Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Juliana Gagno Lima

Acesso e organização da Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará

Rio de Janeiro

2021

Juliana Gagno Lima

Acesso e organização da Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), como requisito parcial para obtenção do título de doutor em saúde pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde

Orientadora: Profª Drª. Ligia Giovanella

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Access and organisation of primary health care in remote rural municipalities of Western Pará State.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

Catalogação na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L732a Lima, Juliana Gagno.
Acesso e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará / Juliana Gagno Lima. -- 2021.
213 f. : il. color. ; mapas ; graf. ; tab.

Orientadora: Ligia Giovanella.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Serviços de Saúde Rural. 4. Consórcios de Saúde. 5. Telemedicina. 6. Ecossistema Amazônico. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1098115

Juliana Gagno Lima

Acesso e organização da Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), como requisito parcial para obtenção do título de doutor em saúde pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde

Aprovada em: 16 de Julho de 2021

Banca Examinadora

Prof.ª Dra. Patty Fidelis de Almeida
Universidade Federal Fluminense - Instituto de Saúde Coletiva

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos
Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social

Prof.ª Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira
Fundação Oswaldo Cruz Manaus Amazônia - Instituto Leônidas & Maria Deane

Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.ª Dra. Ligia Giovanella (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2021

Dedico este trabalho:

- À minha amada família, pelo apoio incondicional e compreensão de sempre:

Amor da minha vida que virou papai Douglas Mota Xavier de Lima

Mais novo membro Nicolas Mota Gagno (Nicolas "Menine")

Meu querido pai João Soares Lima (In memorian e eternamente no meu coração)

Minha incrível mãe Maria Thereza Gagno Lima

Meu grande irmão Vinícius Gagno Lima

- À minha orientadora, amiga e incentivadora: Ligia Giovanella

- A todos os profissionais do SUS que se dedicam cotidianamente

por uma atenção à saúde de qualidade e para todos

AGRADECIMENTOS

Meus emocionados e sinceros agradecimentos a tod@s que torceram e me incentivaram, no início, decorrer ou fim do doutorado, de perto ou de longe, presencialmente, por e-mail ou WhatsApp, antes e/ou durante a pandemia. Vocês fizeram e fazem parte de mais essa importante etapa da minha história e há muito de vocês em cada trecho dessa tese. Essa conquista é coletiva! Em especial agradeço:

A muito mais que orientadora Ligia Giovanella, pelo acolhimento de quase uma década, pelos incontáveis momentos de aprendizado, pela intensa dedicação, paciência, confiança e otimismo, inclusive nos momentos que me faltavam. Agradeço imensamente pela amizade e grandes ensinamentos acadêmicos e para a vida! Você tem a capacidade de despertar o que há de melhor em cada um de nós.

Aos queridos professores da banca avaliadora da qualificação e defesa da tese: Maria Helena Magalhães de Mendonça, Maria Guadalupe Medina, Ronaldo Teodoro dos Santos, Maria Luiza Garnelo Pereira, Carlos Machado de Freitas e Patty Fidelis de Almeida. Obrigada pelo aceite, pelas importantes contribuições e reflexões para a minha formação, seja nessa etapa do doutorado, em reuniões, eventos de saúde coletiva, nas pesquisas ou espaços de sala de aula. Tenho muito orgulho e estou muito feliz em compartilhar mais esse momento com vocês.

Ao meu companheiro de vida Douglas Mota Xavier de Lima. Te escolhi em 2007 e continuarei te escolhendo para todo e sempre! Obrigada por sonhar junto, apontar caminhos, me apresentar o mundo e mostrar que não há limites, por segurar na minha mão e me dar força em todas as horas. Obrigada por cuidar de nós, cotidianamente, por tornar possível mais essa etapa e me fazer tão feliz.

Ao nosso amado filho Nicolas, que mesmo antes de nascer, já é capaz de gerar tanto amor, alegria e esperança. Ao ser planejado, você não pensou duas vezes em vir, e até o dia de hoje se comportou lindamente e esperou a defesa. Como diz seu pai, daqui a alguns dias você passará a nos ressignificar enquanto sujeitos nesse mundo.

Aos meus amados: mãe Maria Thereza Gagno Lima e pai João Soares Lima. Mãe, sou eternamente grata a vocês por tanta dedicação, amor, doação e esforço empenhados para que eu seja feliz. Obrigada por serem meu porto seguro, por me proporcionarem tantas oportunidades e entenderem minhas ausências. Pai, sei que você está e estará sempre conosco, em outro plano, vibrando de pertinho com cada conquista e me dando forças. Obrigada por ter

permitido que eu me despedisse fisicamente de você, em 2018, durante o estágio desse doutorado.

Ao meu amado irmão Vinícius Gagno Lima, que desde a infância me mostrou que o nosso maior bem é o estudo e o conhecimento; e que sempre vale a pena lutar por nossos sonhos. Obrigada por ser um grande amigo, um exemplo, por estar por perto em todas as fases e por sempre acreditar em mim.

À minha querida sogra Lúcia Mota. Você é um exemplo de força e garra! Obrigada por me adotar como sua filha, pelas orações e torcidas cotidianas, pelos incentivos e tanto carinho, desde sempre. Obrigada por se fazer tão presente.

Às minhas queridas avós Antônia Soares (*in memorian*) e Arlinda Gagno, representando os incentivos dos familiares.

À família Caxias: Luciano Xavier, Valéria Galdo, Dona Nazaré e Mônica, pelo apoio, estímulo e carinho de sempre.

Às grandes mestres e amigas Helena Seidl e Márcia Fausto. Desde 2012, vocês vêm me abrindo muitas portas: de crescimento profissional e pessoal; de referências bibliográficas a contatos pessoais; de reflexões sobre gestão, assistência individual e pesquisa; de me entender como sujeito e como coletividade. Gratidão pela confiança, carinho, amizade e parceria para a vida, inestimáveis! Agradecimento especial ao “Fofinho”, pelo apoio de sempre.

A todos os integrantes do potente grupo de pesquisa Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil, em especial: nossa grande coordenadora Márcia Fausto, Helena Seidl, Ligia Giovanella, Aylene Bousquat, Patty Fidelis, Lucas Cabral e Cassiano Franco. Sem palavras por me abraçarem em mais essa oportunidade da pesquisa, pela intensa experiência do campo qualitativo, pelo afeto no aprendizado cotidiano e pelas imensas trocas.

À especial amiga Annelyse Figueiredo. Obrigada por ser tão presente e acolhedora desde a minha chegada na UFOPA, no doutorado e na vida. Obrigada pelos abraços calorosos e pelas intermináveis consultorias de todos os temas.

À especial amiga Heloísa Nascimento. Obrigada pela acolhida carioca no Pará, pelos momentos de conversa e cafés revigorantes desde a minha chegada na UFOPA. Sua amizade e incentivos são fundamentais.

À família BIS/Saúde Coletiva/ISCO/UFOPA: Rui Harayama, Hernane Guimarães, Teógenes Luiz, Elaine Reis, Marina Meschede, Annelyse Figueiredo e Heloísa Nascimento. Obrigada por se tornarem minha rede de apoio santarena, pelos aprendizados nos diferentes espaços e pela parceria na construção cotidiana do SUS. Além disso, sei que o meu

afastamento para o doutorado só foi possível mediante muita dedicação e PIT cheio de cada um. Muito obrigada! Sem palavras para agradecer a vocês e à nossa família ampliada representada pelo Edson, Bárbara, Laíse e Anderson.

Às queridas Leida Marinho, Patrícia, Jerdriana e Taciane, pelo grande suporte e disponibilidade no cotidiano do ISCO/UFOPA. O empenho de vocês é incrível e torna tudo mais leve.

Ao Waldiney Pires que viabilizou a participação do ISCO/UFOPA no DINTER em saúde pública, ainda antes de eu pensar em prestar a seleção para o doutorado.

Aos filhos acadêmicos de coração Cristiano Morais e Larissa Ádna. Obrigada pela parceria de vocês, por tantas horas de trabalho compartilhadas, pela grande disponibilidade e carinho dedicados desde sempre.

Aos alunos do grupo PESCA ISCO/UFOPA, representados por Geraldo Walter, Hendrick Sousa, Ilvia Gomes, Iolane Pereira, Laiane Campos, Luciane Alfaia, Marcela Poenna, Marcos Galvão, Silvio Almeida, Victor Camargo, Larissa Ádna e Cristiano Morais. Obrigada pela contribuição com o planejamento, campo, transcrições e reflexões, no decorrer de toda a pesquisa. Um agradecimento ao apoio de Lucimara Malcher e Sabrina Oliveira nas transcrições da pesquisa.

Aos queridos alunos do ISCO/UFOPA, graduandos, graduados, residentes, ex-residentes e toda a turma do PRONERA. Obrigada pelo carinho e por estarem me formando nesse desafio de ser professora. Espero poder contribuir com cada um.

Às amigas de todas as horas, Ariana Oliveira e Thatiane Barboza, obrigada por se fazerem tão presentes nesses mais de 20 anos e ainda hoje, apesar da distância, sempre nutrirem nossa amizade com incentivos, disponibilidade e carinho.

Aos amigos Rafael Peres, Gerson Stumbo, Lene, Many Chueri e Eduardo Nunes, pela rede de apoio e agradáveis conversas.

Às “Forever”: Monique Padilha, Rafaella Peixoto, Caroline Martins, Stefânia Soares, Carolina Motta e Helena Seidl, pela troca de afetos, pelos estímulos e pelas bandeiras de luta em comum.

A toda a equipe de coordenação, equipe técnica e de professores do DINTER e UNIFESSPA, em especial: Carlos Machado, Rosely Magalhães e Carlos Podalirio, pela disponibilidade e apoio.

A todos os professores e funcionários da ENSP/FIOCRUZ, sempre a postos, representados por Cristiani Machado Vieira, Luciana Dias de Lima e Roberta Gondim.

Aos funcionários da SECA e da biblioteca, pela eficiência nas respostas e orientações.

Aos colegas de doutorado da turma DINTER ENSP/UNIFESSPA 2017-2021, pela rede de apoio em Marabá e em todos os demais momentos: Camila Nemer, Edcarlos Silva, Emanuelle Cossolosso, Lidiane Aguiar, Hugo Freitas, Jax Nildo, Lourdes Gomes, Luciana Fernandes, Norberto Rocha, Marcelo Vinhote, Annelyse Figueiredo, Jordanio Santos e Aloma Chaves. Ficarei feliz em acompanhar essa conquista de cada um de vocês.

Aos membros da pesquisa "Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no SUS", representados por Aylene Bousquat e Paulo Mota, pela acolhida e pelos aprendizados.

Aos colegas do grupo de pesquisa GEPESCA/UFPA, em especial Carlos Leonardo Cunha, pelas trocas.

Ao 9º Centro Regional de Saúde do Estado do Pará, pelo auxílio com o campo da pesquisa, em especial, à enfermeira Irlana Siqueira, sempre disponível para parceiras e engajada para o fortalecimento da APS na região.

À Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) pelo afastamento para o doutorado e apoio para o trabalho de campo.

À equipe do antigo Departamento de Atenção Básica - DAB/SAS/Ministério da Saúde e FIOTEC pelo financiamento da pesquisa.

À CAPES, pelas bolsas de estudo nos meses de estágio doutoral no Rio de Janeiro.

A cada entrevistado, usuário, profissional e gestor dos municípios visitados, que disponibilizou seu tempo, dedicação e reflexões para contribuir com a pesquisa.

A tod@s que possam travar diálogos futuros e utilizar esse trabalho na luta pelo SUS que queremos.

A tod@s que defendem a ciência, a justiça social e a vida.

RESUMO

Em todo o mundo, populações rurais apresentam desigualdades de acesso, cobertura e resultados de saúde quando comparadas às populações urbanas. Na região amazônica brasileira, desafios políticos e estruturais para implantação de políticas públicas de saúde se intensificam frente à diversidade regional: áreas de cheia e vazante dos rios, alta dispersão populacional, precárias condições de trafegabilidade, presença de populações tradicionais com necessidades específicas como indígenas, ribeirinhas e quilombolas. Esse cenário gera implicações diferenciadas para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo geral da tese é analisar as especificidades do acesso e organização da atenção primária à saúde (APS) no SUS em municípios rurais remotos (MRR) do Oeste do Pará. Buscou-se iluminar estratégias e possibilidades locais de organização dos serviços de APS no SUS que melhor respondam às especificidades socioespaciais e das populações que vivem nos territórios rurais. Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, com dados primários da pesquisa nacional "Atenção Primária em territórios rurais e remotos do Brasil", desenvolvida na Fiocruz. Analisou-se dados de cinco municípios do Oeste do Pará: Rurópolis, Jacareacanga, Aveiro, Curuá e Prainha, selecionados intencionalmente com diferentes características socioeconômicas e geográficas, considerando a extensão territorial, presença de populações tradicionais, PIB per capita, proporção de população em situação de pobreza e localização segundo fluxos fluviais ou terrestres. Em cada um dos cinco municípios da amostra foram realizadas visitas a unidades básicas, entrevistas com gestores municipais (secretários de saúde e coordenadores de atenção básica), profissionais de saúde médicos e enfermeiros, agentes comunitários de saúde e usuários dos serviços, totalizando 70 entrevistas, orientadas por roteiros semiestruturados. As fontes de informação incluíram também registros de campo com observações dos entrevistadores, banco de dados com perfil de entrevistados e síntese das entrevistas, revisão de literatura e dados secundários de bancos nacionais de acesso público. Foi realizada análise temática de conteúdo das entrevistas a partir de categorias preestabelecidas com base na literatura, e categorias emergentes do material empírico. As informações e dados das diversas fontes foram trianguladas e contrastadas perspectivas dos diferentes atores entrevistados. Os resultados do estudo são apresentados em três artigos. O Artigo 1 teve por objetivo analisar o processo de trabalho dos ACS em MRR e identificar especificidades e contribuições para o cuidado na atenção primária à saúde. Os resultados apontaram um conjunto abrangente do escopo de práticas dos ACS, que envolveu acompanhamento familiar, cuidados e medidas preventivas individuais, abordagem coletiva e atividades administrativas, sendo as visitas domiciliares sua principal ação. Esse profissional revelou-se com o papel de promover cuidados, facilitar o acesso da população rural à rede de atenção à saúde e atuar como elo real entre populações rurais e serviços de saúde, tornando-se um agente de continuidade do cuidado. Houve reconhecimento de necessidades de maior apoio da gestão municipal para o pleno desenvolvimento do trabalho do ACS e de melhor formação. O Artigo 2 teve como objetivo analisar o acesso à APS no SUS em cinco MRR do Oeste do Pará, discutindo as principais barreiras e desafios para o acesso frente às especificidades dos territórios rurais. As barreiras de acesso geográfico destacaram-se pelas grandes distâncias, longos tempos de deslocamento, altos custos, precárias condições das vias e transportes, com variação sazonal, em épocas de cheias e vazante do rio. Do ponto de vista da organização dos serviços, há oferta insuficiente de consultas, exames e medicamentos, restrição nos dias de funcionamento das UBS e ações itinerantes, decorrentes das dificuldades de atração e rotatividade profissional, e influenciadas pelas barreiras geográficas. Um maior suporte da rede de atenção especializada mostrou-se fundamental. O Artigo 3 teve por objetivo identificar especificidades e estratégias da organização da APS em MRR do Oeste do Pará frente singularidades do contexto amazônico. Nos cinco municípios, a rede de serviços

de saúde é exclusivamente SUS, porém a oferta é insuficiente. Descontinuidades no cuidado em saúde das populações do interior do município geram dependência de deslocamentos de usuários até a sede para atenção ou, o aguardo de atendimento itinerante, em geral esporádico. A política federal de provimento (Programa Mais Médicos); o escopo ampliado de práticas de enfermeiros e técnicos de enfermagem em áreas do interior, o sobreaviso e os atendimentos itinerantes foram identificados como estratégias locais para organizar a APS rural na busca de melhor acesso e cuidado, com diferenças no escopo das ações entre as Unidades Básicas de Saúde do interior e da sede dos municípios. A síntese e interlocução entre os resultados dos três artigos são apresentadas nas considerações finais, com recomendações para uma APS integral no SUS. As características dos municípios rurais remotos precisam ser vistas como cenário para formulação de políticas públicas e não como obstáculos. Há de se formular estratégias singulares para oferta e organização dos serviços para populações rurais, articuladas a intervenções intersetoriais para melhoria da infraestrutura para acesso, a fim de evitar os referidos impactos das barreiras de acesso na garantia do direito à saúde. Dentre as principais recomendações de modelos de organização que favoreçam a implantação de uma Atenção Primária à Saúde integral em contextos rurais remotos destaca-se: territorialização dinâmica orientada por contextos locais e participação social; adequação do número de famílias sob responsabilidade dos ACS e equipes rurais à dispersão da ocupação territorial; atendimentos itinerantes com visitas periódicas regulares em tempo oportuno; valorização da identidade regional rural; investimentos em infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, de tecnologias de informação e comunicação e programas de Telessaúde; financiamento federal suficiente e diferenciado; políticas de provimento e regulação do mercado de trabalho para fixação profissional direcionada ao rural. Estratégias especificas para organização de uma APS integral e integrada à Rede de Atenção à Saúde são necessárias para garantir que todos os cidadãos recebam um nível de serviço de qualidade e acessível, independentemente de onde vivam.

Palavras-chave: Saúde rural. Atenção Primária à Saúde. Acesso. Amazônia. Serviços de saúde.

ABSTRACT

Rural populations the world over have unequal health access, coverage and outcomes as compared with urban populations. In Brazil's Amazon region, public health policy implementation faces political and structural challenges intensified by the region's diversity: river flood plains, highly dispersed population, precarious travel conditions and traditional populations with specific needs, such as indigenous peoples, riverside dwellers and *quilombo* communities. This scenario has differentiated implications for organisation of the national health system (*Sistema Único de Saúde*, SUS). The general aim of the thesis was to examine the specificities of access to, and organisation of, primary health care (PHC) in the SUS in remote rural municipalities (RRM) of western Pará State. The intention was to throw light on the possibilities for local organisation of PHC services in the SUS that would respond better to the social and spatial specificities and populations of rural territories. This qualitative study used primary data from the national Fiocruz survey "Primary Care in rural and remote territories in Brazil" for five municipalities in western Pará State: Rurópolis, Jacareacanga, Aveiro, Curuá and Prainha, which were intentionally selected to display different socioeconomic and geographical characteristics (size of territory, presence of traditional populations, per capita GDP, proportion of the population in poverty situations and their locations by river or land routes). A total of 70 individuals, including municipal managers (directors of state health departments and primary health coordinators), PHC doctors and nurses, community health workers and service users were interviewed in the five study municipalities, following semi-structured scripts. The information sources also included field records of the interviewers' observations, a data base of interviewee profiles and interview summaries, a literature review and secondary data from public-access bases. The interview content was subjected to thematic analysis on the basis of pre-established categories drawn from the literature and categories that emerged from the empirical material. The information and data from the various sources were triangulated and the interviewees' varying perspectives were contrasted. The study findings were presented in three articles. Article 1, "The work process of community health workers: contributions to care in remote rural communities in the Amazon", examined the work process of CHWs in RRMs to identify its specific features and contributions to primary health care. While the overall broad set of CHW functions entailed family health monitoring, individual care and preventive measures, collective approaches and administrative activities, their main activity was home visits. These health personnel were found to play the role of providing care, facilitating the rural population's access to the health care system and acting as the real link between rural populations and health services, thus acting as agents of the continuity of care. There was an acknowledged need for more support from the municipal management in order for the CHWs' work to be done to the full and better training. Article 2, "Barriers to access to Primary Health Care in remote rural municipalities in western Pará State", examined access to PHC in the SUS in five RRMs in western Pará State, and discussed the main barriers and challenges to access in face to specificities of rural territories. Geographical barriers to access were particularly prominent, given the long distances, travel times, costs, the precarious state of roads and vehicles and seasonal variations when rivers are at high or low water. Service organisation suffered from insufficient supply of appointments, tests and medicines, as well as restrictions on itinerant PHC activities and facility opening times resulting from staff turnover and influenced by geographical barriers to access. Greater support from the specialised care network was found to be fundamental. Article 3, "Organisation of health care in remote rural territories in western Pará State", sought to identify specificities and strategies in the organisation of PHC in RRMs in western Pará in response to singularities of the Amazon context. In the five municipalities, the health service network is exclusively SUS, but the offer

is insufficient. Discontinuities in care of populations from the interior of the municipality, lead to users' either traveling to facilities to access health care or waiting for itinerant care, in general sporadic. Local strategies identified for organising rural PHC to afford better access and care included the federal policy of provision (More Doctors Program), the expanded role of nurses and nursing technicians in rural areas and the related care procedures offered, arrangements for PHC personnel to be on-call and itinerant team visits to underserved locations. These actions differed in scope at primary health care facilities in outlying areas and at the seat of municipalities. The final chapter provides an overall summary of the research results and sets up a dialogue among the findings of the three articles, so as then to offer recommendations for an integral PHC in the SUS. The characteristics of remote rural municipalities need to be seem as a scenario for the formulation of public policies and not as obstacles. Unique strategies have to be formulated in order to offer and organise services for rural populations, articulated with intersectorial measures to improve the infrastructure for access, so as to avoid the impacts from barriers to access and guarantee the right to health. The main recommendations of models of organisation to favour the introduction of comprehensive primary health care in remote rural contexts include dynamic territorialisation guided by local contexts and social participation; suiting the numbers of families under the responsibility of CHWs and rural teams to the degree of dispersion in territorial occupation; itinerant care with visits at regular intervals in a timely manner; promotion of the regional rural identity; investments in primary health care infrastructure, information and communication technology and telehealth programmes; sufficient and differentiated federal funding; staffing policies and labour market regulation directed to retaining health personnel in rural areas. Specific strategies for organising comprehensive PHC integrated with the health care system are necessary to guarantee that all citizens receive accessible, quality care regardless of where they live.

