos de residentes por grupo de causa definidas/ nº total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de óbitos de residentes por causas mal definidas/ nº total de óbitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

É estimada uma cobertura de Atenção Básica de mais de 80% da população, entretanto no relato do gestor observa-se uma porcentagem inferior, em que esta demonstra ser ainda extremamente insuficiente na avaliação do entrevistado.

Quadro 166: Indicadores de Atenção Básica - Município Jacareacanga (PA)

Indicadores	2010	2018
População	14103 ¹	88992 ²
UBS em áreas rurais	-	
UBS na sede	-	
nº Eq ESF ³	1	2
nº ACS em ESF ³	7	9
nº Eq EACS ³	1	1
nº ACS em EACS ³	18	11
Total ACS ³	33	22
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	0	2
NASF ³	0	0
Cobertura ESF ⁴	8,32	85,62

Fontes:

¹<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 16/04/2019²<https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 16/04/2019³CNES - Competências Dez/2010 e Dez/2018. http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 16/04/2019⁴<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> - Dez/2010 e Dez/2018. Acesso em 16/04/2019

Legenda: ESF=Equipes da Estratégia Saúde da Família; ACS=Agentes comunitários de saúde; EACS=Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; EqSB=Equipes com saúde bucal; NASF=Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica.

Há duas Estratégias Saúde da Família (ESF) no município, atuantes na Unidade Básica de Saúde (UBS) São Francisco e Unidade de Saúde da Família (USF) Alto Tapajós, quatro postos de saúde em áreas rurais, com microscopistas, técnico de enfermagem e ACS e duas Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), sendo uma delas na comunidade Mamãe Anã, que atende população ribeirinha.

Quadro 167: Caracterização de equipamentos de saúde - Município Jacareacanga (PA)

Tipo	Total	CNES	Descrição*	Área*	Ativa*
Posto de Saúde	4	771921 3	Posto De Saude Bernardino Furtado Dos Reis	Rural	SIM
		771922 1	Posto De Saude De Cabacal	Rural	SIM
		771924 8	Posto De Saude Estandislau Brilhante	Rural	SIM
		771925 6	Posto De Saude Tristao Botelho	Rural	SIM
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	3	901388 1	Centro De Testagem Anonima Cta	Urban o	
		790874 1	Unidade Basica De Saude Sao Francisco	Urban o	SIM
		233154 3	Unidade Saude Da Familia Alto Tapajos	Urban o	SIM
Unidade Mista	1	233169 1	Hospital Municipal De Jacareacanga	Urban o	SIM

Unidade de Apoio Diagnose Terapia	1	965716 9	Biolab	Urban o	
Unidade Móvel Terrestre	1	937926 6	Unidade Odontologica Movel	Urban o	NÃO
Unidade de Vigilância em Saúde	1	233167 5	Unidade De Vigilancia Sanitaria	Urban o	SIM
Central de Gestão em Saúde	1	785491 9	Secretaria Municipal De Saude De Jacareacanga	Urban o	SIM
Unidade de Apoio Diagnose Terapia	17	758874 7	Casa De Saude Indigena De Jacareacanga	Urban o	
Polo Academia da Saúde	1	914326	Academia Da Saude	Urban o	SIM
Laboratório de Saúde Pública	1	790575 0	Laboratorio De Malaria E Entomologia Antonio Viana	Urban o	SIM

Fonte:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp

*Dados confirmados no contato com o município.

**O município apresenta 16 Unidades de Atenção a Saúde Indígena

Com relação à composição das equipes das ESF, observa-se que as duas são compostas por odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnico em saúde bucal, ACS, assistentes administrativos, contudo, somente a USF Alto Tapajós têm a presença do médico do Programa Mais Médicos (PMM), desde a saída dos médicos cubanos não há médico específico para UBS São Francisco, demonstrando um aumento da demanda no hospital para consultas médicas. Atuam no município cinco médicos com diferentes especialidades, sendo que quatro atuam por contrato de 15 dias alternando entre dupla de médicos para cobrir o mês, esses médicos também atuam em municípios do estado do Amazonas. Atualmente, para evitar que a UBS São Francisco fique sem as atividades de assistência, um médico atende de forma alternada na atenção básica e atenção hospitalar; a gestão atual pleiteia a possibilidade de preencher a vaga para o médico exclusivo da AB do PMM.

Quadro 168: Indicadores de recursos em saúde - Município Jacareacanga (PA)

Indicadores	2010	2018
Nº de médicos ¹	0	18
Anestesiologista	0	1
Cirurgião Geral	0	2
Clinico	0	3
ESF	0	2
Ginecologista e Obstetra	0	1

Nº de enfermeiros ¹	5	32
Nº de dentistas ¹	0	5
Nº de Leitos ¹	N/A	24

Fonte:

1. CNES DATASUS, busca por CBO. Competência: dez/2018

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp. Acesso em 17/04/2019

Há uma extrema dificuldade de compreender a adscrição das equipes de AB do município. Isso porque, além de existir muitas áreas descobertas, a adscrição é antiga e sem fluxos definidos, principalmente para comunidades rurais. Para atender as áreas rurais é formada uma equipe composta por um médico, um odontólogo, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e por vezes um ACS realizam atendimentos com o mesmo escopo de ações da área urbana, incluindo pequenos procedimentos nas áreas rurais. A equipe passa de dois a sete dias, e em geral passam duas vezes por ano em cada comunidade, dependendo da demanda. Quando necessário, o presidente da comunidade entra em contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) para que sejam realizados os atendimentos. Uma das enfermeiras entrevistada relata que faz todo o planejamento dos materiais e insumos para os atendimentos nas áreas rurais, a partir das solicitações dos profissionais. De modo geral a gestão municipal cita que faltam profissionais médicos e ACS e que há a necessidade de atualização do quadro de agentes comunitários de saúde que é insuficiente para a demanda das áreas a serem cobertas, pretendendo-se a contratação de 56 novos profissionais.

No que se refere à população indígena, o atendimento acontece em equipamentos de saúde disponíveis nas aldeias com equipe específica disponibilizada pela Secretaria de Atenção à Saúde Indígena (SESAI), entretanto os ACS que atuam nessas áreas são da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). Há casos em que há necessidade de assistência em saúde no hospital ou UBS, localizado na sede do município.

A odontóloga da UBS relata que quando os indígenas vão ser atendidos na UBS, eles se dirigem primeiro a Casa de Saúde Indígena (CASAI) e falam com a enfermeira ou técnica de enfermagem para depois serem atendidos pelas UBS do município, pois estes, segundo o relato, não podem ser atendidos direto, visto que a mesma atende por demanda espontânea. Caso o indígena chegue com vários da aldeia na unidade, a odontóloga não atende, pois a CASAI disponibiliza a lista com o nome das pessoas que serão atendidas e nesse dia não há atendimento para a população adstrita na UBS, somente para os indígenas. Entretanto relata que a demanda diminuiu depois que a SESAI contratou quatro odontólogos para o atendimento nas aldeias. Uma observação é que quando ocorre o atendimento, os indígenas são acompanhados de tradutores que auxiliam no trabalho da equipe local e na UBS São Francisco, por vezes, o assistente administrativo atua como o

tradutor. A odontóloga conta que a Unidade Odontológica Móvel (UOM) não tem equipamento adequado para o funcionamento no município e nem profissional para esse deslocamento. Conta ainda que o seu salário comparado ao odontólogo da UBS Alto Tapajós, que atende também áreas rurais e de garimpos é superior, logo sugere que este possa utilizar a UOM nos atendimentos as áreas de difícil acesso.

Relacionado às atividades de urgência e emergência, o município conta com o Hospital Municipal de Jacareacanga cadastrado como unidade mista no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). No Hospital Municipal são realizadas cirurgias de urgência e/ou agendadas, como: cesarianas, hérnia, histerectomia, partos de alto risco, amputação, e até cirurgias eletivas e de emergência. Além disso, também são realizadas consultas médicas agendadas no HM. Para realização de exames, a população leva a solicitação da UBS para o Hospital Municipal, entretanto o retorno para leitura dos resultados acontece no Hospital, não há contrarreferência. O encaminhamento para serviço especializado é realizado na UBS, o usuário leva ao setor de TFD e esse aguarda a ligação da assistente social sobre a marcação da consulta especializada no município de Santarém/PA.

De modo geral, uma das sugestões para melhoria dos serviços proposta pela gestão municipal é a implantação de mais uma UBS na sede e da realização de concurso para contratação de agentes comunitários de saúde. Dentre os desafios destacados é a necessidade de ampliação de cobertura, a dificuldade financeira de manter todas as equipes completas, assim como, a dificuldade de fixação nas áreas de mais difícil acesso: “A maior parte dos profissionais vem de fora, então não compensa nem o salário e nem ficar longe da família”. Outro ponto é a realização de parto humanizado, com uma maternidade nos moldes da Rede Cegonha. A melhor estratégia é “construir, equipar e manter com profissionais, os postos mais próximos da população. Levar saúde para próximo deles”.

RURÓPOLIS - PA

Fotografia 27: Rurópolis- PA



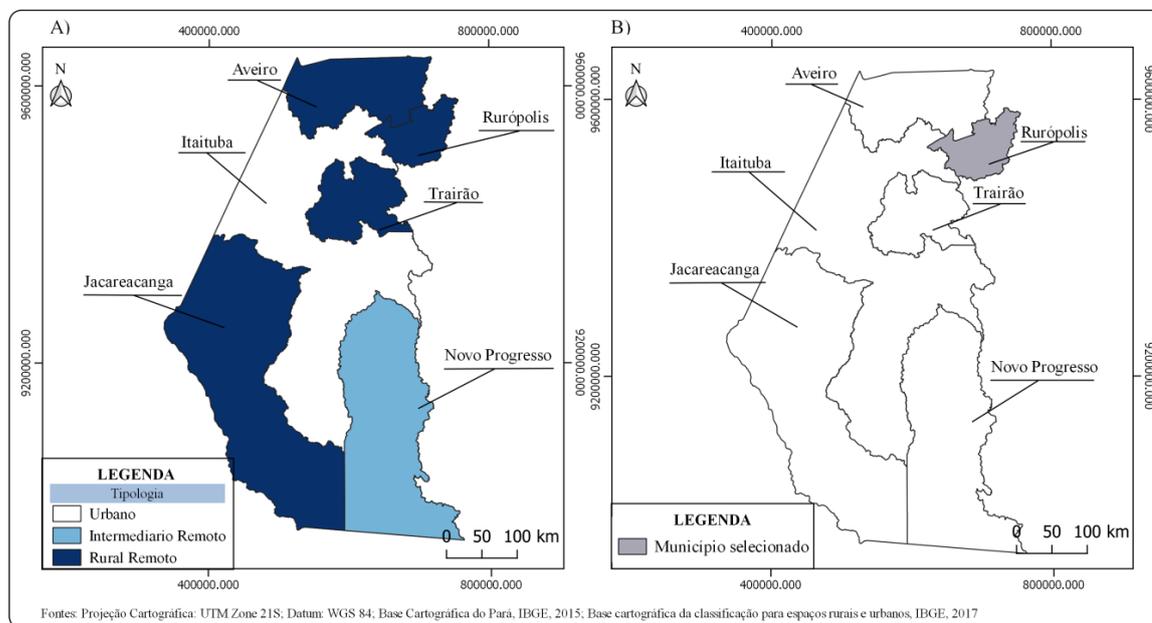
O município de Rurópolis faz parte dos 323 municípios classificados pelo IBGE como municípios rurais remotos (MRR) que trazem consigo características que dificultam a garantia de acesso universal e integral ao sistema de saúde, constringendo à consecução da equidade. Ele compõe o grupo de MRR da pesquisa classificados como Norte Estrada, região que agrega 28 MRR do Brasil, distribuídos nos estados do Pará (12), Roraima (6), Amazonas (4), Acre (3) e Amapá (3). Em geral, municípios do Norte Estrada são aqueles com população média de 20.703 (± 13465) e densidade populacional média de 2,78 ($\pm 3,9$) hab/km², com áreas muito extensas (média de 13.284km²). O PIB médio per capita foi de R\$ 12.791,00 ($\pm 4.998,00$), valores superiores aos municípios Norte Águas. Os serviços de administração, saúde pública, educação pública 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 48,31%.

Para a amostra da área Norte Estrada foram selecionados inicialmente 4 municípios, dentre os quais 3 tiveram campos realizados (exclusão do campo inicial de Roraima). Dos campos realizados, 2 deles encontram-se no estado do Pará, 1 no Acre.

O município de Rurópolis localizado no sudoeste do Pará, integra a região de saúde do Tapajós e é classificado na pesquisa como um município outlier, principalmente devido sua população de mais de 40.000 habitantes. É marcado também por imensa área territorial, baixa densidade demográfica, ficando localizado no entroncamento entre as rodovias Santarém-Cuiabá e Transamazônica. Dos 6 municípios dessa região, quatro

constam como rurais remotos pela tipologia rural-urbano do IBGE (2017), sendo eles: Aveiro, Rurópolis, Trairão e Jacareacanga e um município Intermediário remoto, Novo Progresso. Itaituba é o município pólo dessa região.

Mapa 53: Mapa da regional de Saúde do Tapajós, de acordo com a tipologia rural-urbano do IBGE, com destaque ao município de Rurópolis



A) Classificação dos espaços rurais e urbanos na Região de Saúde do Tapajós-PA; B) Município da Região de Saúde Tapajós-PA selecionado para o estudo.

Quadro 169: Região de Saúde do Tapajós

UF	Município ¹	Classificação IBGE ²	Seleção Amostra ³	Classificação Rural ³
PA	Aveiro	RuralRemoto	Sim	Norte/Águas
PA	Itaituba	Urbano - SEDE CIR	Não	Norte/Estradas
PA	Jacareacanga	RuraRemoto	Sim	Norte/Estradas
PA	Faro	RuralRemoto	Não	Norte/Águas
PA	Novo Progresso	IntermediarioRemoto	Não	Norte/Estradas
PA	Rurópolis	RuralRemoto	Sim	Norte/Estradas

Fonte:

1Pesquisa Regiões e Redes:

https://www.resbr.net.br/indicadores/view/index.php?uf=15&indicador=grupo_socio. Dados de 2014. Acesso em 09.03.2019

²IBGE:

https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm. Acesso em 11.04.2019

³Dados da pesquisa Atenção Primária à Saúde em áreas rurais e remotas no Brasil

O TRABALHO DE CAMPO

No dia 21.05.2019 às 08:00 houve o deslocamento da equipe, composta por 4 pesquisadores de campo (da Universidade Federal do Oeste do Pará - UFOPA e ENSP/FIOCRUZ) e motorista da UFOPA. O deslocamento ocorreu por via terrestre, de caminhonete institucional da UFOPA, campus Amazônia, de Santarém para Rurópolis.

O deslocamento de Santarém até Rurópolis durou o total de 4 horas. Em períodos sem chuva a viagem dura cerca de 2h30-3h, devido as estradas estarem em condições mais ideais de tráfego. No trajeto realizado, majoritariamente pela rodovia Santarém-Cuiabá, observou-se muitos trechos da rodovia sem pavimentação, com buracos, poeira, falta de sinalização adequada ou visível. Uma curiosidade foi em um trecho percorrido em aproximadamente 30 min, já mais próximo do município de Rurópolis, a estrada era com pavimentação precária e havia uma numeração de 800 “buracos tapados” recentemente e sinalizados na rodovia. Outro fator importante foi o fato do motorista ser um profissional experiente que já havia feito a viagem.