Keywords: Rural health. Primary healh care. Access. Amazon. Health services.

SUMÁRIO

1 **INTRODUÇÃO**..... 15
2 **REVISÃO DA LITERATURA**..... 23
2.1 ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE..... 23
2.2 ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS REMOTOS..... 24
2.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS POLÍTICAS DO SUS EM DIÁLOGO COM A AMAZÔNIA..... 33
2.3.1. **Política Nacional de Atenção Básica, com equipes ribeirinhas e fluviais**..... 37
2.3.2. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS**.. 39
2.3.3. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do campo, da floresta e das águas**..... 40
2.3.4. **Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM)** 41
2.3.5. **Política Nacional de Atenção à Saúde de povos indígenas**..... 42
2.3.6. **Considerações gerais sobre as políticas específicas**..... 43
2.4 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA APS..... 44
3 **O CONTEXTO AMAZÔNICO**..... 49
3.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO AMAZÔNICO..... 49
3.2 CONTEXTO DO ESTUDO: REGIÃO OESTE DO PARÁ..... 51
4 **METODOLOGIA**..... 58
4.1 SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS..... 58
4.2 FONTES DE INFORMAÇÃO..... 62
4.2.1. **Sujeitos da pesquisa**..... 63
4.2.2. **Roteiros das entrevistas**..... 65
4.3 O TRABALHO DE CAMPO..... 65
4.4 ANÁLISE DOS DADOS..... 66
4.5 ASPECTOS ÉTICOS..... 69
4.6 CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS..... 70
4.6.1. **Aveiro**..... 70
4.6.2. **Curuá**..... 72
4.6.3. **Prainha**..... 73

4.6.4. **Jacareacanga**..... 75
4.6.5. **Rurópolis**..... 76
ARTIGO 1. O PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO EM TERRITÓRIOS RURAIS REMOTOS NA AMAZÔNIA..... 79
INTRODUÇÃO..... 80
METODOLOGIA..... 82
RESULTADOS..... 84
Contexto da pesquisa..... 84
Processo de trabalho dos ACS (escopo de práticas) 85
Qualificação do processo de trabalho dos ACS 92
DISCUSSÃO..... 94
REFERÊNCIAS..... 98
ARTIGO 2. BARREIRAS DE ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS DO OESTE DO PARÁ..... 101
INTRODUÇÃO..... 102
METODOLOGIA..... 103
RESULTADOS..... 105
Contexto dos municípios estudados 105
Acessibilidade geográfica..... 107
Acessibilidade organizacional à APS..... 110
UBS como serviço de primeiro contato..... 112
APS na rede de atenção à saúde..... 113
DISCUSSÃO..... 118
REFERÊNCIAS..... 122
ARTIGO 3. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS DO OESTE DO PARÁ..... 124
INTRODUÇÃO..... 125
METODOLOGIA..... 126
RESULTADOS..... 127
Contexto: Caracterização da APS e demais equipamentos da rede de

atenção à saúde..... 127
Territorialização da APS..... 130
Escopo de práticas e organização da agenda..... 134
Colaboração interprofissional..... 136
Iniciativas de atração ou fixação profissional..... 138
Tecnologias de informação e comunicação..... 140
DISCUSSÃO..... 141
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 146
REFERÊNCIAS..... 147
5 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**..... 150
REFERÊNCIAS..... 160
APÊNDICE 1. REGISTROS FOTOGRÁFICOS DE CAMPO..... 173
ANEXO 1. ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR MUNICIPAL – PESQUISA NACIONAL ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS DO BRASIL 180
ANEXO 2. ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS (MÉDICO E ENFERMEIRO) – PESQUISA NACIONAL ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS DO BRASIL..... 188
ANEXO 3. ROTEIRO DE ENTREVISTA – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – PESQUISA NACIONAL ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS DO BRASIL..... 197
ANEXO 4. SUMÁRIO DOS ROTEIROS DE ENTREVISTA – USUÁRIOS PPP, CCU E HAS – PESQUISA NACIONAL ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS DO BRASIL..... 206
ANEXO 5. APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – ENSP/FIOCRUZ..... 207
ANEXO 6. APROVAÇÃO DO ARTIGO NA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA 213

1. INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, populações definidas como rural ou urbana possuem importantes diferenças entre si quanto ao acesso e utilização de serviços de saúde (Kassouf, 2005). Cerca 56% da população rural global, comparada a 22% da população urbana global não tem cobertura de saúde (Scheil-Adlung, 2015). As populações rurais são as que possuem pior situação e indicadores de saúde, ao mesmo tempo são as que utilizam menos serviços de assistência médica (Wonca, 2013). Aproximadamente 70% dos 1,4 bilhões de pessoas extremamente pobres do mundo vive em áreas rurais (IFAD, 2011) e nessas áreas 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; Scheil-Adlung, 2015). Outras desigualdades nas populações rurais envolvem: exclusão do direito à proteção à saúde; iniquidades de acesso aos cuidados de saúde; *déficit* nos gastos per capita com saúde; exclusão social por baixa renda; e por consequência maiores riscos e agravamentos de condições de saúde, a exemplo de maior mortalidade materna em áreas rurais que urbanas (Scheil-Adlung, 2015).

Três grandes blocos temáticos aparecem na literatura internacional como centrais para a discussão sobre saúde rural: acesso a populações de territórios rurais, fixação de profissionais e financiamento da saúde, envolvendo as especificidades desses territórios (Franco et al, 2021, no prelo). Optou-se neste estudo pelo foco no acesso e na identificação de possíveis estratégias organizacionais dos serviços de APS para melhoria do acesso das populações rurais remotas.

O olhar sobre a saúde rural e remota neste trabalho terá como foco o acesso e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, entendendo a APS como serviço de primeiro contato dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o sistema nacional de saúde, compondo um processo continuado de atenção (Fausto e Matta, 2007). Parte-se de uma abordagem integral da APS que se pauta em um escopo ampliado de ações de prevenção, promoção e cuidado, com ênfase no enfrentamento dos determinantes sociais em saúde (OPAS/OMS, 2005; Giovanella e Almeida, 2017).

Esta oportunidade de reflexão sobre a APS rural é produto da inserção no grupo de pesquisa nacional “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos do Brasil”, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), com estudos

realizados desde meados de 2018.

O contexto de análise da APS rural remota será a Amazônia brasileira, marcado por seu conjunto de especificidades geográficas, sociais e ambientais, com o recorte na região Oeste do Pará. A escolha por esse lócus de pesquisa e tema foi motivada pela minha inserção desde 2016 como docente em saúde coletiva da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), localizada em Santarém/PA. Experiência que me ajudou a compreender a necessidade de políticas públicas diferenciadas para garantia do direito à saúde às populações rurais tradicionalmente com baixo acesso a qualquer tipo de serviços.

Dessa forma, o tema escolhido para a tese de doutorado tem por foco o acesso e estratégias de organização da APS no SUS em territórios rurais remotos, no contexto amazônico brasileiro. Os desafios para garantia de acesso e organização apresentam singularidades na Amazônia, devido as suas características geográficas e climáticas, grande dispersão populacional, longas distâncias e tempos de deslocamento, insuficiência da oferta, dificuldades de fixação de trabalhadores de saúde, concentração de serviços especializados nas capitais, dificuldades estruturais de habitação de qualidade, transporte, saneamento, comunicação, baixa renda da população, com maior exposição a riscos laborais e agravos em saúde. Todos esses aspectos, associados à insuficiência de políticas públicas específicas, contribuem para o aprofundamento das desigualdades de acesso à saúde para as populações rurais (Garnelo et al, 2017; Confalonieri, 2005).

Embora a literatura aborde um conjunto de problemas gerais que incidem no acesso, ainda são pouco frequentes estudos mais específicos sobre a organização da APS nestes territórios e que iluminem possibilidades de ação a partir das experiências desenvolvidas localmente. Esta tese tem por propósito contribuir para uma melhor compreensão das especificidades e exigências para garantia de acesso para as populações destes territórios rurais remotos.

Os modelos organizacionais dos serviços de saúde no Brasil, em geral, são formulados a partir da realidade dos espaços urbanos do país, assim como, o conjunto de políticas públicas de saúde. Neste estudo, parte-se do pressuposto de que tais políticas têm pouca expressividade para captar e considerar particularidades das áreas rurais remotas e garantir o acesso universal aos serviços de saúde como preconizado na Constituição brasileira e princípio do Sistema Único de Saúde (SUS).

A necessidade de maior equidade na distribuição de recursos, formulação e execução de políticas públicas voltadas ao contexto rural é identificada por diversos

autores como urgente (Targa, 2012; Arcury et al, 2005). Para reduzir iniquidades de acesso às populações rurais é necessário conferir alta prioridade, em especial aos povos indígenas, ribeirinhos, comunidades rurais isoladas para que possam ter acesso e utilizar os serviços indispensáveis para resolver suas demandas de saúde, independente do grupo social ao qual pertençam; assim como aqueles que apresentarem maior vulnerabilidade precisam ser tratados de maneira diferente para que a desvantagem inicial possa ser atenuada ou extinta (Barata, 2009).

> Populações com necessidades diferenciadas devem ter alta prioridade, em especial as necessidades de saúde de povos indígenas, minorias e comunidades rurais isoladas, visando atingir o mesmo estado de saúde desejado para o resto da população. (Wonca, 2013: 16)

O problema da pesquisa que se baseia em compreender o acesso e estratégias de organização da APS em municípios rurais remotos da Amazônia, orienta-se pelas seguintes questões norteadoras:

- Quais as contribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o cuidado em saúde de populações residentes em municípios rurais remotos do Oeste do Pará?
- Como as barreiras de acesso geográficas e organizacionais influenciam à atenção à saúde às populações rurais amazônicas?
- Quais as especificidades das estratégias locais na organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará?

Considerando o contexto da pesquisa, os pressupostos que orientam este estudo são:

- Os ACS têm importante papel para a garantia de cuidados em áreas rurais e remotas, territórios de origem de atuação destes trabalhadores da saúde;
- Municípios rurais remotos da Amazônia apresentam barreiras específicas de acesso, mais intensas e distintas, do que municípios urbanos;
- As barreiras de acesso dos municípios rurais remotos apresentam fatores comuns mas diferenciam-se quanto às barreiras geográficas, conforme via de acesso predominante, fluvial ou terrestre, ciclos climáticos e quanto ao custo para deslocamento;
- O período de chuvas intensas, em geral facilita o acesso aos municípios beirados por rios e dificulta o acesso aos municípios beirados por estradas;

- Barreiras geográficas e organizacionais criam obstáculos para o abastecimento de insumos e a manutenção de equipes ESF completas em municípios rurais remotos;
- Estratégias para reduzir barreiras de acesso devem responder à diversidade geográfica, social e cultural das populações dos territórios rurais remotos;
- Grandes extensões territoriais exigem estratégias diferenciadas de territorialização das equipes ESF;
- Existem diferenças de escopo de ações das Unidades Básicas de Saúde no interior e sede dos municípios, com estratégias específicas para atendimento às urgências no interior.

As justificativas para o estudo envolvem diferentes aspectos. Desde setembro de 2016 atuo no Instituto de Saúde Coletiva (ISCO) da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), em Santarém/PA, como docente da área de Saúde Coletiva. A oportunidade diária de me deparar com os desafios teóricos e práticos da saúde pública/políticas públicas de saúde têm sido motivadora para reflexões sobre formação profissional e ideológica. Profissional, porque a área de educação traz muita responsabilidade no processo de contribuir na formação de qualidade de futuros profissionais de saúde; Ideológica, porque acredito que a missão da universidade pública é fortalecer o papel do Estado e do SUS, contribuindo para processos de transformação social e melhoria nas condições de vida das pessoas.

Uma formação acadêmica na graduação, residências e mestrado no Rio de Janeiro, voltada ao contexto urbano, tem me proporcionado uma riqueza ainda maior no contato com as pessoas e o território amazônico. A alteridade se impõe por meio de um certo olhar “estrangeiro”, que instiga a curiosidade pelo meu novo território de atuação e de vida, com desafios particulares. Meu primeiro contato com as singularidades da região Norte foi ainda no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), 2º ciclo, em 2012, na equipe de coordenação de campo da ENSP/FIOCRUZ, responsável por acompanhar, dentre outros estados, Amazonas, Roraima e Amapá. O desdobramento do PMAQ, anos depois, deu origem a várias pesquisas qualitativas, dentre as quais, a pesquisa atual na temática de municípios rurais remotos.

No doutorado, a oportunidade de uma formação em saúde pública para servidores em DINTER (doutorado interinstitucional em saúde), uma parceria da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA) com a ENSP/FIOCRUZ, abarcou

universidades da região Norte, trazendo ênfase aos debates teóricos sobre Amazônia.

A inserção na UFOPA tem possibilitado novas experiências no ensino, pesquisa, extensão e administração, em um cenário de intenso diálogo com a realidade amazônica, que abrange desde os deslocamentos fluviais com sua diversidade de transportes e as questões ambientais, com queimadas e conflitos, além de mudanças cíclicas semestrais das paisagens no município de Santarém e região; até os desafios de ensino de uma formação interdisciplinar generalista e inclusiva para alunos de toda a região e para populações tradicionais, como indígenas e quilombolas.

Por meio das pesquisas sobre APS rural, com destaque à riqueza do trabalho de campo e contato com os entrevistados, que se intensificou na pesquisa de doutorado, pretendo "iluminar" as especificidades, necessidades e estratégias dos municípios visitados, no objetivo de extrapolar as reflexões para a região Oeste do Pará e contribuir no processo de ensino-aprendizagem-transformação, compartilhando experiências com alunos, profissionais de saúde, gestores, comunidades locais e usuários, em um cenário com características tão diferenciadas da vivência que tive em um grande centro.

Uma outra justificativa para o desenvolvimento desse tema de pesquisa, envolve o intenso contato com as diferentes práticas de "Atenção Básica", desde a residência multiprofissional em saúde da família na ENSP/FIOCRUZ, que continua despertando interesse e passa por processos de ressignificação no território amazônico. A Estratégia Saúde da Família como política fundamental para garantia do sistema universal de saúde possui, hoje (2020), 43 mil equipes multiprofissionais, prestando cuidados a mais de 130 milhões de brasileiros (Giovanella et al, 2019). Estudar e investir em Atenção Básica, abarca tanto a importância desse nível de atenção no fortalecimento do SUS e garantia do direito à saúde, quanto a necessidade de qualificar os serviços de atenção básica em cada localidade, contribuindo para um enfrentamento participativo das iniquidades em saúde, com foco nos determinantes sociais, na promoção da Saúde e na integralidade do cuidado.

Além da trajetória individual, a justificativa do estudo funda-se nas questões teóricas sobre o fazer saúde no território rural e amazônico. No Brasil existe uma importante relação entre piores indicadores de saúde e maiores níveis de pobreza, e tais locais têm pior acesso aos cuidados de saúde e maiores índices de mortes por causas evitáveis (Noronha et al, 2010). Pode-se inferir que nas populações rurais, que agregam condições desfavoráveis de renda, as condições de saúde são mais precárias quando comparadas a territórios com maior urbanização. Em outras palavras, as populações

rurais, histórica e socialmente esquecidas no campo da política e dos direitos, sofrem uma influência ainda mais desfavorável do contexto macroeconômico e dos processos sociais, agravando as iniquidades nos territórios rurais.

Compreender os aspectos particulares do território amazônico, tanto por suas características de organização dos serviços de saúde, como por seu processo histórico, social e ambiental em transformação, contribui para informar políticas para redução das desigualdades sociais e de saúde.

Viana et al. (2007) identificaram uma frágil institucionalidade da política de saúde para a Amazônia brasileira por dificuldades estruturais, institucionais e políticas. Há nesse território grande diversidade intrarregional, dadas as distintas situações geográficas que têm implicações diferenciadas para a organização do sistema de saúde, como sazonalidade amazônica (cheias e vazantes dos rios), alta dispersão populacional no território, precárias condições de trafegabilidade, presença de populações tradicionais com necessidades específicas como indígenas, ribeirinhas e quilombolas, dentre outras. (Confalonieri, 2005). Os deslocamentos podem variar de muitas horas a dias e o fluxo não obedecer ao planejamento territorial da saúde (das atuais regiões de saúde) e sim se estabelecer pelo que é mais perto e/ou com menor custo para a população em termos financeiros e de tempo gasto (Gama et al., 2018). Questões culturais têm importante expressão no cuidado em saúde da população, por meio de curandeiros, pajés, benzedeiras, parteiras, puxadores, dentre outros cuidadores tradicionais (Vaz Filho, 2016) aparentemente com baixa ou nula integração com os sistemas formais de saúde.

Outros aspectos que chamam a atenção para a relevância de estudos neste contexto foram destaque em estudo realizado por Porto et al. (2013) sobre o mapa de conflitos envolvendo injustiça ambiental e saúde no Brasil. Na região Norte, o agronegócio, o ciclo da mineração e inúmeras obras de infraestrutura, como hidrelétricas e rodovias, com frequência abrangem vastos territórios e diversos municípios simultaneamente, gerando conflitos. Pautado pela concepção ampliada de saúde, o estudo explica como a disputa territorial e o modelo de desenvolvimento podem impactar diretamente os modos de vida e a saúde das populações. Extrapola a dimensão biomédica dos impactos ambientais, analisando também questões como qualidade de vida, cultura, tradições, direitos humanos e capacidade de organização e mobilização coletivas (Porto et al., 2013).

Os problemas visualizados nas populações dos territórios rurais amazônicos podem ser os mais diversos: doenças de veiculação hídrica, causadas por condições de

saneamento inadequadas; questões de saúde do trabalhador em virtude das precárias condições de trabalho; doenças respiratórias decorrentes de queimadas; doenças crônico-degenerativas provocadas pela contaminação química resultante do uso intensivo de agrotóxicos e do mercúrio (Viana et al., 2016). Há de se destacar também os problemas sociais decorrentes do rápido crescimento populacional, das migrações constantes e do processo de desenvolvimento desordenado, como os acidentes de trânsito resultantes de um precário processo de urbanização; o desemprego dos agricultores familiares e pescadores (pela má qualidade do solo e da poluição da água); e a violência nas cidades e no campo em uma Amazônia estruturalmente desigual e caracterizada por situações de conflito (Viana et al., 2016).

No planejamento da política de saúde é necessário considerar uma perspectiva dinâmica para o território, com ênfase nessas diferenças e peculiaridades dos usos territoriais (Viana, 2007). Territórios com população esparsa e diversidade cultural que, em geral, apresentam um desenvolvimento insuficiente de infraestrutura – energia elétrica, comunicação, transporte, serviços, etc – agregam obstáculos adicionais para o acesso a serviços e a integração na rede de atenção.

Estudo de Kassouf (2005), baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), destaca a utilização muito maior do Sistema Único de Saúde (SUS) em áreas rurais do que em urbanas. Considerando que mais de 80% dos municípios brasileiros têm menos de 50.000 habitantes e com sua rede de serviços de saúde limitando-se exclusivamente à Atenção Básica no SUS (Almeida e Santos, 2015), compreender as dificuldades de acesso à atenção básica nos auxilia na busca da redução das desigualdades em áreas rurais.

Dessa forma, é imprescindível compreender os desafios adicionais do acesso e as possíveis estratégias de organização da atenção básica no contexto rural, a fim de contemplar a nítida diversidade de territórios, de necessidades de saúde e de políticas públicas diferenciadas no território amazônico brasileiro. Este estudo busca iluminar esta problemática e discutir possibilidades de organização dos serviços de APS no SUS que melhor respondam às especificidades socioespaciais e das populações que vivem nestes territórios.

O **objetivo geral** da tese é:

- ✓ Analisar as especificidades do acesso e organização da atenção primária à saúde no SUS em municípios rurais remotos do Oeste do Pará.

Os **objetivos específicos** são:

- ✓ Mapear as singularidades da organização e das práticas dos profissionais na Atenção Primária em territórios rurais remotos no Oeste do Pará;
- ✓ Identificar as barreiras do acesso à atenção primária em MRR, sejam elas geográficas, organizacionais;
- ✓ Analisar as especificidades da atuação dos ACS em áreas rurais remotas e sua contribuição para o cuidado em saúde em municípios do Oeste do Pará;
- ✓ Discutir desafios específicos do contexto rural amazônico e estratégias para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS.

Optou-se por apresentar os resultados da pesquisa no formato de três artigos, antecedidos por esta introdução, revisão da literatura, contexto do estudo e metodologia. A síntese e interlocução dos resultados detalhados nos três artigos são apresentadas nas considerações finais, com recomendações para uma APS integral no SUS.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso aos serviços e cuidados de saúde contempla múltiplas definições, sendo central a compreensão dos fatores que influenciam na capacidade dos usuários obterem cuidados adequados, de qualidade e em tempo oportuno. É determinado pelo ajuste entre o quanto o sistema de saúde consegue atender diferentes características da população no conjunto das suas necessidades. (Russel et al, 2013)

O acesso se expressa no grau de facilidade dos usuários obterem cuidados de saúde (Russel et al, 2013; Guagliardo, 2004), mas também na disponibilidade de recursos de saúde em um determinado tempo e local (Donabedian, 2003), sendo fator de interlocução entre procura dos usuários por cuidados de saúde, necessidades de saúde, entrada no serviço e sua utilização (Silva Júnior et al, 2010; Travassos e Castro, 2008).