Durante o trajeto se passou pelas entradas dos municípios de Belterra e Mojuí dos Campos, com caminho alternando entre estradas de terra e asfalto de má qualidade, especialmente pelo período de visita que ainda abarcava o “inverno amazônico” (período das chuvas). A maior parte do caminho era de áreas inabitadas, com presença de grandes áreas desmatadas para monoculturas de soja/milho; e uma grande parte de reserva florestal extrativista do Tapajós-Arapiuns - FLONA.

Todo o trajeto até o município e dentro do município ocorreu via carro institucional da UFOPA. No próprio dia de chegada, 21.05.2019, no turno da tarde fomos recebidos pela coordenadora de atenção básica (também apoiadora regional do COSEMS da região do Tapajós), agendada previamente após contato estabelecido e mantido em reunião da CIR. Em um primeiro momento houve a conversa com a coordenadora de atenção básica na UNIVAP - Unidade Integrada de Vigilância em Saúde e Atenção Primária, em que foram discutidas formas de realizar a pesquisa, sendo acordadas datas, horários, locais e público-alvo da pesquisa. Após isso houve o deslocamento dos pesquisadores acompanhados da coordenadora de atenção básica até as unidades de saúde na sede do município, em que se foi brevemente apresentado os profissionais e estrutura. Importante destacar que toda a estadia e deslocamentos no município foi apoiado e coordenado pela coordenadora AB.

As entrevistas foram iniciadas no mesmo dia no turno da tarde, em que conjuntamente os pesquisadores fizeram a entrevista com a coordenadora AB, com duração de 4h30 e um deles realizou com a odontóloga. No dia seguinte, 22.05, foram realizadas as entrevistas na UBS da sede (profissionais e usuários).

No dia 23.05, uma pesquisadora se manteve na sede finalizando as entrevistas e os outros três, juntamente com a coordenadora AB se deslocaram para a UBS rural (Quadro 2). O deslocamento para UBS de área rural ocorreu às 7h30 do dia 23.05, com chegada à UBS por volta das 9h15. O caminho percorrido foi pela transamazônica, com vias em precárias condições, no qual foi possível na volta visualizar um “atoleiro” com caminhões (Foto no anexo), em que ficamos aguardando cerca de 40min para voltar à sede de

Rurópolis. Na UBS rural todos aguardavam a nossa chegada, e as entrevistadas ocorreram sem intercorrências. Só não foi possível entrevistar a usuária CCU de área rural.

No dia 24.05.2019, às 8h30 houve o deslocamento dos pesquisadores de Rurópolis para Santarém, por estrada, com chegada às 12h30, diretamente para a reunião da CIR que estava sendo realizada em Santarém/PA, com o intuito de realizar a entrevista com a Secretária municipal de saúde. Contudo, essa ocorreu somente no dia 25.05.2019 de manhã, nas dependências da UFOPA, com toda a equipe de pesquisadores.

Foram realizadas o total de 15 entrevistas, sendo 2 categorizadas como “outras” (dentista e 1 ACS do EACS) e ficando pendente entrevista com usuária CCU de área rural.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

Fundada em 1988, o município de Rurópolis possui estimativa de 49.503 pessoas, sendo 61,9% moradores de área rural, com área territorial de aproximadamente 7054,35 km² e densidade demográfica de 5,68 hab/km² (Quadro 2), sendo na sua maioria do tipo extrativistas. Traz como acervo histórico a recente fundação (45 anos), oriundo de devastação durante o período militar, com o objetivo de assentamento rural e reforma agrária, onde o mesmo fazia parte da política “Terras sem homens para homens sem terra” - “Integrar para não entregar”, que trazia grupos e população para trabalhar e ocupar a área. Idealizado para uma reforma agrária, nunca concluída, desde sua fundação foi marcado pela desigualdade social, com pouco suporte do Estado.

O município é oriundo de assentamento do INCRA inaugurado pelo presidente Médici, em 1974, com distribuição de terras dos colonos assentados vindos do Sul, com suas diferentes culturas. O termo “Rurópolis”, que dá nome ao município, era a denominação para pólos base de apoio às áreas rurais. O município foi emancipado de Aveiro em 1988, e sua população é basicamente rural e extrativista, atualmente, com predominância da produção de pecuária, onde mesmo os residentes de área urbana realizam agricultura de subsistência e criação de gado. Possui produção diversificada entre pecuária, extrativismo de madeira (recentemente apresentando queda), monocultura de grãos em crescimento (soja e arroz). Há uma produção agrícola em algumas regiões como o travessão dos baianos, boa produção de banana (inclusive para exportação) pimenta, cacau, urucum.

Percebe-se um movimento migratório da população, assim como o asfaltamento parcial da Transamazônica, impactado pela necessidade de escoamento da soja e pela construção da Hidrelétrica de Belo Monte. Com 120km de estrada para Santarém (BR163 e Transamazonica) e 64km até o município de Altamira, há perspectiva de construção de um porto para escoamento da soja. Com densidade demográfica extremamente baixa, a

população é jovem e possui baixa natalidade, no momento encontra-se com população 100% dependente SUS, “rico ou pobre depende do hospital público”.

O município apresenta-se com grande extensão territorial e baixa densidade populacional, o que dificulta conhecer os limites fixos do território. As populações ribeirinhas foram identificadas/reconhecidas somente a partir de 2016, a partir do planejamento do escoamento da soja, no Tapajós, ocorrendo disputas com o município de Itaituba sobre o limite territorial do município.

Quadro 170: Indicadores Demográficos - Município Rurópolis (PA)

Ano de criação do município ^{1*}	1988	-	-
Área territorial (km ²) ¹	-	7054,35 km ²	-
Densidade Demográfica (hab/km ²) ²		5,68 hab/km ²	
Populações tradicionais predominantes ³		Extrativistas	
Indicadores	2000	2010	2018
População total	24.660 ¹	40.087 ¹	49.503 ²
População urbana ¹ n(%)	8419 (34,1%)	15273 (38,1%)	-
População rural ¹ n(%)	16241 (65,8%)	24814 (61,9%)	-
IDHM ¹	0,421	0,548	-
Classificação IDHM ¹	Muito baixo	Baixo	-
% de população até 1 ano de idade ¹	2,5	1,9	-
% de população menor de 15 anos ¹	41,0	34,2	-
% de população com 65 anos ou mais ¹	3,3	3,8	-

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: Banco de dados ciclo 2, PMAQ-AB.

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo

*Município de Rurópolis foi desmembrado de Aveiro. Fica localizado no entroncamento entre a Rodovia Santarém-Cuiabá (BR-163) e Rodovia Transamazônica (BR-230)

Mesmo com o IDHM classificado como baixo (0,548), observa-se um menor percentual de população extremamente pobre (24,43%) e baixo percentual de beneficiários de PBF (32,89%) quando comparado aos demais municípios da região (Quadro 3). Tem como principal fonte de renda, o funcionalismo público/contratos pela prefeitura.

O saneamento básico é inadequado, com apenas 27,71% da população com banheiro e água encanada nos domicílios. Há apenas dois microssistemas municipais com canalização de água na sede do município. Em geral, o abastecimento é feito por poços simples individuais particulares. Nem na cidade, nem na área rural, há esgotamento sanitário, sendo utilizadas fossas sépticas privadas. A coleta de lixo é regular, com aterros sanitários/lixões não regulamentados. Na zona rural, a água é de microssistema sem tratamento, nas vilas, e nos demais casos, poços.

Quadro 171: Indicadores Sociais - Município Rurópolis (PA)

Indicadores	2000	2010
Renda familiar per capita mensal* ¹	231,21	242,49
% população extremamente pobre** ¹	29,01	24,43
% de população beneficiária do PBF*** ²	N/A	32,89
Índice de Gini ¹	0,59	0,57
Taxa de analfabetismo (em maiores de 15 anos) ¹	28,33	17,8
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis ¹	27,96	43,72
% de pessoas de 15 a 17 anos com pelo menos o ensino fundamental concluído ¹	17,03	31,5
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	10,34	27,71
% da população em domicílios com água encanada ¹	15,55	79,87
% de população em domicílios com acesso à esgotamento sanitário ²	N/A	5,32
% da população em domicílios com energia elétrica ¹	40,59	62,89
% da população em domicílios com coleta de lixo ¹	23,47	79,03

*: Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes no mês e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.

** : Proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita mensal igual ou inferior a R\$70,00

***Dado referente ao ano de 2014

Fontes:

¹<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 19/05/2019

²:Banco de indicadores Pesquisa Regiões e Redes.

<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true>. Dados referentes a 2014. Acesso em 19/05/2019

INDICADORES DE SAÚDE

Em 2010 a expectativa de vida no município de Rurópolis era em média de 70,86 anos. O número de óbitos em menores de um ano foi de 7 em 2016, e a principal causa de mortes em adultos ainda no mesmo ano foi por doenças do aparelho circulatório com 29,8%. Quanto à cobertura vacinal 81,7% das crianças foram imunizadas com as três doses de pentavalente e 63,4% com as três doses de tetravalente no ano de 2016.

As questões de saúde relatadas envolvem um alto índice de hipertensão e diabetes, além de hanseníase, escorpionismo (com predominância de cerca de até 2x/semana) e doenças respiratórias. Estas últimas podem estar relacionadas às condições das vias públicas da cidade, marcadas por muita poeira e baixíssimo número de vias asfaltadas. Destacou-se também o relato de duas mortes de homens adultos de evolução rápida por problema respiratório (realizada a investigação e suspeita de intoxicação por agrotóxico).

Quadro 172: Indicadores sanitários - Município Rurópolis (PA)

		2000	2010	2016
Expectativa de vida ¹		64,87	70,86	N/A
Nº de óbitos maternos ³		0	0	0
Mortalidade infantil ³	nº de obitos neonatal (0 a 27 dias)	6	4	6

	n° de óbitos pós neonatal (28 dias até 1 ano)	3	2	1
	n° de óbitos total em menores de 1 ano	9	6	7
Mortalidade proporcional ^{3*}	1ª principal causa de morte	27,4 (Doenças do aparelho circulatório)	32,7 (Doenças do aparelho circulatório)	29,8 (Doenças do aparelho circulatório)
	2ª principal causa de morte	19,6 (Causas externas de mortalidade e morbidade)	16,3 (Causas externas de mortalidade e morbidade)	24,1 (Causas externas de mortalidade e morbidade)
	3ª principal causa de morte	11,8 (Neoplasias)	10,9 (Doenças do aparelho digestivo)	12,6 (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas)
Mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) ^{3**}		33,7	5,2	21,6
Nº de óbitos por câncer de colo de útero ³		1	0	0
Cobertura vacinal de 3 doses de vacina tetravalente (%) ^{3***}		-	-	63,41
Cobertura vacinal de 3 doses de pentavalente (%) ^{3***}		-	21,76	81,57
Gestantes com nº de consultas de pré natal insuficiente (menos de 7 consultas) ³		429	352	132
Nº de partos domiciliares ³		1	7	3
Nº de casos de sífilis congênita ^{3***}		N/A	8	2
Taxa de ICSAB Pará ²		-	-	40,8

Fontes:

¹<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/> Acesso em: 19/05/2019

² <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado> Acesso em: 11/04/2019

³<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 19/05/2019

*http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-1/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de óbitos de residentes por grupo de causa definidas/ nº total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas*100

**http://fichas.ripsa.org.br/2012/c-5/?l=pt_BR (RIPSA) - Calculo: nº de óbitos de residentes por causas mal definidas/ nº total de óbitos de residentes*100

***Dados referentes a 2007, 2012 e 2018

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O município é composto por 12 bairros, com uma estimativa populacional de 49.503 pessoas (estimativa 2018), sendo que desses, 5 bairros são de responsabilidade da ESF Alvorada. No momento do ingresso da gestão atual a Secretaria Municipal de Saúde do município informou que havia recursos do programa Requalifica UBS no ano de 2013 em conta, porém não soube identificar qual o motivo da antiga gestão não ter utilizado tais recursos. Segundo informações colhidas durante as entrevistas nas gestões anteriores, havia 1 ESF, 1 hospital e 1 materno-infantil, após a instalação da nova gestão houve uma intensificação com as equipes para mudança de lógica na AB (acolhimento, vínculo com o usuário, definição de perfil de usuária, etc.).

O município conta com 8 UBS, sendo 4 na área rural e 4 na sede urbana. Dessas, 7 são ESF em 4 UBS, nas demais UBS funcionam os EACS. Em uma delas, de construção recente, há médico e enfermeiro que está se credenciando para ser ESF. A cobertura de ESF no município é estimada em 42,16%. A gestão atribui a baixa cobertura à existência de regiões do município sem ACS e com vazios assistenciais de UBS.

Quadro 173: Indicadores de Atenção Básica - Município Rurópolis (PA)

Indicadores	2010	2018
População	40.087 ¹	49.503 ²
UBS em áreas rurais	-	
UBS na sede	-	
nº Eq ESF ³	2	7
nº ACS em ESF ³	7	49
nº Eq EACS ³	3	8
nº ACS em EACS ³	79	76
Total ACS ³	86	125
nº EqSB (em ESF ou EACS) ³	1	2
Cobertura ESF ⁴	9,57%	42,16%

Fontes:

1: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. Acesso em 22/03/2019

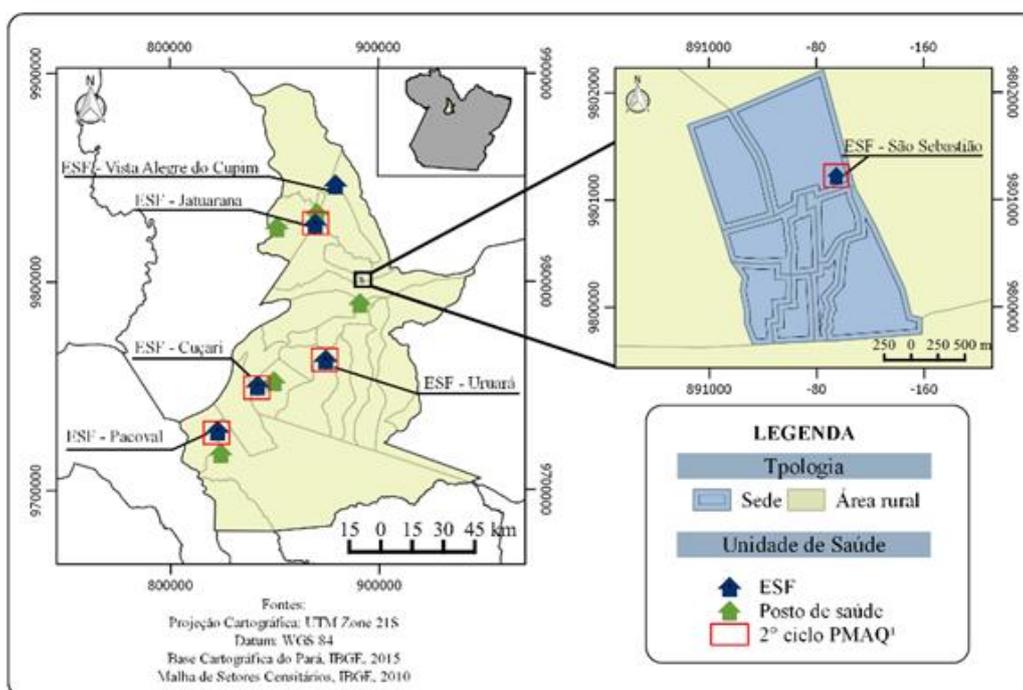
2: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 22/03/2019