Há um conjunto de dimensões que devem orientar os formuladores de políticas à garantia de acesso à atenção primária à saúde em áreas rurais e remotas, tais como disponibilidade, acessibilidade, acomodação ou adequação funcional *(acomodation)* e aceitabilidade (Russel et al, 2013; Penchansky e Thomas, 1981, Levesque et al, 2013).

Outros autores já diferenciam os elementos entre acesso potencial e acesso realizado, com acesso potencial incluindo disponibilidade, fatores de organização, predisposição, capacitação e necessidade; e acesso realizado, abrangendo conveniência, disponibilidade, financiamento, características do provedor, qualidade, tipo de serviço de saúde, local e intervalo de tempo de atendimento (Aday e Andersen 1981). De forma similar, Guagliardo (2004), refere dois estágios para acesso: o potencial para prestação de cuidados (coexistindo no mesmo espaço e local, população que precise e serviço que esteja disposto à entrega); e a entrega realizada do cuidado (quando todas as barreiras de fornecimento do serviço são superadas).

Sob o ponto de vista das populações, abarca a capacidade de perceber, procurar, alcançar, pagar (quando for o caso) e de se envolver com os serviços de saúde (Levesque et al, 2013). Autores que utilizam o termo de acesso na perspectiva ampliada, tomam por base a relação/interação dinâmica entre oferta de serviços e população (Travassos e Martins, 2004; Penchansky e Thomas, 1981).

Contudo, alguns autores diferenciam o conceito de acesso de acessibilidade (Frenk, 1985; Travassos e Martins, 2004). Acesso concentra-se na existência e disponibilidade dos serviços ou entrada inicial no serviço, o que favorece a utilização oportuna dos serviços de saúde, em função das necessidades dos usuários. Acessibilidade

trata da interação entre necessidades de saúde, busca pelo serviço, entrada no serviço e continuidade dos cuidados, impactada pela relação entre obstáculos (ecológicos, financeiros e organizacionais) e capacidade da população superar esses obstáculos - em termos de tempo, transporte e capacidade financeira.

Assim, a acessibilidade também está relacionada a como ocorre a oferta de serviços de saúde, de forma a contribuir ou não para a utilização e busca desses serviços pelos potenciais usuários (Frenk, 1985), sendo impactada por dimensões geográficas e organizacionais (Donabedian, 2003; Oliveira et al, 2012). A dimensão geográfica pode envolver localização da oferta e dos usuários, transporte, distância, tempo de viagem e custos, enquanto a organizacional pode contemplar disponibilidade e modo de organização da oferta para acolher os usuários e capacidade desses usuários de se acomodarem aos fatores de oferta (Assis e Jesus, 2012). A acessibilidade, portanto, é uma dimensão do acesso que se baseia na experiência de cuidado dos usuários, o que pode ser exemplificado pelo indicador de acessibilidade de primeiro contato da APS, interpretada pela facilidade de ter uma consulta com profissional de saúde (Paré-Plante et al, 2018).

Considerando que na maior parte dos artigos internacionais estudados, essa diferença conceitual não foi marcante, os termos acesso e acessibilidade foram utilizados como sinônimos na tese, enfatizando as diferentes perspectivas de discussão de acesso das populações rurais aos serviços e cuidados de saúde.

No presente estudo, distinguiu-se acessibilidade geográfica relacionada a aspectos geográficos que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas utilizarem os serviços, de acessibilidade organizacional referente às características da oferta de serviços (Donabedian, 2003; Oliveira et al, 2012). A acessibilidade geográfica envolve localização da oferta e dos usuários, transporte, distância, tempo de viagem e custos. A acessibilidade organizacional contempla disponibilidade – volume, tipo de serviços, necessidade dos usuários e adequação funcional –, modo de organização da oferta para acolher os usuários e capacidade desses usuários de se acomodarem aos fatores de oferta (Assis e Jesus, 2012).

2.2. ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS REMOTOS

Estudos apontam que em todo o mundo, residir em território rural ou urbano faz diferença para acessar os sistemas de proteção à saúde. Determinantes sociais como *déficit* na prestação de serviços essenciais, pobreza, baixa oferta de empregos e renda e

exclusão social são mais expressivos em áreas rurais, trazendo dificuldades para o acesso à atenção à saúde (Scheil-Adlung, 2015; Strasser, 2003).

Destacam-se a seguir algumas das diferenças de acesso, cobertura e resultados de saúde das populações rurais quando comparadas às populações urbanas descritas na literatura internacional (Scheil-Adlung, 2015; Arruda et al, 2018; Kassouf, 2005; Strasser, 2003):

- Há um *déficit* global na cobertura rural de 2,5 vezes mais do que em áreas urbanas, alcançando 38% da população global sem direitos à assistência à saúde (Scheil-Adlung, 2015);
- A taxa de mortalidade materna é 2,5 vezes maior nas zonas rurais do que nas áreas urbanas (Scheil-Adlung, 2015), assim como crianças de áreas rurais do continente africano têm 77% mais probabilidade de baixo peso ou altura para a idade (Strasser, 2003);
- A falta de recursos financeiros deixa 63% da população rural do mundo sem acesso a cuidados de saúde e há uma distribuição injusta dos gastos em saúde com menor gasto *per capita* nas áreas rurais do que nas áreas urbanas (Scheil-Adlung, 2015);
- Mesmo para indivíduos com condições socioeconômicas semelhantes, o acesso e uso de serviços de saúde é menor nas áreas rurais que em áreas urbanas (Arruda et al, 2018);
- Moradores de área rural no Brasil procuram o serviço principalmente em caso de doenças, enquanto os de área urbana procuram também para atendimento de rotina ou prevenção (Kassouf, 2005);
- Mais indivíduos no mundo utilizam os sistemas públicos no meio rural do que no urbano (Scheil-Adlung, 2015; Kassouf, 2005), assim como, a cobertura por planos de saúde no Brasil é maior nas regiões urbanas (Pinheiro et al, 2002).
- As taxas de mortes por causas evitáveis em populações moradoras de áreas rurais remotas são mais altas que em áreas urbanas (Strasser, 2003);

Muitos dos problemas que dificultam o acesso à saúde de territórios rurais são similares àqueles vivenciados em territórios urbanos pobres/periferias: exclusão do direito à proteção à saúde, exclusão social por baixa renda (Scheil-Adlung, 2015); dificuldades estruturais como ausência/insuficiência ou inadequação de transportes (Strasser, 2003; Alston et al, 2006); menos acesso a recursos de informação e comunicação (Gruen et al, 2003; Strasser, 2003); distribuição desigual dos profissionais

de saúde (Grobler et al, 2015; Scheil-Adlung, 2015); dentre outros fatores que impactam diretamente no acesso à saúde. Todavia, a estes se somam dificuldades adicionais por barreiras geográficas e remoticidade dos territórios.

Os principais resultados de revisão internacional sobre acesso à saúde das populações rurais[1] envolveram barreiras de acesso relacionadas à:

a) Localização geográfica das comunidades rurais (Wong e Regan, 2009; Zubieta e Bequet, 2010; Haggerty et al, 2014; Kulig et al, 2008);

b) disponibilidade limitada de instalações e serviços, gerando necessidade de viajar para acessar a assistência à saúde, o que se agrava pela ausência ou insuficiência de transportes e aos custos de deslocamento (Zubieta e Bequet, 2010; Gruen et al, 2003; Alston et al, 2006; Dassah et al, 2018; Neville et al, 2019);

c) Ausência, insuficiência ou alto custo de transportes públicos (Vieira, 2010; Arcury et al, 2005; Scheil-Adlung, 2015);

d) dificuldade de fixação e alta rotatividade de profissionais (Haggerty et al, 2014; Grobler et al, 2015; Scheil-Adlung, 2015; OMS, 2010);

e) dificuldades de acesso aos serviços hospitalares e especializados (Gruen et al, 2003; Iliyasu et al, 2015);

f) percepção negativa da comunidade sobre o profissional de saúde e a eficácia dos cuidados de saúde (Allan et al, 2008; Dassah et al, 2018; Burton e Walters, 2013);

g) intensidade de barreiras de acesso aos serviços para populações rurais específicas de maior vulnerabilidade (Haggerty et al, 2014; Dassah et al, 2018; Neville et al, 2019; Smith et al, 2019; Burton e Walters, 2013; Zubieta e Bequet, 2010; Alston et al, 2006; Rosenwasser et al, 2013; Doran et al, 2014; Carlton e Simmons, 2011);

Na literatura pesquisada diversos artigos partem de uma lógica comparativa entre o acesso das populações urbanas e populações rurais, com desvantagem dessas últimas. Alerta-se, contudo, que visto as especificidades de contexto histórico e sistemas de saúde de cada país ou região, convém considerar os limites para a generalização dos resultados.

A localização geográfica das comunidades rurais influencia diretamente a capacidade dessas populações acessarem os serviços e cuidados de saúde de forma oportuna (Wong e Regan, 2009; Zubieta e Bequet, 2010; Haggerty et al, 2014; Kulig et al, 2008). Pesquisa com usuários de comunidades rurais canadenses apontou que a

---

[1] Texto ampliado de revisão internacional sobre acesso, organização e força de trabalho, elaborado durante o doutorado de artigo em co-autoria aceito para publicação nos Cadernos de Saúde Pública (Franco, Lima e Giovanella, 2021). Previsão de artigo completo a ser disponibilizado em http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/, em julho/agosto de 2021.

população rural faz trocas entre ter sua necessidade de saúde atendida e os custos/segurança do deslocamento para atendimento. Nos casos de populações rurais com ausência de um relacionamento contínuo com o profissional de saúde – que envolve dimensões relacionais, informacionais e de gestão – há prejuízos na manutenção da saúde; assim como, uma maior eficiência na prestação de serviços de saúde da APS – relacionada à continuidade da informação e gestão e diagnósticos mais rápidos – geraria menos custos para os pacientes, maior produtividade do serviço e um deslocamento das populações rurais com menor frequência (Wong e Regan, 2009). Outro estudo aponta que o fator mais importante para os usuários buscarem os serviços de saúde (independentemente do tipo) está relacionado à existência desse na comunidade, refletindo a tendência de utilizar o serviço mais próximo do domicílio (Zubieta e Bequet, 2010).

Para Kulig et al (2008), embora a distância entre população e serviços seja fator essencial de acesso, índices de ruralidade pautados unicamente em distância são insuficientes, sendo necessário associar localização geográfica a características da comunidade, disponibilidade de recursos humanos e características da prática de enfermagem. Nesse sentido, estudo na Austrália rural, considerou um índice de acesso espacial da APS com três componentes: disponibilidade dos serviços de APS; proximidade das populações aos serviços de APS; e necessidades da população.

Os resultados evidenciam que, apesar de as áreas mais remotas terem pior acesso, é possível encontrar áreas remotas com bom acesso e áreas metropolitanas com acesso precário (McGrail e Humphreys, 2015). Outras investigações ratificam tais apontamentos, indicando que valores, crenças e interações das pessoas com os serviços impactam igualmente no acesso (Allan et al, 2008). Logo, a existência de serviços de saúde na comunidade apesar de indispensáveis, isoladamente não se traduz em acesso. (Kulig et al, 2008; Allan et al, 2008; McGrail e Humphreys, 2015).

Haggerty et al (2014), em estudo com usuários australianos destacam que nas áreas urbanas as pessoas viajam mais precocemente para buscar cuidados de saúde quando comparados aos moradores de áreas rurais. Nestas, a escassez de recursos locais significa que as fontes de assistência podem estar muito distantes, de modo que os pacientes investem mais esforço em buscar informações sobre sua fonte de assistência antes de viajar. Em geral, os pacientes de áreas rurais esgotam as opções locais antes de buscar atendimento fora da sua comunidade. Contudo, o fato de as distâncias para acesso aos serviços serem comuns nas comunidades rurais, faz com que esse fator raramente seja

referido como barreira de acesso pelos entrevistados (Haggerty et al, 2014).

No entanto, outros estudos mostram a procura por serviços mais distantes. Dois artigos explicam os principais fatores para o *by-pass* do médico de APS, isto é, a população rural se desvia do serviço local ou viaja além do necessário para buscar os cuidados em saúde com algum médico da APS (Sanders et al, 2015; Whitehead et al, 2019). Estudo em Montana, Estados Unidos, aponta que a insatisfação com os cuidados de saúde locais ou com comércio local, e horário de atendimento comercial do serviço de saúde aumentam a probabilidade do *by-pass*, ao mesmo tempo que maior socialização na comunidade diminui essa probabilidade. Os autores apontam para os riscos do *by-pass* da APS pela população rural gerar um *Health care desert*, ou seja, menor procura de provedores locais resultando em menor viabilidade financeira de manter os serviços e possível fechamento dos serviços rurais existentes (isto em países que a prestação de medicina geral é ofertada por médicos de consultório remunerados por atendimento prestado). Para explicar o *by pass* os autores destacam o conceito de *outshopping* – que consiste no agrupamento do uso de serviços e compras pelos usuários, em um mesmo deslocamento, por conveniência, satisfação ou busca por maior qualidade, o que se estende aos cuidados na APS (Sanders et al, 2015).

Com resultados similares, Whitehead et al (2019) compararam áreas da região de Waikato, Nova Zelândia, apontando que populações urbanas têm baixo uso de serviços de *General Practicioner (GP)* mais próximo da sua casa, escolhendo outros mais distantes, e essa tendência se repete em populações rurais. Esse *by-pass* é altamente influenciado em populações rurais pela necessidade de viajar distâncias significativas para acessar qualquer serviço. Em geral, quem escolhe pelo *by-pass* são moradores de áreas rurais que poderiam realizar viagens mais curtas até o próximo GP, contudo preferem o uso em localidades que oferecem outros serviços e ou comércio, aproveitando a viagem (Whitehead et al, 2019). Ambos os estudos apontaram que idade, nível socioeconômico, condição de saúde, sexo, ruralidade e existência de transporte são fatores que influenciam no *by-pass* (Sanders et al, 2015; Whitehead et al, 2019).

A ausência, insuficiência ou alto custo de transportes públicos em áreas rurais é um outro aspecto de impacto negativo no acesso das populações rurais aos serviços de saúde. As demandas e necessidades de saúde dos indivíduos das áreas rurais, acompanhadas ou não de disponibilidade de transporte relacionam-se a um melhor ou pior acesso aos serviços (Vieira, 2010). Estudo em 12 áreas rurais da Carolina do Norte (EUA) mostra que mesmo quando as distâncias não são longas, a falta de acesso ao

transporte pode levar a uma menor utilização do serviço de saúde: a disponibilidade de transporte próprio ou acesso a transporte público/sanitário aumenta o número de consultas, por exemplo, de usuários com doenças crônicas (Arcury et al, 2005). Enfrentar as desigualdades de renda nos territórios rurais reduziria essas e demais barreiras financeiras ao acesso a cuidados de saúde (Scheil-Adlung, 2015).

A temática de dificuldades de fixação e alta rotatividade profissional, também foi destaque na discussão de barreiras de acesso aos serviços de saúde em áreas rurais. A escassez de profissionais de saúde chega a ser mais que o dobro nas áreas rurais do que nas áreas urbanas. (Scheil-Adlung, 2015). A estimativa é que cerca de 50% da população mundial viva em territórios rurais, mas concentra somente 38% da força de trabalho de enfermeiros, e 24% da força de trabalho de médicos do mundo (OMS, 2010).

Dados de sistemas de saúde apresentados no estudo de Grobler et al (2015), mostram as disparidades na relação médico ou profissionais de saúde por 1000 habitantes: no Canadá, a relação é de 2,6 médicos em áreas urbanas e 0,9 em áreas rurais; na Austrália, existem 4,0 médicos/1000 habitantes nas principais cidades e 2,4 em áreas remotas; na China, são 7,6 profissionais de saúde/1000 habitantes em áreas urbanas e 3,0 em áreas rurais. Profissionais de saúde qualificados e em quantidade suficiente são essenciais para proporcionar uma maior qualidade nos serviços de saúde e melhorar os resultados de saúde (OMS, 2010).

Diferentes estratégias de fixação de profissionais tanto em áreas rurais como em áreas urbanas pobres vêm sendo implementadas e demandam estudos que comprovem a sua eficácia. Há estratégias mapeadas de quatro tipos: educacionais, financeiras, regulatórias e de suporte profissional e pessoal (Grobler et al, 2015; OMS, 2010).

Quanto às estratégias educacionais, os médicos mais propensos a atuar em áreas rurais são: estudantes de origem rural e/ou de populações carentes, estudantes que tiveram discussão sobre saúde rural na graduação, que estudaram em escolas médicas localizadas em áreas rurais e que realizam estágio/internato nessas áreas. As financeiras abarcam o fornecimento de bolsas de estudos com contratos específicos para área rural, e benefícios ou salários mais altos para os profissionais atuarem nessas áreas. As estratégias regulatórias para melhor distribuição de médicos envolvem exigências como: recém-formados atuando no serviço rural, passar um tempo mínimo de anos em áreas rurais como pré-requisito para realizar especializações e contratação de médicos estrangeiros exclusivos para prática rural. Já o suporte profissional/pessoal está relacionado à possibilidade de participação em treinamentos e atualizações profissionais, além de

suporte às necessidades familiares como moradia e educação para crianças (Grobler et al, 2015). A disponibilidade de planos de carreira é outro fator de fixação profissional (Wonca, 2013).

O insuficiente financiamento público destinado à saúde impacta a oferta de serviços e ações de saúde, seja em países em desenvolvimento, com altos níveis de pobreza, em que são limitadas ofertas de serviços e disponibilidade de recursos para a saúde; seja em países desenvolvidos, com gradativa redução do financiamento e apoio à infraestrutura para serviços de saúde em territórios rurais remotos. Mesmo nos países onde a maioria da população vive em áreas rurais, os recursos estão concentrados nas cidades (Strasser, 2003).

Iniquidades de acesso das populações aos serviços hospitalares e especializados devido à concentração desproporcional desses serviços em centros urbanos, também impactam populações rurais (Gruen et al, 2003). Em seu estudo abrangendo comunidades dos EUA, Reino Unido, países africanos, Austrália e Canadá, os autores classificam as populações rurais entre desfavorecidas e não desfavorecidas. Ambas precisam se deslocar para ter acesso à atenção especializada ou hospitalar, contudo, as populações rurais não desfavorecidas conseguem um acesso mínimo em um centro urbano próximo. Para as desfavorecidas, as barreiras de acesso à atenção especializada e hospitalar são tão grandes que esse acesso só ocorre mediante o deslocamento de profissionais/equipamentos/serviços até as comunidades rurais, por meio de pequenas aeronaves ou veículos com tração nas quatro rodas (Gruen et al, 2003).

Essa dificuldade de acesso aos serviços especializados também foi observada em contexto de comunidades rurais da Nigéria (Iliyasu et al, 2015), cujo atendimento imediato e oportuno do soro antiofídico em áreas distantes, além de melhores desfechos de saúde, foi uma forma de evitar o uso potencialmente prejudicial da medicina tradicional (*traditional first aid*) por falta de acesso. Uma divergência foi o estudo de Choo et al (2014) em populações rurais da Escócia, que não identificou barreiras de acesso ao exame de ecocardiograma, o que segundo os autores pode ser justificado pelo baixo grau de remoticidade da área pesquisada e pela institucionalização, desde os anos 1990, de programas de ecocardiografia *open-access* pelos GP no Serviço Nacional de Saúde, de acesso universal e gratuito, do Reino Unido.

A percepção negativa da comunidade sobre o profissional de saúde e sobre a eficácia dos cuidados de saúde foram destacadas em vários estudos como fator de influência no acesso/busca pelo serviço de saúde em áreas rurais (Allan et al, 2008;

Dassah et al, 2018; Burton e Walters, 2013), indicando que quanto mais negativa essa percepção, menor a busca pelo serviço, envolvendo preocupações do usuário com privacidade e confidencialidade (Quine et al, 2003; Allan et al, 2008).

As barreiras de acesso se intensificam em populações rurais específicas de maior vulnerabilidade como idosos, pobres ou pessoas com deficiência (Haggerty et al, 2014; Dassah et al, 2018; Neville et al, 2019; Smith et al, 2019; Burton e Walters, 2013), além de diferenças de idade e de gênero (Zubieta e Bequet, 2010; Alston et al, 2006; Rosenwasser et al, 2013; Doran et al, 2014; Carlton e Simmons, 2011). Em revisão de literatura sobre acesso à APS por pessoas com deficiência em áreas rurais, identificou-se as barreiras de acesso a partir da interação dos fatores: disponibilidade, aceitabilidade, geografia e acessibilidade. Ou seja, poucos serviços de APS, associado a percepção de baixa qualidade, aumentavam a necessidade da pessoa com deficiência viajar longas distâncias para acessar os cuidados de saúde e agravava dificuldades com transporte e custos (para usuários e acompanhantes), especialmente no caso de necessidade de serviços especializados (Dassah et al, 2018). Resultados semelhantes foram encontrados no contexto rural australiano, acrescentando-se a importância do vínculo comunitário para o deficiente intelectual e o baixo conhecimento dos médicos sobre abordagem a esse público (Burton e Walters, 2013).

De forma similar, estudos com idosos de áreas rurais apontam desafios adicionais de acesso aos serviços de saúde e transporte (Neville et al, 2019; Smith e Carragher, 2019). Idosos de um contexto rural da Nova Zelândia enfrentaram problemas como: longos tempos de espera, descontinuidade de cuidados médicos, dificuldades de acesso a serviços especializados e de emergência, custos de viagens e reduzido acesso aos serviços por telemedicina (Neville et al, 2019). Em áreas rurais da Irlanda indicou-se a importância dos serviços de clínico geral da APS fora do horário comercial (*General practitioner out-of-hours – GPOOH*) para a população idosa permanecer em suas casas/comunidades pelo maior tempo possível. Ademais, apontou desafios de acesso dessa população: limitada rede de apoio especialmente no período noturno; falta de informações sobre os serviços disponíveis; distância desses serviços de GPOOH; necessidade de acesso rápido aos serviços, que leva idosos a buscarem cuidados nas emergências ao invés de ligar para o serviço GPOOH (Smith e Carragher, 2019).

Questões de idade e gênero também foram relacionadas diretamente à maior demanda do serviço de saúde e, portanto, no reconhecimento de barreiras de acesso em área rural do Quebec, Canadá. Quanto maior a idade, maior foi a busca pelos serviços de

APS, assim como, homens de todas as idades usaram serviços de pronto atendimento mais que as mulheres, que preferiam consulta na APS (Zubieta e Bequet, 2010). Outrossim, estudo na Austrália rural demonstrou que há uma insuficiência de serviços em áreas rurais, como educação, condições de estradas, telecomunicações e serviços de saúde, o que leva a maior parte das mulheres de áreas rurais precisarem viajar a centros regionais para cuidados de saúde, associando ônus de falta de transporte público, custos com acomodação, perda de tempo de trabalho e dificuldades de cuidados com as crianças. Além disso, sinalizaram deficiências, mesmo na APS, de cuidados de saúde da mulher, parto, violência doméstica e saúde mental (Alston et al, 2006).

Apontamentos similares foram encontrados em estudos: a) sobre barreiras na triagem de câncer de colo retal em mulheres de áreas rurais da Pensylvania/EUA, que abarca barreiras como práticas de triagem, barreiras culturais e associadas à prática médica (Rosenwasser et al, 2013); b) barreiras de distância, custo, falta de cuidados apropriados e atitudes sociais negativas quando mulheres de áreas rurais da Austrália vão buscar informações e acesso a serviços de aborto (Doran et al, 2014); c) em contexto rural americano, foram medidas as probabilidades de acesso das mulheres a um médico, encontrando: menor probabilidade de acesso de mulheres com condições crônicas e depressão; e mulheres sem seguro de saúde mais propensas a adiar a busca por serviços médicos e prescrições (Carlton e Simmons, 2011).

Estudo com adolescentes australianos reforçou desvantagens estruturais de acesso a serviços de saúde em áreas rurais, como limitado número de prestadores, longos tempos de espera, custos com serviço de saúde, falta de confidencialidade, além de baixa oferta de educação e lazer, o que afeta os resultados de saúde e contribui para um comportamento de maior risco. As preocupações comuns mais frequentes entre adolescentes da área rural e urbana foram: uso de álcool e drogas ilícitas, *bullying*, segurança nas ruas, dieta e imagem corporal, saúde sexual, estresse e depressão. Contudo, algumas questões foram mais prevalentes em jovens rurais, como depressão, suicídio juvenil e gravidez na adolescência. Diferenças de gênero, também evidentes, mostraram que meninos eram menos capazes de conversar com seus pares ou profissionais sobre suas condições de saúde (Quine et al, 2003).

O conjunto de barreiras de acesso apresentados pelos estudos pode gerar consequências como: um usuário tendo que reiniciar sua busca por cuidados de saúde ou abandoná-la (Haggerty et al, 2014); o adiamento da busca pelo serviço de saúde (Carlton e Simmons, 2011; Dassah et al, 2018); a busca de cuidados em emergência do hospital,

independentemente do tipo da sua demanda (Haggerty et al, 2014; Smith e Carragher, 2019); o agravamento na sua condição de saúde (Haggerty et al, 2014; Carlton e Simmons, 2011; Choo et al (2014); dentre outras, com prejuízos gerais.

Mesmo que estratégias de acesso à saúde rural não tenham sido enfatizadas, nos estudos analisados apontou-se a necessidade dos serviços de saúde serem adequados a cada realidade local, o que inclui aspectos de funcionamento do serviço (Sanders et al, 2015); de suporte social às populações rurais vulneráveis (Alston et al, 2006); de educação para a população quanto aos exames de prevenção (Rosenwasser et al, 2013); de qualificação dos profissionais para melhor resultado em saúde e satisfação do usuário (Burton e Walters, 2013); de ampliação das funções de enfermagem (Neville et al, 2019); e de políticas específicas de provimento e regulação da força de trabalho em saúde (Grobler et al, 2015; Russell et al, 2017)

Espera-se que a compreensão das dificuldades de acesso de populações rurais aos serviços de saúde, possa incentivar a formulação de estratégias de políticas públicas com vistas à equidade em saúde rural (Wonca, 2013). No Brasil, com dimensões continentais e diferenças socioeconômicas importantes, além de desigualdades de acesso aos serviços de saúde, o desafio para a implementação de uma APS de qualidade é ainda maior, nestas regiões.

2.3. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS POLÍTICAS DO SUS EM DIÁLOGO COM A AMAZÔNIA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários à Saúde de 1978 em Alma-Ata, já apontava como meta prioritária a redução de desigualdades no acesso da população aos cuidados de atenção primária à saúde. Nas discussões daquela Conferência, a APS foi defendida como estratégia para melhoria da saúde para Todos no Ano 2000, em resolução aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde da OMS em 1979.

Starfield et al. (2005) demonstram que sistemas de saúde orientados por uma APS forte estão associados a melhores resultados de saúde. A partir de estudo realizado em países industrializados com orientação para a APS, observou-se a relação de uma APS robusta com menores taxas de mortalidade por qualquer causa (por exemplo câncer, doença cardiovascular, doenças respiratórias, mortalidade prematura e infantil). Além disso, um aumento da expectativa de vida e melhoria na autopercepção de saúde dos usuários. Outros impactos positivos para a população envolvem:

> um maior e melhor acesso aos serviços necessários; qualidade do atendimento; um maior enfoque na prevenção; tratamento precoce de problemas de saúde; (...) redução de cuidados especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais. (Starfield, et al., 2005: 487).

Um aumento de investimentos na APS melhora a equidade de acesso quando comparado a sistemas baseados em atenção especializada. Os médicos da APS estão mais propensos do que os especialistas a prestar um cuidado continuado e atenção integral, resultando em melhores desfechos de saúde, além de menor chance de intervenções inadequadas, em especial quando desempenham a função de *gatekeeper.* Médicos de APS estão mais propensos a perceber os eventos adversos que resultam dos seus próprios cuidados e dos cuidados de outros profissionais. Maiores taxas de médicos de APS por população estão associados a impactos positivos mais intensos na saúde da população de áreas socialmente mais desfavorecidas, contribuindo para a equidade (Atun, 2004; Starfield et.al., 2005).

No Brasil, após a criação do SUS, entre as iniciativas para a reorganização do modelo assistencial podemos destacar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), de 1994, que tinham o intuito de estimular a reorganização da atenção em âmbito local, com ênfase nas famílias vulneráveis. Inicialmente foram mais direcionados para as regiões Norte e Nordeste do país, com características de seletividade e focalização, que visavam conter epidemias, como foi o caso da cólera e reduzir mortalidade materno-infantis. Posteriormente, no período de 1998-2002, o PSF deixou de ser uma política de focalização da atenção básica, para ser uma estratégia de mudança do modelo de atenção no SUS, com vistas à universalização. (Teixeira e Solla, 2006). O trabalho do Agente Comunitário de Saúde ganha contornos fundamentais para fortalecimento do SUS, visto sua função de elo entre comunidades e equipes.

O PSF ganhou importância política governamental e passou a ser considerada uma estratégia prioritária para a organização dos sistemas municipais de saúde. Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), formalizou o PSF enquanto Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio de acordo tripartite, passando a se consolidar como a principal política de APS brasileira.

A PNAB, atualmente em sua terceira versão, preconiza equipe multiprofissional, territorialização, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população

residente na área. O objetivo é que a UBS seja a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, integrada aos demais serviços da rede. As equipes devem trabalhar no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo atividades de planejamento, de educação em saúde, ações intersetoriais e garantir assistência integral às famílias (Brasil, 2017; Conill *et.al.*, 2010).

A Atenção Básica foi orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural (Brasil, 2006a). A política brasileira incorporou também gradualmente como fundamentos, os atributos de APS propostos por Bárbara Starfield (2002): primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural, com menor ênfase.

Cabe destacar aqui a perspectiva do território, tão importante para a organização da APS. O atributo de orientação para a comunidade, segundo Starfield (2002) envolve o conhecimento das necessidades da população adscrita quanto ao contexto socioeconômico, a distribuição dos problemas de saúde no território, a interação com recursos/equipamentos disponíveis no território para o enfrentamento dos problemas e a participação da comunidade nas ações para melhoria de sua saúde (Starfield, 2002). Quanto maior for a integração/identidade entre população e seu território, maiores as possibilidades de compreender a situação de saúde, elaborar diagnósticos, planejar ações de saúde e alocações eficientes de recursos (Barcellos et al, 2002). A compreensão, a forma de organização das populações e sua interação com o território são diferenciais da APS que nos possibilitam pensar em diferentes maneiras de articulação nesse território.

No desenvolvimento da APS no Brasil, observaram-se:

- Importantes avanços na perspectiva de uma APS abrangente/integral, com aumento da cobertura de Atenção Básica nas últimas décadas (Malta et al, 2016), com impactos positivos na saúde da população como a associação entre aumento da cobertura Programa de Saúde da Família e redução da taxa de mortalidade infantil (Macinko et al, 2006), com redução das taxas de hospitalização por condições sensíveis a atenção básica em municípios com alta cobertura de saúde da família (Macinko et al, 2010) e com ampliação do acesso através do Programa Mais Médicos (Medina et al, 2018);
- A manutenção de importantes desafios nacionais, agravados no contexto rural,

como: situação inadequada da infraestrutura das UBS; necessidades de melhoria na gestão do trabalho, que envolvem formação, fixação de profissionais nas equipes e condições de trabalho; insuficiente organização do processo de trabalho das equipes e na qualidade da atenção prestada; financiamento inadequado e insuficiente da AB; e integração incipiente da APS na rede de atenção à saúde (Conill et al., 2010; Giovanella e Mendonça, 2012; Fausto et al., 2018).

Sem desconsiderar as ações pontuais de saúde pública e campanhistas ao longo da história da saúde no Brasil, pode-se dizer que, majoritariamente, as políticas públicas da saúde se baseiam nas realidades urbanas e são aplicáveis a municípios de grande porte populacional (Fausto et al, 2018; Targa, 2012). Estudos apontam a invisibilidade histórica ou desassistência da população rural em seu conjunto de necessidades (Ruiz e Gerhardt, 2012), em que o Estado se fez muito mais presente em áreas de concentração populacional, e concentração de poder econômico, político e social.

Em um país com dimensões continentais e marcado por um padrão de extrema desigualdade socioespacial como o Brasil, é necessário o resgate ao princípio da equidade no SUS. As populações rurais e as políticas a elas destinadas, se enquadram nesse grupo com necessidades diferenciadas, com o intuito de reduzir vulnerabilidades e minimizar impactos da determinação social do processo saúde doença.

Recentemente, estudo de Giovanella et al (2021) sobre dados das Pesquisas Nacionais de Saúde (2019) indicaram um aumento da cobertura populacional entre 2013 e 2019, em pelo menos 6 pontos percentuais, representando inclusão de mais 18,7 milhões de moradores na ESF. A cobertura média de moradores brasileiros cadastrados nas equipes ESF foi de 62%, com cobertura superior em área rural que nos centros urbanos: média de 59,8% de área urbana e 78,9% de área rural, o que aponta a expressividade da atuação das equipes em populações mais vulneráveis. Entretanto, ameaças a esses avanços vêm sendo observadas por meio de mudanças recentes na política nacional, enfraquecendo a abordagem comunitária e os investimentos em APS. (Giovanella et al, 2021).

É importante destacar/identificar uma concepção ampliada desse rural, a partir de aspectos particulares dos seus territórios que envolvam tanto características de organização dos serviços de saúde, como seu processo histórico, social e ambiental em transformação. Tal olhar favorece a criação e fortalecimento de políticas públicas com vistas à equidade: *"Enquanto o meio rural for apenas a expressão, sempre minguada, do que vai restando das concentrações urbanas, ele se credencia, no máximo, a receber*

políticas sociais que compensem sua inevitável decadência e pobreza" (Abramovay, 2000: 3)

Analisando as políticas públicas federais mais recentes do SUS, aquelas que dialogam com a temática de saúde rural e/ou se aproximam da perspectiva da equidade em saúde para populações rurais amazônicas são (Almeida et al, 2019): Política Nacional de Atenção Básica, com equipes ribeirinhas e fluviais (Brasil, 2011; Brasil, 2017); Política Nacional de Práticas integrativas e complementares do SUS (Brasil, 2015); Política Nacional de Saúde Integral das Populações do campo, da floresta e das águas (Brasil, 2013a); Programa Mais Médicos para o Brasil – PMM (Brasil, 2013b); além da primeira política para populações tradicionais específicas que é a Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos indígenas, implementada em período anterior (Brasil, 2002).

2.3.1. Política Nacional de Atenção Básica, com equipes ribeirinhas e fluviais

A PNAB, nas suas versões 2011 e 2017 inclui diferentes arranjos organizacionais de equipes de saúde da família para municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, sendo elas equipes de saúde da família ribeirinhas e equipes de saúde da família fluviais, com repasse de recurso específico de custeio do Governo Federal. (Brasil, 2011; Brasil, 2017)

AS ESF ribeirinhas (ESFR) devem desempenhar a maior parte de suas funções em UBS localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, necessitam de embarcações para atender as comunidades de grande dispersão territorial. Seu atendimento à população deve ocorrer por, no mínimo, quatorze dias mensais, com carga horária equivalente a oito horas diárias, e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações (Brasil, 2017).

As ESF fluviais (ESFF) são equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adscrita, cujo acesso se dá por meio fluvial. As UBSF devem navegar 20 dias por mês em área delimitada para a atuação, compreendendo o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha. Nos outros dias, a embarcação fica ancorada em solo, na sede do município, para que as equipes possam fazer atividades de planejamento e educação permanente, junto com outros profissionais (Brasil, 2017).

A ESFR e a ESFF devem ser formadas por equipe mínima de 1 médico, 1

enfermeiro, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar ACS, ACE e profissionais de saúde bucal. A diferença entre elas ocorre nos casos de grande dispersão populacional, em que nas ESFR poderão ser adicionados até 24 ACS, até 12 microscopistas em regiões endêmicas, até 11 auxiliares/técnicos de enfermagem e até 2 profissionais de nível superior, conforme necessidade (enfermeiros ou Nasf). E no caso das ESFF, poderão ser adicionados 1 técnico de laboratório ou bioquímico e até 2 profissionais de nível superior, conforme necessidade (enfermeiros ou Nasf) (Brasil, 2017).

Para ambas as equipes, há a possibilidade de solicitar custeio para apoio logístico (até 4 unidades de apoio/satélites e até 4 embarcações de pequeno porte para transporte exclusivo de profissionais). E para comunidades distantes da UBS de referência, tanto as ESFR como ESFF poderão adotar circuito de deslocamento de forma a garantir atendimento às comunidades assistidas, ao menos a cada 60 dias. Caso necessário, as ESFR poderão possuir unidades de apoio, estabelecimentos que não possuam outras equipes ESF vinculadas (Brasil, 2017).

Na região amazônica existem 162 UBS Ribeirinhas e 23 UBS Fluviais em funcionamento (CNES, 2019), com recurso liberado para pelo menos mais 45 implantações de UBS Fluviais. A exemplo da Unidade de Saúde Fluvial Abaré, em Santarém/PA, a assistência à saúde é levada a cerca de 15 mil ribeirinhos de 72 comunidades das áreas rurais de Santarém, Belterra e Aveiro (Saúde & Alegria, 2017).

Estudos sobre estas modalidades mostram indiscutíveis avanços de acessibilidade e cobertura da AB (El Kadri et al, 2019; Lima et al, 2021), além das experiências exitosas de contribuição desse tipo de ESF na formação de profissionais de saúde, com ênfase no trabalho multiprofissional e perspectiva intersetorial, por vezes transitando por equipamentos existentes no território e que já são usados pela população, como igrejas, escolas, barracões, entre outros.

Contudo, ainda que se proponham à oferta de cuidados rotineiros, podem apresentar dificuldades de atendimento com periodicidade regular e continuidade do cuidado. Há desafios como curtos tempos de permanência em cada comunidade associado ao volume de comunidades a serem atendidas, envolvimento limitado do ACS e financiamento insuficiente para grandes deslocamentos e para manutenção de equipes (Garnelo et al, 2020). Tal cenário aponta a necessidade de ampliação dessas equipes de forma articulada à rede de atenção, a exemplo de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Rural (Cerest) e NASF-AB (Pessoa et al, 2018).

2.3.2. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS[2]

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC), com suas versões de 2006 e 2015, tem por objetivos: Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; e estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde. (Brasil, 2006; Brasil 2015)

Compõe a política, as práticas integrativas e complementares (PIC): Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura; homeopatia; plantas medicinais e fitoterapia; termalismo Social/crenoterapia e medicina antroposófica, além de técnicas relacionadas a esses grandes tipos. Destaca-se neste conjunto, a pouca ênfase a práticas tradicionais mais afeitas à realidade cultura brasileira e amazônica.

Andrade e Costa (2010) discutem que a incorporação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS no cotidiano dos serviços, "transporta para seu interior outros saberes e racionalidades de base tradicional, que passam a conviver com a lógica e os serviços convencionais da biomedicina". (Andrade e Costa, 2010: 497). Acentua também a importância da discussão antropológica sobre integralidade em políticas públicas de saúde, dando ênfase na diversidade de aspectos envolvidos com o processo saúde-doença: aspectos sociais, simbólicos e culturais presentes nas realidades sanitárias. Segundo os autores, as PIC poderiam ser sintetizadas como uma política de inclusão terapêutica com foco na complementariedade de saberes. (Andrade e Costa, 2010).

Embora essa política, embasada nos estudos de racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde (Luz e Barros, 2012), estimule as abordagens naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com base no acolhimento, vínculo, integralidade e

---

[2] Há em específico, uma Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2006), assim como descrição de ações do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Portaria Interministerial nº 2.960/2008).

integração sociedade-meio ambiente, mantém-se uma distância entre PNPIC e a realidade Amazônica. Sua relação com as práticas tradicionais da Amazônia se limitam às plantas medicinais e não abarca os saberes e práticas de uma série de cuidadores tradicionais dessa região como raizeiros, benzedeiros, erveiros, curandeiros, parteiras, pajés, puxadores, dentre outros (Vaz Filho, 2016). Além disso, não se percebeu impactos significativos dessa política na formação dos profissionais e nas práticas hegemônicas de saúde (Silva et al, 2020), nem avanços nos debates sobre interculturalidade, quase ausentes nas versões da PNAB.

2.3.3. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do campo, da floresta e das águas[3]

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do campo e da floresta (PNSIPCF), criada em 2011, foi fruto de processo participativo, entrando para a agenda do Ministério da Saúde por intermédio dos movimentos sociais que integravam o Grupo da Terra. Essa política tem por objetivo melhorar o nível de saúde dessas populações, através de iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor/etnia e de orientação sexual e que visem ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida dessas populações. Se propõe fortalecer tanto o respeito aos modos de vida e as riquezas naturais, como o SUS Universal e de qualidade que atenda as especificidades e a diversidade populacional.

Somente em 2014, as populações das “águas” foram incluídas na denominação da PNSIPCF, resultado de reivindicação de representantes dos pescadores artesanais, das marisqueiras e das populações ribeirinhas[4].

A PNSIPCFA se orienta pelos conceitos de determinação social e territorialização (Fenner et al, 2018). Tem como eixos operativos para melhoria dos indicadores e qualidade de vida das populações do campo, da floresta e das águas: o acesso os serviços de saúde; as ações de promoção e vigilância em saúde; a educação permanente e

[3] Cabe ressaltar a existência de outras Políticas específicas como (Savassi et al, 2018): Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2007 – 1ª versão; Brasil, 2017 – 2ª versão); Plano nacional de políticas para os povos ciganos (Brasil, 2016); Plano Nacional de Políticas para os povos e comunidades tradicionais de matriz africana e povos de terreiro (Brasil, 2016), esses dois últimos ligados a Ministério de Estado da Justiça e Cidadania. Essas três não serão abordadas em específico na tese, entendendo que a discussão geral sobre as necessidades das populações tradicionais está contemplada na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas.

[4] Portaria GM/MS nº 2.311, de 24 de outubro de 2014.

educação popular em saúde; e o monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde.