3: CNES - competências Dez/2010 e Dez/2018. http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 29/03/2019

4: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> - Dez/2010 e Dez/2018. Acesso em 29/03/2019

Legenda: ESF=Equipes da Estratégia Saúde da Família; ACS=Agentes comunitários de saúde; EACS=Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; EqSB=Equipes com saúde bucal; NASF=Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica; ESFR=Equipe de estratégia saúde da família ribeirinha; ESFQ=Equipe de saúde da família quilombola/assentamento; EMAD=Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar; CNR=Equipe de consultório na rua;

Mapa 54: Distribuição geográfica das Unidades de Saúde do Município de Rurópolis -PA



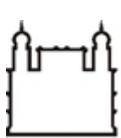
Na gestão atual houve a redefinição de território, reforma e ampliação em todo o conjunto das UBS, sendo que todo o processo foi enfatizando o controle social (através dos conselho de saúde) que também atuaram na redivisão do território.

A ESF Ribeirinha foi habilitada em Novembro de 2018, porém ainda há ACS não habilitados, e algumas populações estão descobertas pela falta de ACS para algumas regiões. O Concurso público estava previsto para o segundo semestre de 2019 e ocorreu conforme o planejado, aumentando o quadro de profissionais da atenção básica, mas também do hospital e maternidade.

As unidades básicas de saúde do município ofertam a imunização da população, coleta de preventivo CCU, realização do acompanhamento do Pré natal das gestantes e dispensação de medicamentos sob prescrição médica. O Estado do Pará ocupa o último lugar do Brasil em cobertura vacinal de H1N1. Além de falta de recursos do Estado para intensificar essa cobertura, a compreensão das gestoras é que o Esquema vacinal nacional proposto é descontextualizado da realidade amazônica, o que de certa forma pode contribuir para descredibilidade da população sobre a vacina.

A coleta de sangue e urina são feitas no pequeno hospital do município e uma vez na semana a coleta é feita em três unidades básicas de saúde rurais, havendo um total de oito UBS no município. No município não há grupos de educação em saúde, a população recebe as informações de forma esporádica, campanhas com temáticas específicas como: outubro rosa e novembro azul. Os médicos especialistas existentes no município são: ginecologia e obstetrícia, pediatra, cirurgia geral e psiquiatra (o mesmo realiza atendimento através do CAPS uma vez ao mês), vale ressaltar a dificuldade encontrada em fixar esses profissionais da saúde no interior do Estado. Na região de saúde: as referências são as policlínicas URE, casa da mulher, hospital municipal e hospital regional de Santarém.

PARTE XI
RESULTADOS PRELIMINARES -
[CASO ÚNICO: MANAUS]



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Centro de
Estudos
Estratégicos
da Fiocruz



MANAUS

CARACTERIZAÇÃO DE ÁREA RURAL E REMOTA NA
CAPITAL DO ESTADO DO AMAZONAS

Comunidade São Sebastião do Rio Cuieiras

Além dos municípios rurais remotos, optou-se também por incluir Manaus, por ser uma capital de um dos estados da Região Norte, que possui áreas rurais consideradas de difícil acesso. Este grande município possui áreas rurais, que mesmo administrativamente pertencentes a capital, apresentam características demográficas de rarefação populacional e geográficas de isolamento, as quais implicam em barreiras de acesso para utilização dos recursos do sistema de saúde.

A escolha das comunidades rurais visitadas foi definida em conversa com os gestores. Assim, realizou-se a pesquisa em uma das comunidades do rio Negro, que são servidas pelas equipes da UBS Fluvial, que as visitam 1 vez ao mês. Algumas dessas comunidades possuem um ponto de apoio da secretaria de saúde, que mantém um diretor, técnico de enfermagem, que mora no local. Todas essas comunidades têm pelo menos 1 ACS. A comunidade escolhida não foi a mais distante, pois como queríamos entrevistar a equipe de saúde da UBS fluvial, no seu roteiro já em curso no período, só seria possível encontra-los na penúltima comunidade de seu roteiro. Portanto a comunidade escolhida foi a de São Sebastião do Rio Cueiras, que dista 6h de barco do centro de Manaus e possui cerca de 100 moradores. A comunidade mais distante desse lado do Rio Negro dista do centro da capital 12 horas de barco. Após voltarmos ao centro urbano de Manaus, fomos também entrevistar a equipe de uma ESF numa comunidade rural, São Pedro, distante 50km de Manaus, que fica na rodovia.

A estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus é bem complexa, sua organização é feita por diversos departamentos. Entrevistamos a Diretora de Atenção Primária, que tem como uma de suas gerências a Gerência da ESF. As Unidades rurais que visitamos e a UBS Fluvial, estão subordinadas a uma Diretoria da estrutura do Distrito de Saúde Rural, cujo diretor também foi entrevistado.

Manaus está localizada na região Norte do Brasil, é capital do Amazonas, o maior Estado brasileiro, com uma área de 11.401 km², de clima equatorial. É considerada o portão de entrada para a maior reserva ecológica do planeta: a Floresta Amazônica. O nome "Manaus" é originado da tribo Manaós, que habitava a região. Seu nome significa "Mãe de Deus". A cidade localiza-se na confluência de dois grandes rios: o Solimões e o Negro

Começou a ser colonizada em 1669, como um pequeno forte em pedra e barro com quatro canhões, chamado Forte de São José da Barra do Rio Negro. Em torno deste forte, nasceu o arraial que deu origem à cidade de Manaus. Em 1833 passa à categoria de Vila, com o nome de Manaus. Em 24 de Outubro de 1848 recebe o título de cidade, tornando-se a Capital da Província do Amazonas.

A população, segundo estimativa do IBGE, divulgada em 28 agosto de 2019, é de 2 676 936 habitantes. O que corresponde 64% da população do Amazonas, 14,4% da

população da Região Norte e, 1,3% da população total do país. Sua densidade populacional é de 158,06 /km² (ibge.cidades). Vivem na área urbana cerca de 99,5% de sua população. O restante (0,5 %) em área rural.

Manaus é uma cidade marcada pelos traços culturais, políticos e econômicos herdados dos colonizadores europeus e dos indígenas. Os indígenas iniciaram a ocupação humana na Amazônia, e seus descendentes, os caboclos, desenvolveram-se em contato íntimo com o meio ambiente, adaptando-se às peculiaridades regionais e oportunidades oferecidas pela floresta.

Na sua formação histórica, a demografia de Manaus é o resultado da miscigenação das três etnias básicas que compõem a população brasileira: o indígena, o europeu e o negro. Mais tarde, com a chegada de outros imigrantes vindos da Europa e de outras regiões do mundo, como japoneses, árabes e marroquinos, formou-se uma cultura de característica singular, vista nos valores e modo de vida dos habitantes da cidade.

O TRABALHO DE CAMPO

Para a realização dessa etapa da pesquisa, saímos do Rio direto para Manaus em 21 de julho. Em 22 de julho realizamos as entrevistas com a Diretora do Departamento de Atenção Primária e com o Secretário Municipal de Saúde de Manaus. Após essas entrevistas, pegamos uma lancha rápida, por nós contratada, que nos levou a comunidade de São Sebastião do Cuieras.