São consideradas populações do campo, floresta e águas (PCFA), os povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados ao campo, floresta, ambientes aquáticos, agropecuária e extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados, temporários, acampados ou assentados; quilombolas; ribeirinhos; extrativistas; populações atingidas por barragens; etc. As populações do campo, floresta e águas concentram baixos indicadores de saúde e altos índices de pobreza e analfabetismo, que se relaciona às iniquidades de distribuição da riqueza no Brasil.

As necessidades de investimentos para qualificar a implementação da política de acesso das PCFA abarcam: maior acesso à educação e renda, saneamento adequado, acesso aos serviços de saúde em todos os seus níveis – em termos de disponibilidade, acessibilidade geográfica e financiamento (considerando transportes e distâncias) e acessibilidade psicossocial (barreiras de linguagem ou culturais à comunicação) (Pessoa et al, 2018). Não obstante, as importantes diretrizes gerais e a formulação participativa, a implementação desta política foi incipiente.

2.3.4. Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM)

O Programa Mais Médicos (PMM), lançado em 2013, teve como objetivo suprir a carência de médicos nos municípios/áreas de difícil fixação de profissionais, especialmente interior e periferias. O PMM foi estruturado em três eixos estratégicos: i) mudanças na formação médica, com investimento na criação de vagas de graduação e residência e novos cursos de Medicina baseados em diretrizes curriculares revisadas; ii) ampliação e melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e iii) provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros para a atenção básica em regiões com escassez de oferta. Até o ano de 2015, o Programa havia incorporado na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) 18 mil médicos, sendo 79% cubanos (Medina et al, 2018).

O PMM ampliou a cobertura assistencial e o acesso às ações e serviços nas áreas remotas, vulneráveis e de difícil acesso, em tempo adequado à demanda dos municípios brasileiros (Oliveira, et al, 2015), levando assistência médica contínua a áreas até então nunca assistidas por médicos, além de qualificar a Atenção Básica e tornar mais equitativa a distribuição de profissionais.

Estudos apontam a visão ampliada dos médicos do PMM, em especial, cubanos sobre o processo saúde-doença-cuidado e os determinantes sociais da saúde; relações horizontais com os usuários que se traduzem em vínculo; integralidade no cuidado prestado envolvendo participação em ações de educação em saúde, agenda, visitas domiciliares e planejamento de demais ações da equipe. (Separavich e Couto, 2020).

Contudo, problemas estruturais de atração e fixação de médicos foram mantidos como infraestrutura insuficiente e precária, baixa capacidade de regulação e coordenação das equipes sobre o sistema de saúde e indefinição de carreiras para o SUS (Campos e Pereira Júnior, 2016).

Em anos recentes, especialmente a partir de fins de 2018, observou-se um desmonte do programa, com extinção do "Programa Mais Médicos", expulsão dos médicos cubanos do país e substituição pelo Programa "Médicos pelo Brasil". Essa proposta, concomitante a uma postura unilateral do Governo Bolsonaro gerou muita apreensão, alterando cooperação bem sucedida já celebrada em governos anteriores e não abarcando os componentes fundamentais de qualidade da APS, como formação médica e melhoria de infraestrutura das UBS (Separavich e Couto, 2020; Giovanella et al, 2020). Impactos já são visíveis nos inúmeros municípios que até hoje não conseguiram repor 100% dos médicos cubanos afastados do Programa. Ou, que possuem médicos brasileiros formados no exterior atuando em área rural somente enquanto esperam o registro definitivo CRM.

2.3.5. Política Nacional de Atenção à Saúde de povos indígenas

A Política Nacional de Atenção à Saúde de povos indígenas, de 2002, propôs a estruturação de um modelo diferenciado de atenção à saúde, baseado na estratégia de execução pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como forma de garantir aos povos indígenas os direitos preconizados pelo SUS. Trata-se de um subsistema de saúde indígena dentro do SUS. Estes direitos dizem respeito ao acesso universal à saúde, por meio de uma atenção diferenciada às populações indígenas com base na diversidade sociocultural e nas particularidades epidemiológicas e logísticas desses povos e focando no desenvolvimento da APS com garantia de integralidade da assistência. (Mendes et al, 2018)

Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o Brasil possui mais de 890 mil índios, 4 mil aldeias e 505 terras indígenas, distribuídos em todos os estados, o que corresponde a 0,4% da população brasileira e

12,5% do território nacional (Mendes et al, 2018). Contudo, em termos de cobertura, há formalmente apenas 717 postos de saúde indígena implantados (unidade assistencial mais simples do DSEI com atuação do Agente indígena de saúde), que deveria existir em todas as aldeias (Garnelo, 2012). Isso sem contar nos demais equipamentos da rede como Pólo-base (com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), Casas de saúde indígenas e referências.

Além de questões de cobertura, o atendimento à população aldeada é de baixa qualidade técnica e elevada rotatividade, segundo Coimbra et al (2007), o que influencia no não estabelecimento de vínculo e tende a inviabilizar o reconhecimento das especificidades culturais que permeiam o cuidado em saúde dos povos indígenas, tais como o respeito aos saberes tradicionais. Também há discussões constantes sobre a necessidade de atualização da Política, de uma atuação integrada com os demais setores da saúde, de melhoria de infraestrutura e valorização/formação adequada dos Agentes de saúde indígenas (AIS), com vistas a melhorar por exemplo, os elevados indicadores de saúde de carências nutricionais em crianças e gestantes (Mendes, 2018; Garnelo, 2012; Cardoso, 2014).

2.3.6. Considerações gerais sobre as políticas específicas

A partir dos exemplos é indiscutível um avanço nas políticas de saúde voltadas às populações rurais desde a criação do SUS, com tímidos apontamentos para a equidade. Contudo, são insuficientes para o conjunto de desafios colocados para o rural e o contexto amazônico brasileiro. Percebe-se dificuldades estruturais de implementação em vários âmbitos: financiamento insuficiente, baixa priorização nas agendas governamentais, inadequação da formação/atualização dos profissionais, formulação ainda voltada às territorialidades das metrópoles/contextos urbano, que não consideram, por exemplo, a dispersão populacional nos territórios rurais.

Outro aspecto é que no Brasil, ao contrário de países da América Latina como Bolívia, Equador e Venezuela, a Constituição ou as políticas de saúde não trazem os termos interculturalidade ou competência cultural no sentido de preservar os elementos de identidade cultural e medicina tradicional, além de abarcar o direito dos povos indígenas, quilombolas, rurais e outros segmentos da sociedade multicultural (González et al., 2014). O máximo que a abordagem brasileira avança, genericamente, é para a APS considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (Almeida, 2015).

2.4. OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA APS

No contexto internacional, há iniciativas de agentes de saúde em diversas modalidades com atuação: genérica na promoção e educação em saúde; específica para programas de saúde pública; ou como mediadores comunitários, voluntários ou servidores dos sistemas nacionais de saúde, em especial em países de renda média e baixa. Devido sua capilaridade e custo relativamente baixo, programas de ACS foram implantados para melhorar a prevenção de doenças e acesso ao sistema de saúde nesses países (Pallas et al, 2013), trazendo benefícios à saúde da população (Giugliani et al, 2011; Lewin et al, 2010).

No Brasil, experiências isoladas com ACS, implementadas por municípios, já ocorriam no país antes do SUS, desde os anos 70/80, nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul, Ceará, dentre outros (Viana e Dal Poz, 2005, Tomaz, 2002). Com base nessas experiências exitosas, em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde, implementado principalmente em municípios de baixa densidade populacional, com ênfase em cuidados infantis para diarreias e orientações sobre hidratação, vacinação e desnutrição, e na prevenção da cólera (Fausto et al, 2011; Filgueiras e Silva, 2011). Inicialmente com características de seletividade e focalização (restrição de serviços e pessoas), a partir de 1994, inicia-se um movimento de substituição do PACS pelo recém-criado na época, o Programa Saúde da Família (PSF), que surge como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, com equipe multiprofissional e foco nos princípios do SUS.

Gradativamente e formalmente a partir de 2006, os programas se transformaram em estratégia, com política federal própria – ESF e EACS (Brasil, 2006a). Dessa forma, os ACS podem compor dois tipos de equipes AB, conforme a regulamentação vigente: Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (Brasil, 2017). Tal histórico, acompanhado de normativas específicas, veio a fortalecer o papel do ACS no SUS.

Em 2020, o país conta com mais de 280 mil ACS, distribuídos em mais 43.000 equipes ESF credenciadas e 447 equipes EACS, o que contempla cobertura estimada de mais de 150 milhões de habitantes (CONASEMS, 2020; CNES, 2020). De acordo com as diferentes versões da PNAB (Brasil, 2006a; Brasil, 2011; Brasil, 2017), os ACS têm como atribuições: realizar visitas domiciliares de acompanhamento de indivíduos, famílias e agravos; cadastrar indivíduos e famílias no território, além de registros de ações em saúde; apoiar diagnóstico situacional da comunidade; acompanhar ações de

saúde; informar datas e horários de consultas e exames agendados; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos; realizar ações de vigilância no território junto aos agentes de endemias; dentre outras. Também é o ACS que levanta informações no território sobre a imunização, o número de pessoas com doenças (hipertensão, diabetes, entre outras) e pessoas que recebem o bolsa família (Costa et al., 2013).

Os ACS podem também realizar procedimentos no domicílio como aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, temperatura axilar e curativos simples, em caráter de exceção e supervisionados (Brasil, 2017). Recente legislação brasileira (Lei nº13.595/2018 – "Ruth Brilhante") da mesma forma, aponta para inclusão de alguns procedimentos clínicos específicos para os ACS com curso técnico, em caráter excepcional.

Embora a PNAB indique que o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local, recomenda-se em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS (Brasil, 2017). Não há, contudo, discriminação de número de pessoas para áreas rurais com maior dispersão populacional, cenário que demandaria responsabilização diferenciada.

O ACS tem a relação profissional com a comunidade e com o território permeada pelo forte vínculo, confiança e engajamento; o que favorece o diálogo, e consequentemente, direciona seu processo de trabalho para práticas profissionais que se tornam adequadas ao contexto social e às necessidades de saúde da população que o ACS acompanha (Pinto et al., 2015). São, portanto, profissionais com atuações genéricas de prevenção, promoção e proteção à saúde, tendo como principal ferramenta a visita domiciliar, por meio da qual realiza ações individuais e coletivas, além de ser um agente político no território (Alonso et al, 2017).

Andrade & Cardoso (2017) classificam as diversas e concomitantes finalidades das visitas domiciliares dos ACS: a) caráter informativo: o ACS coleta informações, bem como orienta os usuários nas visitas; b) entrega em domicilio: o profissional entrega produto e/ou serviço (encaminhamento, medicamento, entre outros); c) escuta: quando ocorre nas visitas escuta e a formação do elo entre o ACS e o usuário durante as visitas; d) vigilância: quando o ACS busca saber a adesão do usuário às orientações feitas na unidade e realiza busca ativa aos faltosos. A VD se estabelece enquanto recurso de

trabalho do ACS que permite a proximidade para com o usuário e coloca em prática novos olhares e abordagens em saúde para além do modelo assistencialista e médico-centrado. No contexto rural, famílias sem visita domiciliar do ACS, que coincide muitas vezes, com perfil de famílias que não conseguem ir ao serviço de saúde, significa famílias sem vacinação, sem acompanhamento de saúde, sem orientações, sem acesso.

Estudos apontam que essa amplitude do processo de trabalho do ACS reafirma sua importância nas áreas rurais amazônicas e nos faz atentar para os riscos de equipes sem ACS para essas populações. Com a expansão da ESF para grandes centros urbanos e universalização da cobertura, a participação dos ACS nas equipes tem sido campo de conflitos por questões financeiras, por divergências quanto ao modelo assistencial e distintas territorialidades, em especial a partir da PNAB 2017 (Brasil 2017) e da Portaria 2359 (Brasil, 2019), que admite equipes de atenção primária, com redução do número de ACS na ESF ou sem a presença do ACS. A mudança da lógica na PNAB é considerada um retrocesso, na medida que o ACS deixa de ser um trabalhador necessário em todos os contextos e seu conjunto de atribuições é questionado como pouco resolutivo (Morosini e Fonseca, 2017; Melo et al, 2018).

Características de áreas rurais como presença de barreiras (distância, dispersão populacional, precariedade das vias de deslocamento e clima) impõem desafios ao processo de trabalho do ACS, expondo-os a riscos e dificultando o contato com o usuário, o que demanda maiores esforços e adaptações na realização das suas atribuições (Baptistini & Figueiredo, 2014). Enquanto profissional de referência da comunidade, o ACS é o principal elo com o serviço de saúde, que desenvolve atividades de orientação e acompanhamento junto à população; isso colabora diretamente para a maior efetividade das ações de saúde realizadas em localidades rurais (Lima et al., 2018).

No âmbito rural em consequência das limitações de acesso aos serviços de saúde (baixa densidade tecnológica e distância dos centros especializados) e frente as necessidades da população, os ACS têm um escopo de práticas e conhecimento ampliado, assim como, buscam ofertar uma maior resolubilidade aos problemas de saúde (Lima et al., 2018).

Isso pode ser exemplificado também na realidade rural em estudos internacionais. Intervenções domiciliares ou comunitárias, eixos estruturantes da Atenção Primária, surtiram efeitos positivos na redução de barreiras de acesso aos serviços de saúde (Okwundu et al, 2013). Foi o que afirmou um estudo de revisão sobre malária na África Subsaariana – doença que também apresenta surtos no contexto amazônico –, tanto com

redução de barreiras geográficas, como financeiras. As intervenções domiciliares amenizam as distâncias que precisam ser percorridas pelas famílias para acessarem unidade de saúde. Ao mesmo tempo, fornecer medicamento antimalárico às famílias nos domicílios rurais, em tempo hábil e gratuitamente ou altamente subsidiado pelos governos, melhora o impacto financeiro nas famílias e a efetividade do tratamento de malária. As principais estratégias envolveram intervenções para reconhecer febre e fornecer os medicamentos antimaláricos, através de treinamento com mães e agentes comunitários de saúde (também treinados para realização de testes de diagnóstico rápido) (Okwundu et al, 2013).

Outro estudo, também de contexto africano, amplia o potencial das intervenções dirigidas pela comunidade, apontando os avanços em programas de saúde como controle de malária (incluindo prevenção com mosquiteiros), saúde materno-infantil, nutrição e imunização, especialmente em áreas remotas, com participação de voluntários selecionados pela comunidade (Brieger et al, 2015). Um comparativo genérico com a realidade brasileira, nos permite identificar o papel do ACS nessas ações comunitárias. Da mesma forma, artigo canadense relata as consequências de uma atuação ampliada dos paramédicos comunitários em áreas rurais – em parte com algumas ações similares aos ACS brasileiros – que envolviam: ações de avaliação, tratamento e encaminhamento adequados; impactos positivos visíveis no acompanhamento da população idosa; e desenvolvimento de práticas educativas de saúde (Martin et al, 2016).

Le Roux et al. (2015) descrevem como o papel dos ACS, integrados a toda a rede de atenção à saúde, é essencial em áreas de difícil acesso e alta vulnerabilidade social. Os autores expressam a integração do processo de trabalho dos ACS, com treinamento para atuação na saúde materno-infantil, envolvendo VD, orientações, educação em saúde, encaminhamentos dos usuários para as clinicas ou hospital, acompanhamento após atendimento do paciente, visitas regulares até a reabilitação e apoio à adesão ao tratamento, além de fornecerem ajuda a famílias para o acesso aos subsídios sociais.

Contudo, é importante problematizar que a ampliação do papel dos ACS pode gerar sobrecarga no seu processo de trabalho e em algum grau, perda de qualidade devido tantas atribuições diferentes, fragilizando princípios como da integralidade (Silva et al, 2020). Um fortalecimento da atuação do ACS como agente facilitador de cuidado em saúde requer apoio técnico, material e de transporte para a efetiva realização do seu trabalho, o que amenizaria as barreiras de acesso à população rural (Baptistini e Figueiredo, 2014). Situações limitantes do processo de trabalho do ACS podem envolver

falta de condições de trabalho, questões salariais, gênero, carga emocional e jornada de trabalho ilimitada. (Vilela et al, 2010; Wai e Carvalho, 2009)

Há uma fragilidade na formação técnica dos profissionais, tal como afirmam Morosini e Fonseca (2018) e necessidade de investimento em educação permanente por parte das secretarias municipais de saúde, de forma a melhor desenvolver as habilidades e potencialidades do trabalho do ACS junto à comunidade (Pinto et al, 2015).

No presente estudo, será analisado o processo de trabalho dos ACS nos municípios rurais remotos considerando esses aportes da literatura, para identificar especificidades e contribuições desse ator para o cuidado na atenção primária à saúde.

3. O CONTEXTO AMAZÔNICO

Compreender os usos do território faz dele um objeto da análise social, extrapolando sua delimitação espacial e entendendo-o como um espaço de múltiplas dimensões e relações – conceitos, agentes e vetores (Gondim e Monken, 2018). Além do território estruturado com base em uma lógica político-econômica e funcional, seu conceito ampliado remete às noções de pertencimento, identidade coletiva, como experiências concretas do espaço social (Ferreira, 2014). O território envolve o que o espaço, com suas características e funcionamento, é capaz de oferecer ou recusar aos sujeitos, em constante transformação – não livres de disputas por hegemonias – e como resultado de uma práxis coletiva da população que aí vive (Santos, 1978).

Os territórios rurais, em geral, são espaços opacos (Santos, 2009), não inseridos no circuito econômico, nos quais prevalece uma escassez de densidades técnicas, informacionais e de disponibilidade de recursos em saúde em áreas de baixo desenvolvimento econômico e social, onde residem grupos sociais menos privilegiados, com expressivas e maiores necessidades em saúde.

As próximas seções visam trazer, brevemente, elementos históricos e de padrões de organização do espaço amazônico, acompanhado pelo conjunto das principais transformações recentes, que influenciaram ou pressionaram o modo de organização dos municípios e populações. Foram enfatizados os dados de caracterização da região Oeste do Pará como representação do território amazônico a ser estudado. Entende-se que apreender características desse contexto contribuiu tanto para a realização do trabalho de campo, com estudo prévio sobre os territórios a serem visitados, como para a posterior análise dos dados que se propõe a identificar como essas especificidades das heterogêneas "Amazônias" influenciam no acesso e demandam formatos de organização da APS diferenciados.

3.1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO AMAZÔNICO[5]

Desde os primeiros passos da colonização, no século XVI, a organização do espaço amazônico tem sido condicionada, sobretudo, por interesses externos à região. A cidade de Belém, fundada em 1616, como centro fundamental da expansão e dominação

[5] Item produzido a partir das discussões coletivas do capítulo de livro da pesquisa nacional "Acesso à Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos da Amazônia Norte Estradas" (em fase de envio para editora)

portuguesa e cristã de todo o vale amazônico, integrou uma ocupação que seguiu o fluxo dos rios e estruturou-se na formação de diversos aldeamentos, como Manaus, Santarém, Tefé e Óbidos, além de fortes militares e vilas. Ainda no século XVII a região tornou-se uma unidade administrativa independente, o Estado do Maranhão e Grão-Pará, porém, apenas no século XVIII a Amazônia passou a ser objeto de uma política colonial propriamente dita[6]. Nesse movimento de dominação colonial, as populações nativas foram desterritorializadas e cristianizadas; novos contingentes populacionais foram introduzidos, na função de colonos ou mão-de-obra escrava; a agricultura e a pecuária foram incentivadas com base nos latifúndios e combinadas ao extrativismo predatório vegetal e animal; e a floresta passou a ser explorada de modo seletivo, com seus recursos naturais integrando-se ao mercado europeu (Chambouleyron, 2006; Gonçalves, 2012).

Tais processos foram ampliados no século XIX com a economia da borracha, com intensificação da extração do látex e de sua exportação ao mercado internacional, que ampliou a exploração para o interior das florestas, afetando diretamente regiões como o Marajó, o baixo Xingu e o baixo Tapajós, no Pará, e os rios Solimões, Madeira, Purus e Juruá, no Amazonas. Nesse processo, intensificou-se o fluxo migratório para a região, sobretudo do Nordeste, e formaram-se núcleos urbanos nas várzeas e nas margens dos rios em função do novo estímulo econômico (Tavares, 2011).

Como explica Gonçalves (2012), pode-se identificar dois padrões de organização do espaço amazônico, modelos que estão subjacentes às diferentes paisagens da região e expressam os conflitos de interesse entre segmentos e classes sociais: o padrão rio-várzea-floresta e o padrão estrada-terra firme-subsolo. Para o autor, até as décadas de 1950 e 1960 a vida das populações organizou-se em torno dos rios e em atividades extrativistas e agrícolas, mas, a partir do período, uma série de decisões tomadas fora da região redimensionaram a organização socioespacial do território, ruindo com o padrão vigente e fomentando atividades voltadas a exploração econômica da terra firme (pecuária e agricultura) e do subsolo (atividades minerais). Exemplos da nova orientação são a criação da Superintendência para a Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA)[7], em 1953; a abertura das rodovias Belém-Brasília (BR-010) e Cuiabá-Porto

[6] Durante o século XVIII foram fundadas 62 freguesias, em grande parte a partir dos aldeamentos jesuítas. São do período, por exemplo, as vilas de: Abaetetuba (1750); Aveiro (1751); Macapá e Ourém (1752); Colares, Maracanã, Muaná, Salvaterra, Soure e Souzel (1757), Acará, Alenquer, Almerim, Chaves, Curuçá, Faro, Melgaço, Monte Alegre, Óbidos, Oeiras, Portel, Porto de Moz e Santarém (1758); Mazagão (1770). À época, desenvolveram-se ainda os povoados de Benfica, Monforte, Monsarás e Vila do Conde (1757); e Arrayolos, Alter do Chão, Boim, Esposende, Fragoso, Pinhel, Pombal, Veyros e Vila Franca (1758).