Então, como primeira etapa do campo, a pesquisa foi feita na comunidade de São Sebastião do Cuieiras, da calha do Rio Negro, onde estão situadas 05 (cinco) Unidades Básicas de Saúde Ribeirinhas (UBSR) que abrangem 41 localidades, entre comunidades e igarapés:

-  UBSR APUAÚ: Comunidade Nova Esperança, Comunidade Nova Aliança do Pajé, Comunidade Santa Isabel;
-  UBSR MIPINDIAÚ: Costa do Ubim, Paraná do Acariquara, Comunidade Nova Canaã/Rio Aruaú, Comunidade Nova Jerusalém, Igarapé do Mulato, Comunidade Lindo Amanhecer, Igarapé Açú, Monte Sinai;
-  UBSR CUIEIRAS: Comunidade Maravilha, Costa do Sumaúma, Leão de Judá, Igarapé Açuzinho, Cumaru, Comunidade São Sebastião do Cuieiras, Igarapé do Japó, Igarapé do Flecha, Igarapé do Mucura, Rio Cuieiras, Comunidade Nova Canaã, Igarapé do Canaã, Igarapé do Furo, Prainhas.

- SUS+** UBSR SANTA MARIA: Igarapé do Solimãozinho, Tucumã, Costa do Pagodão, Comunidade do Pagodão, Igarapé do Mucura, Igarapé do Japó, Comunidade do Chita, Comunidade Santa Maria, Igarapé do Tucumã;
- SUS+** UBSR COSTA DA ARARA: Comunidade Bela Vista do Jaraqui, Comunidade Costa do Arara, Igarapé Costa do Arara, Igarapé do Jaraquzinho, Igarapé do Jaraqui Grande, Comunidade do Baixote, Comunidade Caioé, Comunidade do Tupé, Lago do Tupé, Costa do Tupé, Costa do Tatu.

A seguir o mapa da região visitada:

Mapa 55: Mapa da Comunidade São Sebastião do Rio Cuieiras



Esta comunidade foi criada em 1991, como um assentamento indígena. Desde esse período houve muita mudança na população de assentados, sendo que atualmente poucos indígenas vivem, pois houve muita migração. Na comunidade tem uma escola municipal, que possui o gerador que gera a eletricidade para toda a comunidade, funcionando até as 22h. Existe um posto avançado (ou ponto de apoio) onde fica um técnico de enfermagem, que tem um cargo da SMS de Manaus, como diretor e que mora no local. Havia também uma ACS que está de licença de saúde, tendo sido deslocado um ACS da comunidade vizinha para dar um suporte enquanto não se resolve essa questão. Nesta unidade o diretor realiza pequenos atendimentos, e orientações de saúde e higiene, distribui o hipoclorito e aplica injeções, quando receitadas pelos médicos. Sua principal tarefa é a organização da agenda de atendimento da população pela UBS Fluvial que visita a comunidade uma vez por mês. Esse diretor, segundo os usuários entrevistados, é a principal referência de saúde para os moradores, pois ele é quem faz a ponte com a SMS, bem como organiza a comunidade para o atendimento pela equipe da UBS Fluvial. Como a energia não é permanente não há a possibilidade de realização de vacinas. Que são feitas em momentos

de campanha e/ou pela equipe da UBS Fluvial. A unidade não tem internet (o único acesso é o wifi da escola rural que não fornece a senha para os profissionais de saúde e a outra é da casa do diretor da UBS que controla a senha).

Enquanto esperávamos a chegada da UBS Fluvial, realizamos a entrevista com a PPP, em sua casa, com a HAS que já estava no posto aguardando a chegada da equipe e com o ACS, que é de outra comunidade vizinha, mas que está acumulando o trabalho nessa comunidade, pois a ACS de Cueiras, está com problema sério de saúde.

Acabamos por pernoitar na UBS, pois as entrevistas com a enfermeira e a médica, só foram possíveis de acontecer após o término de todos os atendimentos. Cada dia a Fluvial atende uma comunidade.

Na UBS tem consultas médicas (são 2 médicos), atendimentos pelas duas enfermeiras, pela equipe da saúde bucal. Tem também 2 técnicas de enfermagem para vacinas e curativos. Há uma farmácia com a presença do farmacêutico e fornecem quase todos os medicamentos básicos e alguns de urgência.

Foi uma experiência incrível conhecer o trabalho dessa equipe, que passa por um momento difícil junto a secretaria municipal pois há uma discussão sobre o processo de trabalho atual da mesma. Eles ficam na UBS 10 dias por mês, direto navegando e atendendo a 10 comunidades. Ficam alojados nos camarotes da unidade e praticamente sem contato pois não possuem ainda internet. O restante do mês ficam dispensados. A SMS quer aumentar esse período sem modificação do salário. Era a polêmica naquele momento.

Após essa experiência, ao voltarmos ao centro de Manaus, decidimos visitar uma outra unidade rural, que fica na beira da rodovia. Nessa área existem várias comunidades e algumas UBS. Apesar da mais distante ficar a mais de 6 horas do centro urbano, só conseguimos visitar a primeira das UBS dessa área rural. Ela fica a 50 km do centro de Manaus, mas com grandes dificuldades de acesso por conta das péssimas condições de transporte público e das condições das estradas e ramais de acesso. Lá entrevistamos, o diretor da UBS, a enfermeira, a PPP, o HAS, o ACS e o diretor do distrito de área rural.

Segundo o diretor de saúde rural, ainda tem a dificuldade de acesso além da distância, tem uma grande dispersão populacional nessas áreas. Para lidar com essa situação, os atendimentos são realizados em pontos de apoio (postos de saúde) localizados em alguns povoados e a população se desloca até esse local. Mesmo a equipe chegando até o ponto de apoio, ainda existe moradores que precisam caminhar até 3 horas para acessar o ponto.

A UBS funciona de 8 às 16h, porém os profissionais de saúde só chegam às 9h e saem às 14h, por conta do transporte da prefeitura que os leva e traz.

O diretor é um enfermeiro que foi convidado a ser diretor da unidade, não passando por nenhum processo seletivo. Não tinha experiência pregressa na APS (formado em 2017), fez especialização em saúde pública. São 6 acs e 8 microáreas. Com duas microáreas descobertas. Como é muito comum as pessoas se mudarem entre os ramais, ele não soube precisar quantos cadastrados, informando que é entre 2 e 3 mil pessoas. Usuários de outro território acabam indo àquela unidade por a considerarem melhor e sobrecarrega os atendimentos. A prioridade é de quem mora na área. Eles têm população indígena, e estabeleceram parceria/apoio à Casai (casa do índio), com atendimento odontológico, vacinas e leitura de exames.

Realizamos 13 entrevistas, abaixo relacionadas:

Quadro 174: Entrevistas realizadas e Manaus - AM

I - SMS
1- Diretora de Atenção Primária
2- Secretário Municipal de Saúde de Manaus
3- Diretor do Distrito de Saúde Rural
II - Comunidade de Cuieras:
4- ACS
5- PPP
6- HAS
III- UBS Fluvial
7- Enfermeira
8- Médica
IV- UBS Rural de São José
9- Enfermeiro diretor da UBS
10- Enfermeira da ESF
11- ACS
12- HAS
13- PPP

Obs: Não realizamos entrevistas com usuárias de CCU. Na comunidade de cueiras, não havia nenhuma, pois a que teve alteração de preventivo foi morar e tratar em Manaus. E na comunidade rural que visitamos havia uma usuária mas ela ainda não havia sido comunicada da alteração. Por esta razão achamos que não deveríamos realizar a entrevista.

CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

A população, segundo estimativa do IBGE, divulgada em 28 agosto de 2019, é de 2 676 936 habitantes. O que corresponde 64% da população do Amazonas, 14,4% da população da Região Norte e, 1,3% da população total do país. Sua densidade populacional é de 158,06 /km² (IBGE cidades). Vivem na área urbana cerca de 99,5% de sua população. O restante (0,5 %) em área rural.

 População: 2 676 936 (2019)

 Densidade Demográfica: 158,06 hab/km²

SUS+ PIB Per capita: 27.845,71 (2011)

SUS+ % da população em extrema pobreza: 6,21 (2010)

SUS+ % da população com plano de saúde: 23,09 (Junho / 2019)

Em 2017, o salário médio mensal era de 3.0 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 23.7%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 2 de 62 e 1 de 62, respectivamente.

Manaus é uma cidade marcada pelos traços culturais, políticos e econômicos herdados dos colonizadores europeus e dos indígenas. Os indígenas iniciaram a ocupação humana na Amazônia, e seus descendentes, os caboclos, desenvolveram-se em contato íntimo com o meio ambiente, adaptando-se às peculiaridades regionais e oportunidades oferecidas pela floresta.

Na sua formação histórica, a demografia de Manaus é o resultado da miscigenação das três etnias básicas que compõem a população brasileira: o indígena, o europeu e o negro. Mais tarde, com a chegada de outros imigrantes vindos da Europa e de outras regiões do mundo, como japoneses, árabes e marroquinos, formou-se uma cultura de característica singular, vista nos valores e modo de vida dos habitantes da cidade.

Seu IDH é o mais alto do Estado, de 0,774. No ranking do IDH das capitais brasileiras, Manaus ocupa a 19ª posição. A capital também possui o melhor PIB do Estado, sendo este de R\$ 48.598.153 e per capita de R\$ 26.961. Esse panorama coloca Manaus na 6ª e 7ª posição, respectivamente, se comparada às capitais brasileiras.

A economia do município tem na indústria o seu principal motor. Manaus é a capital mais importante da região norte devido à existência de sua Zona Franca, concentrando inúmeras indústrias e sendo o principal exportador de eletrônicos do país. Apesar da relevância do setor industrial, a agropecuária ainda se mantém na região.

A capital do Amazonas também é conhecida por sua cultura, sendo assim um das capitais mais visitadas da região norte do país, atraindo turistas interessados na arquitetura dos espaços culturais e também no ecoturismo

Quadro 175: Taxas demográficas do município de Manaus

TAXAS DEMOGRÁFICAS MUNICIPAIS	
População municipal por sexo (2010)	Masculino: 879.742
	Feminino: 922.272
Razão de sexo - nº de homens/mulheres (2010)	95,39 %
Esperança de vida ao nascer (2000)*	67,65 anos
Crescimento populacional (2000)*	3.04

Fecundidade (2000)*	2.55
Grau de urbanização (2005)	99.4
Proporção de idosos (2005)	4.7
Taxa de alfabetização das pessoas de 5 anos ou mais de idade (2010)	93.2
Índice de desenvolvimento humano - IDH (2000)*	0,77
Índice de exclusão social (2000)*	0,52
Proporção de domicílios particulares permanentes por tipo de saneamento (%) (2010)	
Adequado (2)	50,27
Semi-Adequado (3)	48,79
Inadequado (4)	0,94
<i>(2) abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica e lixo coletado diretamente ou indiretamente.</i>	
<i>(3) domicílio com pelo menos uma forma de saneamento considerada adequada.</i>	
<i>(4) todas as formas de saneamento consideradas inadequadas</i>	
* Os dados só poderão ser atualizados após publicação dos dados desagregados por municípios. Previsão: 2013.	

Fonte: Plataforma Sala de Apoio à Gestão Estratégica - DAB/SAS/MS.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Manaus, apesar da baixa cobertura, adota a ESF como eixo norteador para a organização da Atenção Primária a Saúde (APS), sendo que, paralelamente, permanece ainda com o atendimento básico realizado em unidades tradicionais. Além disso, o estado ainda mantém unidades que atuam na atenção básica na capital, voltados para população infantil (12 CAIC's Centro de Atenção Integral à Criança), Idosa (3 CAIMI's Centro de Atenção Integral à Melhor Idade) e assistência às urgências básicas (10 Unidades de Pronto Atendimento: 9 SPA's e 1 UPA). A capital também possui a maior estrutura de atenção às Urgências e Emergências, e o estado tem investido recursos próprios e captado recursos federais para qualificação da Rede de Urgência e Emergência - RUE, de modo a intervir de forma organizada e efetiva em situações de urgência/emergência nos serviços de saúde. A RUE na capital do Amazonas possui os componentes pré hospitalar, por meio do SAMU 192, unidades de pronto atendimento, portas hospitalares de atenção às urgências; enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos.

Também em Manaus encontram-se as Fundações de Saúde, que realizam atendimentos de Alta Complexidade, como a Fundação Centro de Controle de Oncologia - FCECON, que atua na atenção oncológica, a Fundação Hematologia e Hemoterapia do Amazonas - FHEMOAM, responsável pela política de hematologia e hemoterapia, a Fundação Hospital Adriano Jorge - FHAJ, referência em traumato ortopedia e outras

No organograma atual da SEMSA, a estrutura é um departamento de atenção primária e que tem uma gerencia da ESF. As UBS rurais não estão ligadas a gerencia de

ESF, ficando subordinadas a uma diretoria do Distrito de Saúde Rural. Existem 202 ESF e a cobertura (dados de outubro de 2019) - 32% (nota técnica - e-gestor, acessada em 2 de janeiro e 202018).

O acesso geográfico é um dos maiores problemas da área visitada, com isolamentos de população de acordo com a baixa ou cheia dos rios e segundo os índices pluviométricos que inundam as estradas e ramais.

A rede de transporte público, tanto terrestre quanto pelos rios é praticamente inexistente fazendo que essa questão do acesso seja crucial para se pensar as medidas para a melhoria da qualidade das condições de saúde dessa população rural do município de Manaus.

A UBS Fluvial é uma estratégia fundamental para favorecer o acesso às ações de saúde das comunidades ribeirinhas das calhas do rio Negro e do Amazonas e na Rural terrestre.

A UBS fluvial destinada a atender a comunidade de São Sebastião do Rio Cuieras atende as comunidades da calha norte do Rio Negro. Um dia por mês a UBS percorre cada uma dessas comunidades oferecendo todos os serviços ofertados pela UBS fluvial. Como exemplo a enfermeira da UBS pontuou que “a mulher que chega com suspeita de gravidez, faz o teste e se confirmada, faz exames, vacinas e a consulta pré-natal.. Tudo no mesmo dia.”

A infraestrutura da UBS Fluvial é muito boa, havendo consultórios para médicos, enfermeiros e dentistas, sala de coleta de materiais e o laboratório, farmácia com farmacêutico, salas de curativo, vacinas e procedimentos. A UBS rural (posto de saúde de apoio) possui 2 consultórios, uma pequena sala para guarda de materiais, do hipoclorito para distribuição e alguns medicamentos. Tem uma grande sala de espera onde a enfermeira da UBS Fluvial concentra os usuários e, segundo ela, o atendimento começa ali, com orientações de como está organizado o atendimento e abordando um tema definido pela equipe de saúde. O tema escolhido no dia que estávamos foi hepatite.

A UBS rural terrestre só tem 1 consultório que é dividido entre médico e enfermeiro. O medico atende em qualquer lugar pela comunidade, desde que esteja protegido do sol, seja ventilado e com privacidade garantida. Isso ocorre também com a enfermeira.

Foi bem interessante termos decidido fazer a pesquisa em um município capital mas com uma realidade impar com relação a distribuição da população e o acesso a saúde. Tanto pela diversidade cultural e organizacional e pudemos vivenciar o distanciamento de

¹⁸ <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>

uma parte da população que vive em áreas ribeirinhas e em áreas terrestres porém extremamente distante e com baixíssima densidade demográfica, o que confere a esses lugares o conceito de rural remoto. O Município de Manaus tem uma organização bem complexa na área de saúde, possui serviços de todos os níveis de complexidade: da AB a alta complexidade. A gestão da AB no município de Manaus nos pareceu crítica pois atualmente a cobertura pela ESF está em outubro de 2019 em apenas 32% e pela fala da coordenada e do secretário não se apontou estratégias de sua expansão, apesar de ambos terem apontado a necessidade. Com a saída dos médicos cubanos, a cobertura diminuiu muito, com descredenciamento de equipes por falta de profissional médico. Já haviam chegado a quase 50% de cobertura.