[7] Deste órgão criou-se a Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM), em 1966.

Velho-Rio Branco (BR 364) em 1956 e 1960, respectivamente; a criação da Superintendência da Zona Franca de Manaus (SUFRAMA), em 1966; e a abertura das rodovias Transamazônica (BR-230) e Santarém-Cuiabá (BR-163), em 1972 e 1976, respectivamente. Os projetos de colonização (colônias agrícolas, agrovilas) ao longo das estradas mobilizou-se para atrair capitais e força de trabalho para a região.

Tavares (2011) sintetiza esse processo afirmando que os projetos implantados na região nas décadas de 1950 a 1980 concentraram-se nos Estados do Pará, Amapá e Maranhão, e foram projetos rodoviários, hidrelétricos e minerais. Tais projetos, integrados à lógica de exploração capitalista e às demandas do centro-sul brasileiro, impactaram o território de diferentes modos, por exemplo, consolidando o processo de concentração fundiária; aumentando o fluxo migratório para a região; aumentando a densidade demográfica dos centros urbanos tradicionais; fomentando o surgimento de novos núcleos urbanos; aumentando os índices de pobreza urbana e rural; fazendo emergir conflitos pela posse da terra; ampliando a devastação da floresta. Forma-se, segundo o autor, duas amazônias: uma Amazônia do tempo rápido, alvo das políticas governamentais desde meados do século passado e gradativamente conectadas pelas redes de infraestrutura rodoviária, de energia e de telecomunicações; e uma Amazônia do tempo lento, do tempo dos ribeirinhos, da circulação fluvial e da diversidade cultural. (Tavares, 2011; Oliveira Neto e Nogueira, 2015).

O rural amazônico possui uma variedade social, política e cultural de altos deslocamentos, relação direta com as dinâmicas naturais, cabendo destacar: carência de infraestrutura de transporte e comunicação e grandes distâncias entre capitais e cidades/vilas/comunidades (Sathler et al., 2009).

O cenário amazônico, marcado por imensa floresta tropical, abundância de recursos hídricos e minerais, além de rica biodiversidade se mantém despertando pressões nacionais e internacionais, mesclando projetos desenvolvimentistas e de preservação para a Amazônia. Contudo, mantiveram-se processos de desigualdade e exclusão social (Viana et al, 2016), ou seja, um desenvolvimento que não necessariamente beneficiou a população e acabou por ampliar os conflitos de terra do ciclo pecuária-desflorestamento-madeireira (Becker, 2005, Viana et al, 2007), acrescido às expropriações de terra de comunidades tradicionais e à devastação ambiental.

3.2. CONTEXTO DO ESTUDO: REGIÃO OESTE DO PARÁ

O contexto amazônico desse estudo será representado pela região Oeste do Pará,

um somatório de duas regiões administrativas de saúde – Baixo Amazonas e Tapajós (PA), que compõem a 9ª Regional de Saúde do Estado do Pará. Nesta região, observam-se esses dois padrões de configuração dos municípios – em torno dos rios e das estradas – como complementares entre si em um mesmo município ou em territórios vizinhos.

Viana et al (2007) definem tipologias para caracterizar as situações geográficas na Amazônia a fim de compreender as diferentes ruralidades e heterogeneidades desse contexto. Os seis tipos de situações geográficas propostos são: usos corporativos do território (centro de atração populacional com crescimento econômico); fronteira de difusão dos usos corporativos do território (ampliação das modernizações e expansão da urbanização recentes); usos conservacionistas (valorização econômica da floresta, associada a interesses internacionais); áreas de fronteiras internacionais (área de fluxos internacionais: pessoas, capitais, mercadorias (lícitas e ilícitas), em geral de difícil acesso); metropolização (densidade populacional, de infraestrutura, serviços e indústrias e precarização das condições de vida por aumento das desigualdades) e espaços opacos (fluidez territorial rarefeita, à margem dos interesses da economia hegemônica).

Nessa classificação, o município de Santarém (PA), polo da região Oeste do Pará pode ser tipificado como de uso corporativo do território, já que é uma cidade média funcional que se tornou centro regional e de atração populacional, com concentração de comércio e serviços, e gradativo crescimento das desigualdades sociais. Possui também algumas características de usos conservacionistas, com exploração do valor econômico da floresta, assim como conflitos regionais e população expropriada, especialmente em áreas rurais. Os municípios rurais remotos da região Oeste do Pará se aproximam das características de "espaços opacos", com fluidez territorial rarefeita, à margem dos interesses da economia hegemônica moderna e certa dependência produtiva/econômica dos centros urbanos próximos.

A região Oeste do Pará, sob a jurisdição do 9º Centro Regional de Saúde da Secretaria do Estado do Pará, é conformada pelas regiões de saúde Baixo Amazonas e Tapajós. Abarca uma população de 927.553 pessoas, cerca de 12% da população do Estado do Pará e 41% (519.877,00 km^2) da área total do Estado. É composta por 20 municípios, sendo 14 da região de saúde do Baixo Amazonas – Alenquer, Almeirim, Belterra, Curuá, Faro, Juruti, Mojuí dos Campos[8], Monte Alegre, Óbidos, Oriximiná, Placas, Prainha, Santarém e Terra Santa; e seis municípios da região de Saúde do Tapajós

[8] O município de Mojuí dos Campos é o mais recente desmembramento de Santarém, em 2013.

– Aveiro, Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso, Rurópolis e Trairão (Tabela 1 e Figura 1).

Mais de 40% da população está localizada em territórios rurais. Os municípios de Juruti, Placas, Prainha, Aveiro, Jacareacanga, Rurópolis e Trairão possuem mais de 60% de sua população classificada como rural. Apesar de um avanço desde os anos 2000, o IDH[9] da maior parte dos municípios é classificado como baixo (Tabela 1).

Oito de seus municípios são rurais remotos e um rural adjacente, segundo a mais recente tipologia rural-urbano elaborada pelo IBGE, em 2017, construída a partir da proposta da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Esta tipologia discriminou cinco tipos de municípios no Brasil: urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto. Teve como base critérios de número de habitantes associado à ocupação densa do território e grau de urbanização (IBGE, 2017)[10]. Exemplificando, os municípios predominantemente rurais foram aqueles: em unidades populacionais que possuem entre 25 000 e 50 000 habitantes em área de ocupação densa com grau de urbanização inferior a 25%; em unidades populacionais que possuem entre 10 000 e 25 000 habitantes em área de ocupação densa com grau de urbanização inferior a 50%; ou em unidades populacionais que possuem entre 3 000 e 10 000 habitantes em área de ocupação densa com grau de urbanização inferior a 75%. Após essa classificação, o IBGE realizou um cruzamento considerando a adjacência ou não dos municípios aos centros urbanos de maior hierarquia, chegando às classificações rural adjacente ou rural remoto. O recorte do presente estudo abarca municípios classificados como rurais remotos.

No Oeste do Pará, mesmo os municípios classificados pelo IBGE como urbanos (Tabela 1), têm baixa densidade demográfica, possuem extensos territórios rurais, com populações tradicionais – indígenas, quilombolas e ribeirinhas – distribuídas ao longo de rios e estradas, em comunidades entre 30 e 200 famílias, ocupando terras devolutas ou áreas de Assentamentos, Glebas e Unidades de Conservação (Saúde & Alegria, 2017). Na principal reserva extrativista da região – RESEX Tapajós Arapiuns – existem 72 comunidades ribeirinhas e aproximadamente 23.000 moradores (ICMBIO, 2014). No Pará como um todo vivem indígenas de 26 etnias (ISA, 2018).

---

[9] Infelizmente não há disponibilidade de dados mais recentes sobre IDH devido a não realização do Censo.

[10] A maioria da população brasileira está concentrada em municípios urbanos (76%), mas a maior parte dos municípios brasileiros (60,4%) são predominantemente rurais – 54,6% rurais adjacentes e 5,8% rurais remotos, com 3.856.692 cidadãos brasileiros vivendo em municípios rurais remotos (MRR).

Tabela 1. Características municipais e indicadores Demográficos – Região Oeste do Pará

Município	Classificação IBGE[1] (2017)	Popula-ção total[2] (2010)	População urbana[2] (2010)	População rural[2] (2010)	Ano de insta-lação[3]	IDHM[2] (2010)	Classif. IDHM[2] (2010)	Área Territorial (km²)[2] (2010)	Densidade Demog. (hab/km²)[2] (2010)
		N	N (%)	N (%)					
Alenquer	Urbano	52.626	27.722 (52,7%)	24.904 (47,3%)	1848	0,564	Baixo	22.382,94	2,36
Almeirim	Intermediário Remoto	33.614	19.965 (59,4%)	13.649 (40,6%)	1930	0,642	Médio	73.285,62	0,46
Belterra	Rural Adjacente	16.318	6.852 (42,0%)	9.466 (58,0%)	1997	0,588	Baixo	4.418,15	3,69
Curuá	Rural Remoto	12.254	5.781 (47,2%)	6.473 (52,8%)	1997	0,578	Baixo	1.437,00	8,53
Faro	Rural Remoto	8.177	6.128 (74,9%)	2.049 (25,1%)	1935	0,563	Baixo	11.821,36	0,69
Juruti	Intermediário Remoto	47.086	15.852 (33,7%)	31.234 (66,3%)	1935	0,592	Baixo	8.337,38	5,65
Mojuí dos Campos	N/A	15.546	N/A	N/A	2013	N/A	-	4.988,24	3,12
Monte Alegre	Urbano	55.462	24.565 (44,3%)	30.897 (55,7%)	1755	0,589	Baixo	21.797,15	2,54
Óbidos	Urbano	49.333	25.466 (51,6%)	23.867 (48,4%)	1755	0,594	Baixo	28.145,04	1,75
Oriximiná	Urbano	62.794	40.147 (63,9%)	22.647 (36,1%)	1934	0,623	Médio	108.085,66	0,58
Placas	Rural Remoto	23.934	4.854 (20,3%)	19.080 (79,7%)	1997	0,552	Baixo	7.205,00	3,32
Prainha	Rural Remoto	29.349	8.959 (30,5%)	20.390 (69,5%)	1935	0,523	Baixo	12.655,90	2,31
Santarém	Urbano	294.580	215.790 (73,3%)	78.790 (26,7%)	1755	0,691	Médio	22.984,58	12,82
Terra Santa	Urbano	16.949	10.335 (61,0%)	6.614 (39,0%)	1993	0,635	Médio	1.906,98	8,89
Região de saúde Baixo Amazonas (BA)	-	**718.022**	**412.416 (57,4%)***	**290.060 (40,4%)**	-	-	-	**329.451,00**	-
Aveiro	Rural Remoto	15.849	3.179 (20,1%)	12.670 (79,9%)	1961	0,541	Baixo	17.155,51	0,92
Itaituba	Urbano	97.493	70.682 (72,5%)	26.811 (27,5%)	1935	0,64	Médio	62.306,28	1,56
Jacareacanga	Rural Remoto	14.103	4.930 (35,0%)	9.173 (65,0%)	1993	0,505	Baixo	53.539,84	0,26
Novo Progresso	Intermediário Remoto	25.124	17.717 (70,5%)	7.407 (29,5%)	1993	0,673	Médio	38.328,16	0,66
Rurópolis	Rural Remoto	40.087	15.273 (38,1%)	24.814 (61,9%)	1989	0,548	Baixo	7.054,35	5,68
Trairão	Rural Remoto	16.875	5.679 (33,7%)	11.196 (66,3%)	1993	0,562	Baixo	12.042,33	1,4
Região de saúde Tapajós (T)	-	**209.531**	**117.460 (56,1%)**	**92.071 (43,9%)**	-	-	-	**190.426,50**	-
Região Oeste do Pará (BA + T)	-	**927.553**	**529.876 (57,1%) ***	**382.131 (41,2%)***	-	-	-	**519.877,00**	-

Fontes:

1. Tipologia rural-urbano Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2017. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm.
2. http://www.atlasbrasil.org.br/2013/. Dados de 2010.

*Somatórios não totalizam 100% devido à ausência da distribuição população urbana e rural do município de Mojuí dos Campos (Criação do município em 2013 – pós censo IBGE).

3. https://cidades.ibge.gov.br/. Item história & fotos.

O relatório do Primeiro Fórum de Determinantes Sociais em Saúde do Oeste do Pará promovido pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFOPA e o Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Agricultores e Agricultoras Familiares do município de Santarém (Santarém, 2016) destaca que a região passa por um avanço econômico que engloba grandes projetos de desenvolvimento com impactos ambientais como a expansão da monocultura da soja, a construção de portos e complexos hidrelétricos.

Nesses municípios há desafios permanentes, acompanhando o contexto amazônico em geral, como: saneamento básico ausente ou precário (menos de 50% da população dos municípios do Oeste do Pará vive em domicílios com banheiro e água encanada - Tabela 2); problemas sociais trazidos pela mineração; problemas ambientais como desmatamento para garimpo, pecuária e soja; conflitos de variadas dimensões motivados por disputas pela terra; dificuldade de circulação de pessoas e mercadorias devido às grandes distâncias e uma rede de transporte deficiente (Santarém, 2016).

Os municípios da região são marcados por baixo PIB *per capita* e baixa arrecadação, com exceção daqueles que têm participação nos *royalties* da mineração e dos grandes empreendimentos – o que não necessariamente se traduz em benefícios para a população. Em geral, a população tem baixa escolaridade, além de número expressivo de famílias que recebem benefício do Programa Bolsa Família (PBF) – com mais da metade dos municípios possuindo acima de 50% da população como beneficiária PBF (Tabela 2). As fontes de renda da população são escassas (funcionário da prefeitura, comércio, pesca, produção de farinhas de mandioca e peixe ou agricultura familiar de subsistência), predominando o trabalho informal.

A atenção à saúde nessa região é prestada predominantemente por serviços do SUS, com baixa proporção de população beneficiária de planos de saúde que, apenas em Santarém atinge mais de 10% (Tabela 2).

Tabela 2. Indicadores socioeconômicos – Região Oeste do Pará

Município	**Expectativa de vida[2] (2010)**	**Mortalidade infantil[2] (2010)**	**PIB per capita[2] (2010)**	**% benefic. Programa Bolsa Família[3] (2014)**	**% pessoas de 15 a 17 anos com ensino fundamental concluído[2] (2010)**	**% população em domicílios com banheiro e água encanada[2] (2010)**	**% população beneficiária de plano de saúde[3] (2014)**
Alenquer	71,72	22,0	11.999,45	63,5	28,88	32,46	1,02
Almeirim	73,55	17,4	17.706,58	54,2	46,54	33,81	7,99
Belterra	71,51	22,5	8.832,67	67,0	37,92	36,30	1,46
Curuá	71,80	21,7	7.880,49	68,8	19,07	43,71	0,28
Faro	70,35	25,8	7.564,23	72,0	41,29	31,76	1,42
Juruti	70,35	25,8	17.038,21	50,3	42,72	32,44	2,99

Município	Expectativa de vida[2] (2010)	Mortalidade infantil[2] (2010)	PIB per capita[2] (2010)	% benefic. Programa Bolsa Família[3] (2014)	% pessoas de 15 a 17 anos com ensino fundamental concluído[2] (2010)	% população em domicílios com banheiro e água encanada[2] (2010)	% população beneficiária de plano de saúde[3] (2014)
Mojuí dos Campos	N/A	N/A	8.831,56	33,0	N/A	N/A	0
Monte Alegre	70,86	24,4	11.910,55	69,0	29,20	40,25	1,12
Óbidos	70,35	25,8	12.100,42	58,9	30,08	45,73	1,58
Oriximiná	71,66	22,1	25.866,74	46,1	39,03	41,08	9,31
Placas	71,18	23,5	8.882,55	38,1	32,47	37,84	0,13
Prainha	71,76	21,9	9.606,44	84,7	16,04	24,47	0,27
Santarém	73,44	17,9	15.531,42	44,9	62,09	60,20	10,95
Terra Santa	70,76	24,6	25.312,10	50,6	55,33	48,80	2,55
Aveiro	69,87	27,3	7.685,44	65,8	24,13	34,53	0,95
Itaituba	72,97	17,3	16.261,21	45,9	54,43	41,19	2,89
Jacareacanga	73,00	18,4	26.873,15	24,6	20,50	9,90	0,33
Novo Progresso	74,66	14,9	22.325,89	28,7	80,18	40,65	1,23
Rurópolis	70,86	24,4	7.119,47	32,9	27,71	31,52	0,41
Trairão	70,80	24,5	16.955,94	42,6	37,72	28,76	0,32

Fontes:
3. https://cidades.ibge.gov.br/. Item história & fotos.
4. http://www.atlasbrasil.org.br/2013/. Dados de 2010
5. http://indicadores.resbr.net.br/view/indicadores.php?clrSession=true. Dados de 2014. Indicador de cobertura: % de população beneficiária do Programa Bolsa Família (2014).

Indicadores específicos de Atenção Básica podem ser visualizados na Tabela 3. Todos os municípios implementaram equipes da estratégia saúde da família (total de 186 equipes ESF), mas a cobertura é variável, com os extremos de 47% (Alenquer, Juruti, Monte Alegre e Rurópolis) e 100% (Belterra, Curuá, Faro, Terra Santa, Aveiro e Novo Progresso). Em 17 dos 20 municípios estão implantadas equipes da Estratégica de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), isto é, equipes constituídas apenas de ACS e enfermeiro, o que aponta para a dificuldade de fixação de médicos. E apenas dez municípios possuem NASF implantado, estratégia que seria muito importante para maior resolutividade da AB (Almeida et al, 2018), especialmente em áreas de difícil acesso a especialistas. (Tabela 3)

Tabela 3. Indicadores de Atenção Básica – Região Oeste do Pará, 2019

Município	N total de UBS/ Posto de saúde[1]	% Cobertura ESF[2]	N EqESF[2]	N Eq EACS[3]	N Eq NASF[3]
Alenquer	6	48,8	8	4	0
Almeirim	10	60,6	6	5	0
Belterra	10	100,0	8	0	1
Curuá	8	100,0	5	1	1
Faro	8	100,0	4	0	1
Juruti	15	48,5	8	6	0
Mojuí dos Campos	11	64,8	3	7	0
Monte Alegre	43	47,7	8	7	0
Óbidos	17	53,1	8	6	1
Oriximiná	21	57,4	12	4	2
Placas	7	22,8	2	6	0
Prainha	14	69,3	6	3	0
Santarém	74	65,0	57	25	1
Terra Santa	10	100,0	6	2	1
Região de saúde Baixo Amazonas (BA)	**254**	**67,7***	**141**	**76**	**8**
Aveiro	6	100,0	6	0	0
Itaituba	25	64,8	19	7	3
Jacareacanga	7	77,5	2	1	0
Novo Progresso	20	100,0	8	1	1
Rurópolis	9	48,8	7	7	1
Trairão	9	55,0	3	2	0
Região de saúde Tapajós (T)	**76**	**74,1***	**45**	**18**	**5**
Região Oeste do Pará (BA + T)	**330**	**69,2***	**186**	**94**	**13**

Fontes:

1. http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp. jul/2019
2. https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml . jul/2019
3. http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. jul/2019

*: Fórmula de cálculo de cobertura: (NEqESF * 3450)/(população) *100. Baseado em nota metodológica AB. https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB.pdf

4. METODOLOGIA

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, que analisa dados primários da pesquisa nacional "Atenção Primária em territórios rurais e remotos do Brasil", desenvolvida na FIOCRUZ (Fausto et al, 2020), com recorte em municípios do Oeste do Pará.

4.1. SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS

Na pesquisa nacional, os 323 municípios, identificados pelo IBGE como municípios rurais remotos foram agrupados com base em diferentes processos de conformação do território, em seis áreas homogêneas com lógicas espaciais distintas que aglutinaram 97,2% (314) dos MRR. São elas: Matopiba (92), Norte de Minas (22), Vetor Centro-Oeste (84), Semiárido (43), Norte Águas (45) e Norte Estradas (28).

Os MRR de toda a região Norte foram classificados na pesquisa nacional em Norte Águas ou Norte Estradas, a partir de dados secundários de acesso público de três fontes principais:

- IBGE cidades[11]: utilizado para conhecimento sobre a história do município (ano e contexto de criação, dados sobre emancipação) e dados demográficos básicos;
- Dados do censo demográfico IBGE 2010: utilizado para dados mais específicos sobre economia do município, como setores de produção incluindo agropecuário e extrativismo;
- Mapas do Departamento Nacional de Infraestrutura e Transportes (DNIT, 2018)[12]: utilizado para observar quais os principais rios ou rodovias localizados próximos aos municípios;

Com base nessas informações, elaborou-se um banco de dados com os municípios rurais remotos da região norte (AC, AP, AM, PA, RR), exceto Rondônia e Tocantins[13]. Nesse banco, elencou-se o ano de criação do município e desmembramentos; dados demográficos, observações sobre economia com base nos indicadores selecionados, população tradicional e o nome do principal rio/rodovia de influência, identificando-se duas dinâmicas distintas. A partir destes critérios, os municípios foram classificados como Norte Águas e Norte Estradas.

Os MRR Norte Águas são mais antigos e a complexidade da dinâmica dos rios

[11] https://cidades.ibge.gov.br/brasil/
[12] http://www.dnit.gov.br/mapas-multimodais/mapas-multimodais
[13] O estado de Rondônia foi classificado na tipologia da pesquisa como Vetor Centro Oeste e de Tocantins foi classificado na tipologia da pesquisa como Matopiba.

impacta toda a vida da população. O rio é meio de acesso à água, ao transporte, ao lazer ou a quaisquer tipos de serviços. Na época de vazante do rio, algumas comunidades ficam totalmente isoladas, por dificuldade de acesso por água. Para alguns trajetos o deslocamento somente é possível em embarcações muito pequenas ou até a pé (devido à profundidade necessária para a navegação de embarcações). Na época de cheia do rio, a trafegabilidade é melhor. Da mesma forma, o fluxo das águas do rio (seguindo o fluxo ou contrafluxo) impacta diretamente nos tempos de deslocamento. Os tipos de transporte fluviais são os mais variados: barcos ("de rede" como navios, *ferryboats* e barcos menores), lanchas de tamanhos e motores diversificados (voadeiras), assim como as pequenas embarcações (bajara/rabeta/canoa/casco). Na região Oeste do Pará, os municípios beirados pelos rios Tapajós e Amazonas são Faro, Curuá, Prainha e Aveiro.

Nos MRR Norte Estradas, o acesso é majoritariamente por via terrestre e quando comparados aos municípios amazônicos beirados por rios, apresentam desenvolvimento mais recente, principalmente ligados às políticas de ocupação regional do padrão "estrada-terra firme-subsolo" e ao fortalecimento da municipalização pós-constituição de 1988. O acesso às estradas – sejam rodovias, sejam pequenas estradas sem pavimentação chamadas ramais/vicinais/travessões – são piores no "inverno amazônico", marcado por alagamentos, riscos de deslizamento e "atoleiros", com filas imensas de carretas carregadas que precisam esperar secar a estrada para seguir viagem. Já na época do "verão amazônico", esses riscos se reduzem e o tráfego é melhor, contudo, a intensa poeira dificulta a visibilidade, causando acidentes. Nesses municípios, são comuns os relatos de desmatamento para pecuária ou para garimpo ilegal. Aqui na região Oeste do Pará, os municípios são Placas, Rurópolis, Jacareacanga e Trairão, beirados pelas Rodovias Transamazônica (BR-230) e Santarém-Cuiabá (BR-163).

Dentre os oito MRR da região do Oeste do Pará foram selecionados intencionalmente munícipios com diferentes características socioeconômicas e geográficas. Buscou-se selecionar "municípios médios", com características mais comuns na área e, aos municípios médios foram agregados na amostra municípios *outliers*, com características incomuns na área, conforme estratégia de seleção da pesquisa nacional. (Fausto et al, 2020).

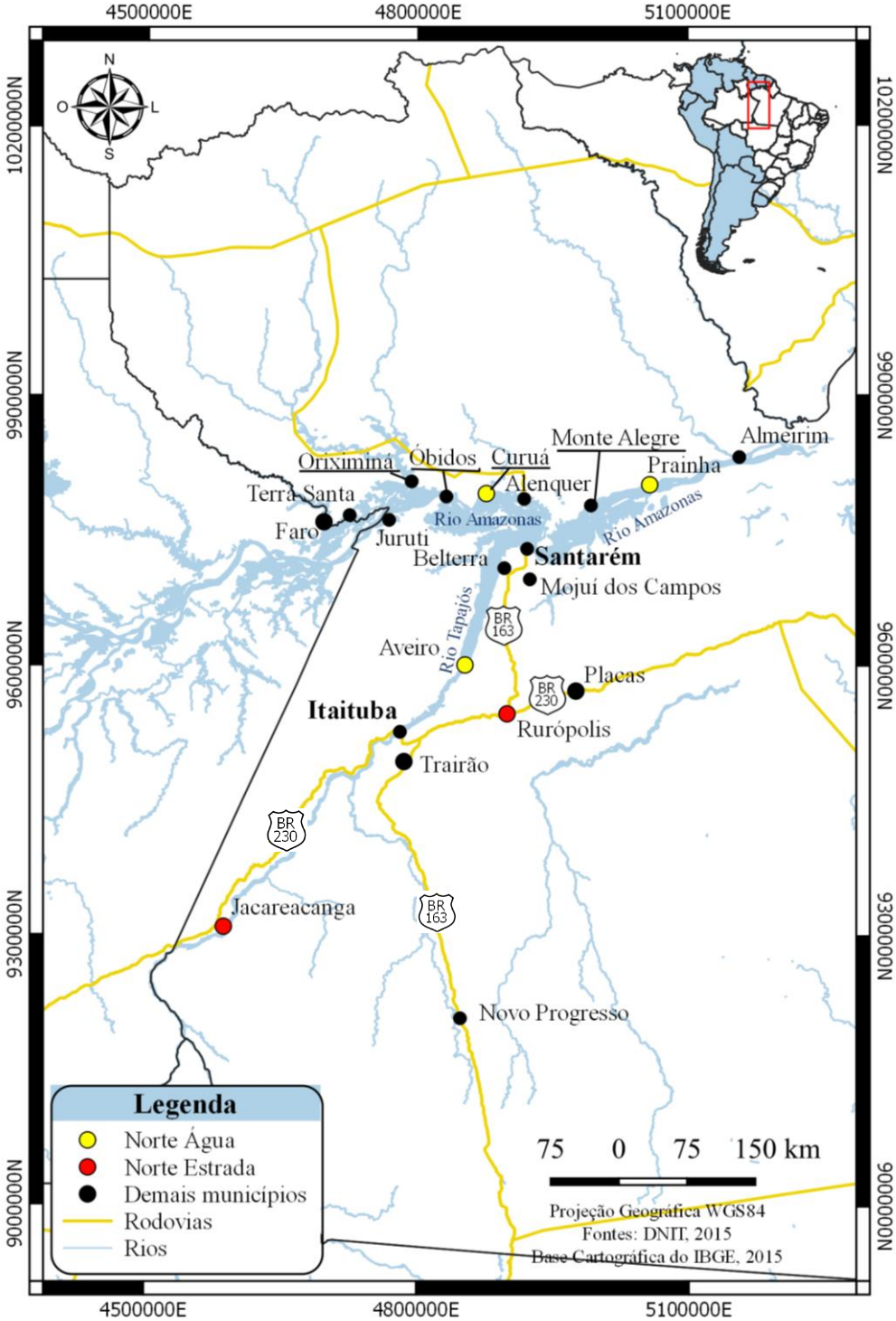
Considerando-se a extensão territorial, presença de populações tradicionais, PIB per capita, proporção de população em situação de pobreza e localização segundo fluxos fluviais ou terrestres, foram selecionados intencionalmente cinco municípios rurais remotos: três do Norte Águas – Prainha, Aveiro e Curuá – e dois municípios do Norte

Estradas – Rurópolis e Jacareacanga (Figura 1, Figura 2 e Tabela 4).

As principais características consideradas na escolha de cada município podem ser resumidas em:

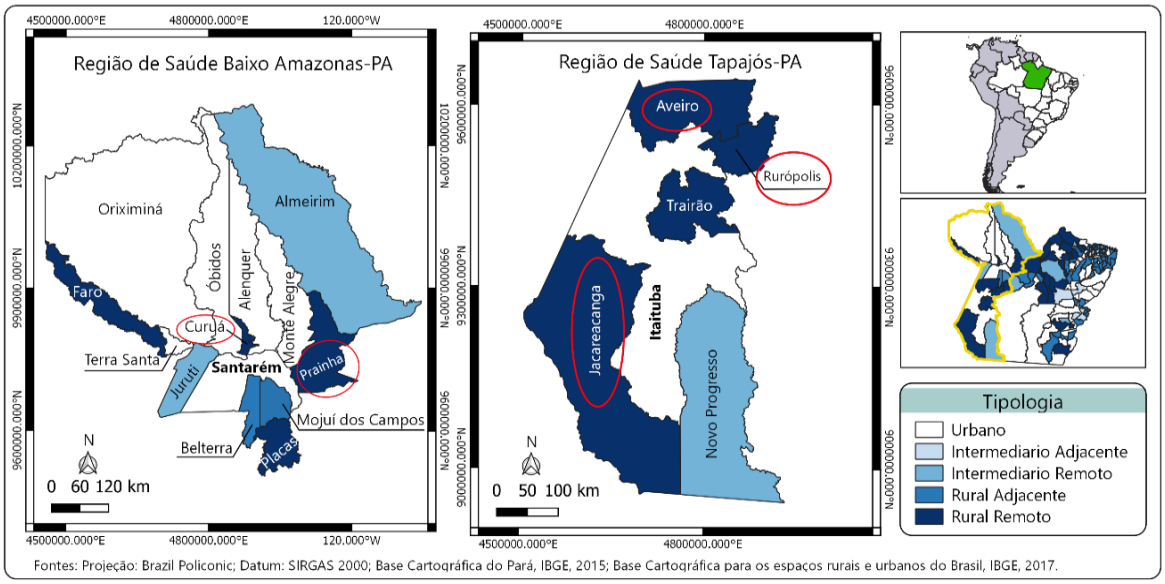
- **Aveiro:** possui área de reserva ambiental, grande quantidade de comunidades ribeirinhas, e histórico distrito de Fordlândia, que ainda repercute o processo de exploração do látex – ciclo da borracha – conduzido por Henry Ford na primeira metade do século XX;
- **Curuá:** município de emancipação recente (1997) que possui a menor extensão territorial dos municípios da região (1.431,2 km^2), além de uma densidade demográfica maior que a média (8,53 habitantes por km^2). Embora sua principal via de acesso seja fluvial, na época de seca do rio o município é acessível por estrada (PA-254).
- **Prainha:** possui um altíssimo percentual de população cadastrada no Programa Bolsa Família e presença de populações ribeirinhas e pesqueiras. Município com população nas duas margens do rio.
- **Jacareacanga:** possui o maior PIB per capita, imensa área territorial, baixa densidade demográfica e alta presença de população indígena. É fortemente impactado por empreendimentos como usinas hidrelétricas e garimpo, com consequentes conflitos de terra e ambientais.
- **Rurópolis:** está localizado no entroncamento das duas principais rodovias da região – rodovias transamazônica (BR-230) e Santarém-Cuiabá (BR-163), possuir 40 mil habitantes e baixa cobertura de ESF.

Figura 1. Mapa das regiões de saúde do Baixo Amazonas e Tapajós (Oeste do Pará), com os municípios da Amostra Norte Águas e Norte Estradas



Fonte: Acervo da pesquisa Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos do Brasil. Elaborado por Geraldo Walter Almeida Neto, Cristiano Gonçalves Morais e Larissa Ádna Neves Silva, em 2019.

Figura 2. Mapa das regiões de saúde do Baixo Amazonas e Tapajós (Oeste do Pará), com a tipologia rural-urbano do IBGE e municípios da amostra (circulados em vermelho)



Fonte: Acervo da pesquisa Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos do Brasil. Elaborado por Geraldo Walter Almeida Neto, Cristiano Gonçalves Morais e Larissa Ádna Neves Silva, em 2019.

Tabela 4. Indicadores demográficos e econômicos dos municípios da amostra da Região Oeste do Pará

Município	Tipologia pesquisa[1] (2018)	Ano de instalação[2]	Estimativa da População total[3] (2020)	População rural[4] (2010)	Densidade Demog. (hab/km²)[4] (2010)	IDHM[4] (2010)	PIB per capita[3] (2018)
				%			
Curuá	Norte Águas	1997	14.587	52,8	8,53	0,578	8.770,00
Prainha	Norte Águas	1935	29.846	69,5	2,31	0,523	9.660,00
Aveiro	Norte Águas	1961	16.404	79,9	0,92	0,541	7.212,00
Jacareacanga	Norte Estrada	1993	41.487*	65,0	0,26	0,505	51.864,00
Rurópolis	Norte Estrada	1989	51.500	61,9	5,68	0,548	7.077,00

Fontes:
1. Relatório da pesquisa (Fausto et al, 2020)
2. https://cidades.ibge.gov.br/. Item história & fotos.
3. IBGE, Cidades. https://cidades.ibge.gov.br/brasil/. Acesso em: 22/03/2021
4. http://www.atlasbrasil.org.br/2013/. Dados do censo demográfico IBGE 2010.

*: Nº de habitantes conforme Processo Judicial nº 798-41.2011.4.01.3902, Seção Judiciária de Itaituba-PA. Nº de habitantes estimados de acordo com o Censo (2010): 14.103

4.2. FONTES DE INFORMAÇÃO

As fontes de informação desta pesquisa são dados primários – transcrições – das entrevistas qualitativas semiestruturadas; registros de diários de campo com observações dos entrevistadores, em forma de relatórios caso municipais; síntese elaborada pelos entrevistadores de campo após cada entrevista, que conformaram banco de dados nacional qualitativo e quantitativo, com perfil dos entrevistados; e dados secundários de bases nacionais de acesso público (por exemplo: IBGE, Instituto Socioambiental – ISA,

Mapas estratégicos para políticas de cidadania – MOPS, Portal do gestor da Atenção Básica, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, dentre outros).

4.2.1. Sujeitos da pesquisa

Em cada um dos cinco municípios da amostra foram realizadas entrevistas com gestores municipais (secretários de saúde e coordenações de atenção básica), profissionais de saúde médicos e enfermeiros, agentes comunitários de saúde e usuários dos serviços selecionados na pesquisa nacional, a partir de traçadores específicos não analisados de forma separada neste estudo (a saber hipertensão/HAS, pré-natal, parto e puerpério/PPP e câncer de colo de útero/CCU).

Os gestores municipais, em geral, foram entrevistados na secretaria municipal de saúde. Os profissionais de saúde, ACS e usuários foram entrevistados nas suas UBS. Em cada município foram realizadas entrevistas com profissionais e usuários de uma UBS da sede e uma do interior. Desta forma foram visitadas uma UBS da sede e uma UBS de áreas rurais, com observação no local.

No município de Jacareacanga não foi possível visitar UBS rural devido à longa distância (6h de deslocamento da sede). As UBS rurais mais próximas em Jacareacanga integravam os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), não incluídas na pesquisa.

Devido a especificidades do contexto de alguns municípios, foram realizadas entrevistas extras, com dois dentistas, um técnico de enfermagem e uma enfermeira aposentada, assim como em Aveiro, a entrevista com o ACS foi realizada em grupo.

Em cada município foram realizadas entre 13 e 15 entrevistas, totalizando 70 entrevistas, conforme discriminação no Quadro 1.

Quadro 1. Entrevistas realizadas por tipo de sujeito, por município da amostra, Oeste do Pará, maio a agosto de 2019

Município	**Período**	**Tipo de entrevistado**								**Total de entrevistas**
		GM	**Med**	**Enf**	**ACS**	**HAS**	**PPP**	**CCU**	**Outros**	
Prainha	15-17/5	2	2	2	3	2	2	2	0	15
Rurópolis	21-23/5	2	2	2	3	2	2	1	1	15
Curuá	24-25/6	2	2	2	2	1	2	2	0	13
Aveiro	22-24/7	2	3	2	2	2	2	1	0	14
Jacareacanga	13-14/8	2	0	3	2	2	1	1	2	13
Total	15/5-14/8	10	9	11	12	9	9	7	3	**70***

*Foram realizadas o total de 70 entrevistas nos municípios.
Fonte: Dados da pesquisa

Para cada um dos entrevistados, após explanação dos objetivos da pesquisa e

autorização via termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), a entrevista foi iniciada e gravada. Em alguns casos, realizou-se a gravação de pequenos vídeos temáticos ("vídeos pílula") com os entrevistados, mediante autorização de uso da imagem.

No total foram entrevistados dez gestores municipais, onze enfermeiros, nove médicos, doze ACS, 25 usuários e três atores extras (dois odontólogos e um técnico de enfermagem). A Tabela 5 sintetiza o perfil de cada um dos entrevistados (Tabela 5).

Tabela 5. Perfil dos entrevistados (Gestores, enfermeiros, médicos, ACS e usuários) em municípios rurais remotos, Oeste do Pará, Brasil, 2019

		TOTAL DE ENTREVISTADOS (N=67)				
		GESTORES (n=10)	**ENFERMEIROS (n=11)**	**MÉDICOS (n=9)**	**ACS (n=12)**	**USUÁRIOS (n=25)**
Tipo de território	Norte águas	6	6	7	7	16
	Aveiro	*2*	*2*	*3*	*2*	*5*
	Curuá	*2*	*2*	*2*	*2*	*5*
	Prainha	*2*	*2*	*2*	*3*	*6*
	Norte estradas	4	5	2	5	9
	Jacareacanga	*2*	*3*	*0*	*2*	*4*
	Rurópolis	*2*	*2*	*2*	*3*	*5*
Tipo de equipes	ESF	-	9	9	10	-
	EACS	-	2	-	2	-
Localização da UBS	Sede	-	5	4	5	12
	Interior	-	6	5	7	13
Sexo	Feminino	8	11	4	9	17
	Masculino	2	0	5	3	8
Idade	18-28 anos	0	4	4	0	12
	29-39 anos	8	4	5	8	3
	40-50 anos	1	2	0	3	1
	51 anos ou mais	1	1	0	1	9
Tempo de atuação em APS	Até 2 anos	3	8	7	0	-
	3-6 anos	1	1	2	4	-
	11 anos ou mais	1	2	0	8	-
Escolaridade	Sem escolaridade	0	0	0	0	3
	Ensino fundamental incompleto	0	0	0	0	6
	Ensino fundamental completo	0	-	0	1	8
	Ensino médio completo	2	-	0	9	7
	Graduação	3	5	7	2	1
	Pós-graduação em saúde	5	6	2	0	0
Participação em órgão colegiado	Sindicato dos trabalhadores de saúde pública	0	0	0	8	-
	Conselho Municipal de Saúde	7	0	0	0	
Vínculo Servidor público municipal	Sim	3	3	0	12	-

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.2. Roteiros das entrevistas

As entrevistas foram orientadas por roteiros semiestruturados, compostos por dimensões gerais abordadas para todos os entrevistados e questões específicas, de acordo com o tipo de informante. Utilizaram-se oito roteiros de entrevista da pesquisa, com composição articulada de gestor municipal, profissionais (médico e enfermeiro), agente comunitário de saúde, usuário de HAS, usuário de pré-natal, parto e puerpério e usuário com lesão de câncer de colo de útero. Todos os roteiros eram compostos por dados gerais da entrevista (entrevistador, data, horário), perfil do entrevistado, roteiro de perguntas abertas, uma síntese e observações sobre a entrevista (Anexo 1).

Os roteiros incluíram as seguintes dimensões, com variações de acordo com o tipo de entrevistado: características do território e população, organização da AB no município, acesso, infraestrutura, processo de trabalho, gestão municipal da AB, CIR/gestão estadual, relação atenção básica e atenção especializada ambulatorial e hospitalar, transporte sanitário e rede de urgência, força de trabalho em áreas rurais e remotas, intersetorialidade e participação da comunidade, participação no PMAQ, e traçadores: prevenção do câncer de colo de útero, hipertensão arterial, pré-natal, parto e puerpério.

4.3. O TRABALHO DE CAMPO

Os campos nos municípios do Oeste do Pará foram realizados entre 15 de maio e 20 de agosto de 2019, com entrevistas realizadas em três dias por município, por equipes de quatro a cinco profissionais, que incluíram pesquisadores da Ensp/Fiocruz e da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) e discentes da UFOPA. Como membro da equipe de coordenação da pesquisa, tive a oportunidade de participar e coordenei toda a organização e trabalho de campo dos municípios do Oeste do Pará[14].

O ponto de entrada no campo foi o município de Santarém e deste até os municípios de destino foram trajetos percorridos por água, de embarcação (entre quatro horas de lancha a quatorze horas de barcos regulares - “barco de linha”) ou por terra, de caminhonete institucional tracionada (quatro a quinze horas).

As entrevistas tiveram duração entre 20min (mínimo de tempo de entrevista com usuários) e 4h30min (máximo de tempo de entrevista com gestor municipal).

Cada entrevista teve como produtos: o perfil do entrevistado, o roteiro completo

[14] Além dos campos do Oeste do Pará, participei da equipe de campo dos municípios de Melgaço (PA), Boa Vista do Ramos (AM), coordenação estadual do Pará e campo piloto no município de Pilão Arcado (BA).

transcrito e uma síntese quantitativa e qualitativa que compôs o banco de dados. O conjunto de entrevistas e observações em cada município gerou um relatório de caso interno de pesquisa com os registros de campo.

4.4. ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Foi realizada análise de conteúdo, com categorização temática das entrevistas, abarcando tanto as dimensões dos roteiros de entrevistas, como categorias emergentes, a partir da análise das transcrições.