As equipes entrevistadas, as suas maneiras, são bastante envolvidas e defendem suas formas de atuar. Tanto a equipe da UBS fluvial, com algumas características específicas, quanto as da UBS rural terrestre.

Ficou muito claro que as maiores barreiras, comuns, a essas duas realidades é o acesso, é o transporte para acessar a rede. Problemas que fogem da governabilidade da gestão da saúde. A população se vira como pode: a pé, de moto, de pequenos barcos (rabetas), etc. É uma grande luta diária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa “Atenção Primária em territórios rurais e remotos no Brasil” é um desdobramento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, em vigor no Brasil no período de 2011 a 2019. A partir dos dados do PMAQ, reflexões, críticas, leituras e releituras sobre a Política Nacional de Atenção Básica foram produzidas por grupos de pesquisa de instituições públicas de ensino em cooperação com o Ministério da Saúde. Este estudo é parte deste processo.

Na aproximação com a realidade da atenção básica em municípios rurais e remotos foi possível observar cenários muito comuns entre eles e, ao mesmo tempo, particularidades que precisam ser absorvidas pelas políticas públicas. Mas, o que os tornam semelhantes e o que os tornam únicos? Estas questões norteiam os olhares e as análises sobre os 27 municípios rurais remotos estudados, além de uma comunidade ribeirinha situada em área rural e remota de uma metrópole, centro de referência e capital localizada na Região Norte do país.

Este relatório apresenta os objetivos da pesquisa, seu percurso metodológico e resultados preliminares sobre a caracterização dos municípios rurais e remotos e a organização da atenção básica à saúde.

Os dados apresentados neste relatório evidenciam que os municípios estudados, em sua maioria têm PIB per capita baixo e baixa arrecadação tributária. São, portanto, municípios dependentes das transferências intergovernamentais para que as políticas públicas se concretizem no dia a dia dos cidadãos destes territórios. São municípios que apresentam condições de acesso a políticas públicas, tais como saneamento básico, acesso a água potável, acesso a energia elétrica, transporte público, que em muitas cidades brasileiras já foram resolvidas há cerca de trinta, quarenta anos atrás.

Apesar da base populacional insuficiente para traçar o perfil epidemiológico das populações destes municípios, pode-se observar in loco a frequência das doenças cardiovasculares, doenças relacionadas às síndromes metabólicas e nutricionais, seguindo, desta forma um padrão nacional. Contudo, observou-se também a importância das doenças infectoparasitárias e as respiratórias, muito relacionadas às condições de saneamento básico e ambientais.

Os serviços de atenção básica à saúde estão presentes em todas as cidades que fazem parte deste estudo. Configurações comuns e particulares, a depender da realidade local.

Na maior parte dos municípios as UBS concentram-se na sede. Em alguns só há pontos de apoio nas áreas rurais. Em outros somente por meio do trabalho do Agente Comunitário de Saúde ou do Técnico de enfermagem é possível ter acesso ao serviço de saúde nestas localidades. A equipe de saúde com médico, enfermeiro, odontólogo só chega por meio de uma unidade básica fluvial ou unidade de saúde móvel que promovem ações de saúde mensais ou esporadicamente. Em geral as equipes da atenção básica permanecem na sede municipal e se deslocam para as áreas rurais para realizar ações diversificadas de saúde.

Essas áreas, distritos ou localidades remotas são pequenos povoados esparsos onde foi possível observar precárias condições de acesso a água potável e esgotamento sanitário, baixas oportunidade de trabalho e renda, dificuldades para locomoção devido a praticamente ausência de transporte público, com alto custo para a população. Condições que se diferenciam da sede municipal.

Observou-se que o acesso às políticas públicas e especificamente aos serviços de saúde se diferencia dentro do próprio município. Quem reside na sede municipal tem muito mais chances de acessar os serviços de saúde do que aqueles que residem no interior ou nas áreas de maior difícil acesso, as chamadas áreas ou distritos rurais.

Os desafios para a organização da atenção básica nestes municípios são diversificados: população esparsa decorrente da baixa densidade populacional; municípios distantes e pouco atrativos devido as condições de infraestrutura; desafios para fixação e consequentemente alta rotatividade dos profissionais de saúde.

É importante ressaltar que nas últimas décadas foi possível reconhecer avanços importantes na política de saúde brasileira. São avanços verificados no modelo de organização dos serviços de atenção básica, no financiamento e no escopo de ações de saúde, com impacto positivo na cobertura de serviços de atenção primária à saúde, inclusive identificados nestas localidades rurais e remotas do país. Contudo, o conjunto de barreiras identificadas nestes territórios revelam as persistentes desigualdades sociais inaceitáveis e com maior amplitude em lugares com imensa invisibilidade, considerados pouco atrativos e de baixo desenvolvimento do ponto de vista da economia.

O presente relatório reflete as primeiras aproximações sobre o conjunto de informações coletadas na pesquisa. Espera-se seguir aprofundando os estudos sobre a caracterização destes territórios e avançar nas temáticas sobre o acesso e as estratégias específicas para organização da atenção e oferta de serviços de atenção primária nos contextos rurais e remotos do Brasil.

BIBLIOGRAFIA

- 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. 120 p.
- 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.
- BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.
- Becker, Bertha K. Amazônia, Geopolítica na virada do III Milênio, São Paulo: Garamond. 2006
- 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>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2359, de 26 de setembro de 2019. Brasília: MS, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2006a.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006. Brasília: MS, 2006b.
- 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>>.
- CONFALONIERI, UEC. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. *Estud. av.*, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 221-236, Abr. 2005.
- 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 MCR, SEIDL H, MORGANA V. Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil [Projeto de Pesquisa]. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, Dezembro de 2018.
- 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.
- FILGUEIRAS AS, SILVA ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011.
- 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)
- Gaíva MAM, Siqueira VCA. A prática da visita domiciliar pelos profissionais da estratégia saúde da família. *Ciênc Cuid Saúde* [internet], v. 10, n.4, p.697-704, 2011.
- GAMA ASM et al. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00002817, 2018.
- GROBLER L, MARAIS BJ, MABUNDA S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 6. 2015.
- 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.

- ILO. International Labour Office. Global evidence on inequities in rural health protection. New data on rural deficits in health coverage for 174 countries. ESS document n 47, 2015.
- 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.shtm>>. Acesso em: 18 jun. 2005.
- KASSOUF AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. Rev. Econ. Sociol. Rural, Brasília, v. 43, n. 1, p. 29-44, 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.
- 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>.

MELO EA et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, Set. 2018.

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.

NUNES CA et al . *Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde*. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 127-144, Oct. 2018.

NUNES MO et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, dez. 2002.

Okwundu CI, Nagpal S, Musekiwa A, Sinclair D. Home- or community-based programmes for treating malaria (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 5. 2013.

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. Available from <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. *A natureza do espaço - Técnica e tempo. Razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.

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, 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.

São Paulo: Editora Unesp. 2007

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.

They, 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, CASTRO MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz , 2012, p. 183-206.

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.

VIANA ALD et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(supl. 2), p. S117-S131, 2007.

VIANA ALD, DAL POZ MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225- 264, 2005.

Victora 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.

Vilela RAG, Silva RC, Jackson Filho JM. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Saude Ocup*. v.35, n.122, p.289-302, 2010.

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.

Wai MFP, Carvalho AMP. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. Rev Enferm UERJ. v.17, n.4, p. 563-8, 2009.

WONCA. Working Party on Rural Practice. Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 8 (Suppl 1), p. 15-24, Jan-Mar. 2013.