A análise de conteúdo, originalmente das ciências sociais, é uma das técnicas sistemáticas de tratamento e interpretação dos dados em pesquisa qualitativa, que se baseia na análise dos conteúdos das entrevistas da pesquisa para inferir conhecimentos a respeito das mensagens dos entrevistados (Bardin, 2011). Prevê três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Após as transcrições realizadas, fez-se uma leitura de cada uma das entrevistas com codificação de trechos por categorias a partir das questões norteadoras e dimensões predefinidas nos roteiros das entrevistas. Assim organizou-se os temas e trechos que se repetem para compor e codificar os dados. Essa técnica de criar categorias capazes de expressar as futuras inferências foi realizada de forma minuciosa, a partir de critérios de qualidade. Foram alguns deles: exclusividade (um elemento só pode ser classificado em uma categoria), pertinência (adequação ao conteúdo da pesquisa), representatividade da amostra, objetividade (na definição da organização das variáveis) e produtividade (para inferências e novas hipóteses). (Câmara, 2013; Urquiza e Marques, 2016).

A etapa de inferências e interpretações nesse tipo de análise é marcada pelo trabalho do pesquisador que busca compreender tanto os aspectos expressados, mas também os sentidos da comunicação, ou seja, o subjetivo, “o que está por trás”, “o não dito” (Bardin, 2011; Câmara, 2013).

Para a categorização dos dados das entrevistas dessa pesquisa foi realizada uma leitura completa do material da transcrição, assim como, análise do banco de dados com as sínteses e observações dos entrevistadores. Em seguida, os trechos foram agrupados por temática, que compuseram as categorias de análise.

Nas análises foram explorados tanto os aspectos de homogeneidade da região e da percepção dos diferentes atores da pesquisa, como aspectos específicos por tipo de ator ou tipo de território, buscando evitar o que Boaventura de Souza Santos (2007) sinaliza como problemática: “o global e universal é hegemônico; o particular e local não conta, é

invisível, descartável, desprezível" (Santos, 2007).

Os resultados foram organizados em três artigos, com análises correspondentes aos objetivos específicos desta tese, baseando-se em categorias de análise e componentes diversificados conforme foco de cada artigo.

O primeiro artigo, aceito na Revista Cadernos de Saúde Pública em novembro/2020, foi intitulado "O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia" teve como objetivo analisar o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em municípios rurais remotos (MRR) e identificar especificidades e contribuições para o cuidado na atenção primária à saúde.

O estudo qualitativo abrangeu 23 entrevistas com 12 ACS e 11 enfermeiros das equipes de saúde da família nos cinco MRR do Oeste do Pará selecionados. A análise do processo de trabalho dos ACS contemplou duas dimensões interligadas: escopo de práticas e qualificação para o trabalho.

O escopo de práticas do processo de trabalho dos ACS envolveu um conjunto abrangente de atribuições e atividades cotidianas do profissional, sendo sistematizado em: acompanhamento familiar, cuidados e medidas preventivas individuais, abordagem coletiva/comunitária e atividades administrativas, sendo as visitas domiciliares sua principal atividade. A qualificação do processo de trabalho dos ACS abrangeu ações, em especial da gestão municipal, capazes de potencializar ou limitar o desenvolvimento do seu escopo ampliado de práticas: educação permanente, acompanhamento do trabalho, apoio da gestão municipal e motivação dos ACS.

As categorias de análise basearam-se na matriz apresentada no Quadro 5.

Quadro 5. Matriz para análise da atuação dos ACS em municípios rurais remotos, Oeste do Pará, Brasil, 2019

Dimensões de análise	**Componentes**	**Categorias**
Processo de trabalho dos ACS (escopo de práticas)	*Acompanhamento familiar*	Identificação de problemas de saúde
		Identificação de famílias e casos de maior vulnerabilidade social
	Cuidados e medidas preventivas individuais	Procedimentos individuais
		Vacinação
		Acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial; gestantes (pré-natal, parto e puerpério); e mulheres na prevenção de câncer de colo de útero
	Abordagem coletiva/ comunitária	Territorialização
		Ações comunitárias e intersetoriais – PBF e PSE
		Distribuição de hipoclorito
		Educação em saúde
	Tarefas administrativas	Cadastro e produção preenchidos no e-SUS
		Orientações sobre funcionamento da UBS e atenção especializada
	Visitas domiciliares	Dimensões das visitas domiciliares

Dimensões de análise	Componentes	Categorias
Processo de trabalho dos ACS (qualificação)	*Qualificação do ACS para o trabalho*	Educação permanente
		Acompanhamento do trabalho do ACS
		Apoio da gestão municipal (materiais e transporte)
		Motivação dos ACS

Fonte: Elaboração própria

O segundo artigo, submetido à Revista Saúde e Sociedade em junho/2021, intitulado "Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará", teve por objetivo analisar o acesso da população à atenção primária a saúde no SUS em municípios rurais remotos do Oeste do Pará, discutindo as principais barreiras e desafios para o acesso e as especificidades de distintos territórios.

O estudo qualitativo abrangeu visitas a Unidades Básicas de Saúde (UBS) e entrevistas com 10 gestores municipais, 12 ACS, 11 enfermeiros e 25 usuários de cinco MRR da região. A matriz de análise deste estudo contemplou quatro dimensões: acessibilidade geográfica, acessibilidade organizacional, UBS como serviço de primeiro contato e APS na rede assistencial de saúde (RAS). (Quadro 6).

A acessibilidade geográfica envolveu localização da oferta e dos usuários, transporte, distância, tempo de viagem e custos. A acessibilidade organizacional contemplou disponibilidade – volume, tipo de serviços, necessidade dos usuários e adequação funcional –, modo de organização da oferta para acolher os usuários e capacidade desses usuários de se acomodarem aos fatores de oferta (Assis e Jesus, 2012). A UBS como serviço de primeiro contato é influenciada tanto por aspectos geográficos como organizacionais e a APS na RAS visa expressar o papel da APS como centro de comunicação com toda a rede e o suporte dessa RAS à APS para um cuidado integral aos usuários.

Quadro 6. Matriz para análise de acesso da população à atenção à saúde, Oeste do Pará, 2019

Dimensões	Categorias
Barreiras de acessibilidade geográfica à UBS	Distâncias e tempos de deslocamento
	Vias de acesso
	Disponibilidade de transportes
	Custos de deslocamento
	Influência da sazonalidade
Barreiras organizacionais na APS	Oferta de atendimentos
	Dias/horários de funcionamento
	Rotatividade profissional
	Abastecimento de insumos e medicamentos
UBS como serviço de primeiro contato	Primeiro serviço buscado
APS na rede de atenção à saúde	Serviços nos municípios
	Acesso a serviços especializados

Dimensões	Categorias
	Formas de agendamento/regulação
	Tratamento fora de domicílio (TFD)
	Transporte sanitário
	Casa de apoio
	Relação entre profissionais AB e AE

Fonte: Elaboração própria

O terceiro artigo, ainda não submetido, tem como título "Organização da Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará", com o objetivo de identificar as especificidades da organização da Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios rurais remotos (MRR) do Oeste do Pará, frente às singularidades do contexto amazônico.

O estudo qualitativo analisou 30 entrevistas, sendo 10 gestores municipais, 11 enfermeiros e nove médicos de cinco MRR da região Oeste do Pará. As categorias de análise foram: caracterização da APS e demais equipamentos da rede de atenção à saúde; territorialização da APS; escopo de práticas e organização da agenda; atuação e colaboração interprofissional; iniciativas de atração ou fixação profissional; e tecnologias de informação e comunicação (Quadro 7).

Quadro 7. Matriz de análise sobre organização da Atenção Básica na rede de atenção à saúde

Categorias de análise	Componentes
Territorialização da APS	*Distribuição de serviços de APS no território*
	Adscrição e cadastro da população
Escopo de práticas e organização da agenda	*Oferta de ações*
	Organização da agenda
Colaboração interprofissional	*Divisão de atribuições entre profissionais*
	Atribuições dos ACS
Iniciativas de atração e fixação profissional	*Tipos de vínculos*
	Estratégias de atração e fixação (contratação, formação e apoio aos profissionais)
Tecnologias de informação e comunicação	*Estratégia e-SUS AB*
	Telessaúde

Fonte: Elaboração própria

Detalhes da metodologia estão descritos nas respectivas seções de cada artigo.

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

A tese utiliza dados da pesquisa nacional aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP/FIOCRUZ, no segundo semestre de 2018 intitulada "Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no

Brasil". O projeto pode ser identificado pela CAAE 92280918.3.0000.5240 e o parecer de aprovação nº2.832.559, disponibilizado para consulta em anexo (Anexo 2). Esta pesquisa foi submetida ao comitê de ética da ENSP/FIOCRUZ e aprovada como subprojeto da pesquisa nacional.

De acordo com as "Diretrizes e Normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos", resolução CONEP número 510 de 07 de abril de 2016, foi utilizado na pesquisa de campo o termo de consentimento livre e esclarecido para todos os participantes, bem como respeitadas as demais recomendações éticas. No referido trabalho utilizou-se o banco de dados disponibilizado pela pesquisa, a partir das referidas entrevistas qualitativas.

A pesquisa foi realizada sem riscos diretos implicados para os gestores/profissionais/usuários da Atenção Básica, à medida que a transcrição de suas entrevistas foi codificada para garantia de sigilo na divulgação dos resultados.

4.6. CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS

Nesta seção são apresentadas, brevemente, características gerais dos municípios estudados, a partir do trabalho do campo, para melhor contextualização dos casos.

4.6.1. Aveiro

Aveiro é um município da região de saúde do Tapajós/Pará, criado em 1961, com uma superfície de 17.158 km² e classificado na pesquisa como MRR Norte Águas – Rio Tapajós. Como grande parte do município é composto pela Floresta Nacional do Tapajós (FLONA) e Reserva extrativista (RESEX Tapajós-Arapiuns), há comunidades ribeirinhas ao longo das duas margens do Rio Tapajós. Ao todo, são 114 comunidades existentes no município, dentre estas há comunidades ribeirinhas, pescadores, moradores de vicinais de difícil acesso e em menor escala, indígenas. As comunidades ficam distantes uma das outras, a exemplo das comunidades às margens da zona do rio Cuparí, em que só é possível acessar de voadeira ou barco.

O município tem uma população de cerca de 16.000 habitantes pelo censo do IBGE e 18 mil habitantes segundo o censo dos agentes de saúde. Destes 15.895 são cadastrados nas UBS rurais e cerca de 500 pessoas se autodeclaram indígenas (comunidades Escrivão, Camarão e Pinhel). Cerca de 80% corresponde a população rural e cerca de 20% população urbana.

Em Aveiro 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 (Dos anos 20 até 1945). Uma particularidade é ser um município com menor densidade populacional da região (0,9 habitantes por km²) e com grande histórico no ciclo da borracha, com fábricas e estruturas que podem ser vistas até hoje no distrito de Fordlândia.

Há dois pólos principais de comunidades rurais no município: Fordlândia e Brasília Legal. Na comunidade de Fordlândia vivem aproximadamente 3.000 habitantes, com 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.

O saneamento básico e o consumo de água tratada em todo o município de Aveiro é precário, com baixa população morando em domicílios com banheiro e água encanada. Em áreas rurais, o acesso se dá através de poços artesianos e utilização da água diretamente do rio.

Nas zonas rurais, nos grandes pólos (Fordlândia e Brasília), a maioria tem poços artesianos, mas não em todos os domicílios. 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. Nas comunidades que não são os grandes pólos rurais, algumas famílias utilizam água do rio para atividades domésticas no rio e carregam água para casa.

Não foi sinalizado nenhum apoio financeiro estadual para o município de Aveiro. Mas o município conta com um projeto em finalização do Ministério da Saúde para distribuição de água e uma maior fiscalização da vigilância na orientação de construção das fossas e cuidados com a água, especialmente em épocas de chuva, cuja contaminação aumenta.

O padrão de desigualdade econômica e social que prevalece nas áreas rurais determina as condições de vida e consequentemente as condições de saúde do município. 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. Das famílias residentes de Aveiro 65,81% são beneficiários do programa bolsa família.

Algumas comunidades ficam inundadas pelas águas em épocas de cheia dos rios,

dificultando o acesso da população e dos profissionais até essas áreas. Uma das alternativas dessas populações é a construção de assoalhos para suspensão das casas. Na época de seca, os barcos param no meio do rio e as pessoas precisam percorrer toda uma praia para pegar um transporte e ir até a sede. A maioria das comunidades dos municípios é ribeirinha.

Mesmo na sede, um dos bairros é afetado em épocas de chuvas e as casas ficam completamente alagadas. Um exemplo de comunidade rural bem afetada é a Brasília Legal, que possui uma ESF. Na cheia do rio, a comunidade fica totalmente alagada. Todas as casas dessa região estão sobre palafitas. Uma das gestoras relata que em épocas de seca tem problemas maiores, pois se concentra uma grande quantidade de lama e por vezes barcos e voadeiras mais altas não passam, somente canoas e bajaras pequenas.

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. Isso limita a realização de procedimentos em algumas áreas rurais.

4.6.2. Curuá

O município de Curuá integra a região de saúde do Baixo Amazonas/Pará, é de emancipação recente (1997), mas colonização antiga. Tem extensão territorial de 1.431,2km^2, fazendo fronteira com os municípios de Alenquer e Óbidos. Foi classificado na pesquisa como MRR Norte Águas – Rio Amazonas/Rio Curuá, com população estimada no ano de 2018 de 14.197 mil habitantes (IBGE), sendo predominante a população rural (53%). Há populações ribeirinhas no território, sendo muitos pescadores.

As principais fontes de renda da população do município são funcionalismo na prefeitura, pecuária, beneficiários do Bolsa família e pesca. Essa última atividade, ocorre em muito menor escala que poderia, assim como, a pequena agricultura, que tem se tornado quase inexistente, segundo os gestores municipais.

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.

O território de Curuá é altamente influenciado pela peculiaridade climática (seca e cheia do rio), que resulta em uma diferença de tempo de chegada e saída no município,

oscilações do custo de viagem e formas de acesso ao município, mesmo à sede. Seu principal acesso é via fluvial (na época das cheias) e por estrada (PA-254), na época da vazante do rio. Nas épocas de cheia do rio, o acesso ao município 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, só sendo possível por meio de bajaras ou a pé. Nesse período, é extremamente difícil o deslocamento fluvial. Também é comum em tempos de cheia do rio, o fluxo das comunidades rurais para a sede municipal.

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.

Há comunidades no município sem energia elétrica, em especial as comunidades ribeirinhas. Em duas delas utilizam-se geradores a combustível durante poucas horas, das 19h às 21h, com apoio da prefeitura e coleta da comunidade. Além disso, há comunidades – uma que tem UBS localizada nela – que tinha energia elétrica e devido problemas de manutenção, a comunidade ficou sem energia e não foi providenciado o conserto, acarretando vários impedimentos nos atendimentos de saúde.

4.6.3. Prainha

Prainha é um município da região de saúde do Baixo Amazonas/Pará, classificado na pesquisa como MRR Norte Águas. Fica situado às margens do rio Amazonas, fundado em 1935, apresentando uma área de grande extensão territorial e baixa densidade demográfica, com várias pequenas comunidades em seu território. Sua população é predominantemente rural (69,5%) 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. Destaca-se por um altíssimo percentual de população cadastrada no PBF (mais de 90%) e população de extrema pobreza.

O município possui cerca de 35.000 habitantes segundo cadastros do município e cerca de 30.000 habitantes, pelo censo do IBGE. Os gestores destacam que essa diferenciação tem efeitos negativos da arrecadação do município. Há muitas populações ribeirinhas e de pescadores, e poucas famílias autodenominadas quilombolas.

Na sede do município, o abastecimento de água é realizado de três formas: microssistemas da Companhia de Saneamento do Pará (COSANPA) sem tratamento,

poços artesianos privados com venda de água para a população do entorno e poços individuais ou coleta direta na fonte do rio. Água encanada existe somente na área urbana.

Nas comunidades rurais, há microssistemas compostos por um poço artesiano, bomba, gerador 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 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.

- 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.
- 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.
- População quilombola: Constituem poucas famílias no município, com

atendimentos esporádicos nas unidades de saúde que vivem em localidades rurais distantes.

No município também há produção agrícola com grande propriedade privada de produção de arroz, acompanhada pelo uso de agrotóxicos no município, até então pouco difundido. Predomina o trabalho informal, com baixíssima remuneração: 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.

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, sendo Prainha um pólo produtor: "Prainha, capital do Piracuí".

Quando perguntados sobre a questão climática, os gestores fizeram dois destaques: a mudança de moradia da população ribeirinha em época de chuvas, devido enchente das casas; assim como, o impacto dessas mudanças no trabalho do ACS. A questão da energia elétrica foi relatada como existente em quase todas as UBS, porém, muito inconstante, o que gera vários prejuízos aos municípios.

4.6.4. Jacareacanga

O município de Jacareacanga (PA) integra a região de saúde do Tapajós/Pará, com emancipação recente (1993) e classificado na pesquisa como MRR Norte Estradas. Possui uma área de extensão territorial de 53539,84 km², com 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 ilegais e por consequência, conflitos. Trata-se de uma região de fronteira interestadual com o município de Apuí (AM).

Com o IDHM classificado como baixo (0,505), observa-se um percentual expressivo de população extremamente pobre (42,45%) no ano de 2010, tendo como principais fontes de renda, 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 beneficiaria

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. 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, desde 2018, o projeto Luz para Todos promoveu melhorias no abastecimento.

Com relação ao saneamento básico, o município apresenta condições precárias e áreas com ausência total de saneamento. A coleta de lixo ocorre somente na sede, sem estratégia para área rural. Segundo relatos de gestores, depois da intervenção de um projeto houve um favorecimento na organização das fossas.

O município possui muitas áreas de garimpo ilegal de extração de ouro, desde pelo menos a década de 1970, que atrai população masculina jovem de baixa escolaridade. A população do garimpo é muito flutuante, conforme a produtividade local, assim como, a vida nessas regiões denominadas “baixões” possui alto custo, tendo o ouro como moeda. Sua forte atividade de garimpo ilegal, em município com mais de 80% do território inserido em terras indígenas ou unidades de conservação, onde a extração de ouro é proibida, atrela-se a crimes ambientais como desmatamento, queimadas, contaminação por mercúrio e assoreamento das águas, além de questões sociais gritantes como violências de gênero e infantil, prostituição e disputas de terra, inclusive de territórios indígenas.

4.6.5. Rurópolis

O município de Rurópolis integra a região de saúde do Tapajós/Pará, com emancipação recente (1989) e classificado na pesquisa como MRR Norte Estradas. Seu histórico é oriundo de devastação de floresta durante o período militar, com o objetivo de

assentamento rural e reforma agrária. Originou-se do Programa de Integração Nacional (PIN): “Terras sem homens para homens sem terra” e “Integrar para não entregar”, que trazia grupos e população para trabalhar e ocupar a área. É oriundo de assentamento do INCRA inaugurado pelo presidente Médici, em 1974, com distribuição de terras aos 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. Idealizado para uma reforma agrária, nunca concluída, desde sua fundação, Rurópolis foi marcado pela desigualdade social, com pouco suporte do Estado.

Rurópolis possui estimativa de 49.503 pessoas em 2019, sendo 61,9% moradores de área rural, com área territorial de aproximadamente 7054,35 km^2 e densidade demográfica de 5,68 hab/km^2. Fica localizado no entroncamento entre a Rodovia Santarém-Cuiabá (BR-163) e Rodovia Transamazônica (BR-230).

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 rural diversificada, em algumas regiões como o travessão dos baianos, boa produção de banana (inclusive para exportação) pimenta, cacau, urucum.

Percebe-se um movimento migratório de população de trabalhadores para o município, em decorrência de obras de asfaltamento parcial da Transamazônica, pela necessidade de escoamento da soja e construção da Hidrelétrica de Belo Monte. Com 120km de estrada para Santarém (BR163 e Transamazônica) e 64km até o município de Altamira, há perspectiva de construção de um porto para escoamento da soja. Possui densidade demográfica extremamente baixa e população 100% dependente SUS.

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 em 2016, a partir do planejamento do escoamento da soja, no Tapajós, ocorrendo disputas com o município de Itaituba sobre o limite territorial do município. Não há relatos de populações indígenas e quilombolas.

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. 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.

ARTIGO 1. O PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO EM TERRITÓRIOS RURAIS REMOTOS NA AMAZÔNIA[15]

Juliana Gagno Lima, Ligia Giovanella,
Márcia Cristina Rodrigues Fausto e Patty Fidelis de Almeida

RESUMO

O objetivo do artigo é analisar o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em municípios rurais remotos (MRR) e identificar especificidades e contribuições para o cuidado na atenção primária à saúde. O estudo qualitativo abrangeu 23 entrevistas com ACS e enfermeiros das equipes de saúde da família em cinco MRR do Oeste do Pará. O processo de trabalho dos ACS incluiu duas dimensões interligadas: escopo de práticas e qualificação. O escopo de práticas mostrou-se abrangente, envolvendo acompanhamento familiar, cuidados e medidas preventivas individuais, abordagem coletiva e atividades administrativas, as duas últimas mais pontuais. As visitas domiciliares constituem a principal ação dos ACS e a mais ampla forma de contato dos serviços de saúde com usuários, podendo atender a diferentes objetivos como cadastro, cuidado ou informação. Os ACS de localidades rurais remotas apresentaram escopo de práticas mais abrangente que os da sede dos municípios, com inclusão de procedimentos individuais. A qualificação do trabalho dos ACS pode potencializar ou limitar o desenvolvimento do seu escopo de práticas e se expressou por alta motivação dos ACS, insuficiente supervisão e educação permanente e baixa integração com a equipe. São necessárias políticas que reconheçam as especificidades dos MRR amazônicos e um maior apoio da gestão municipal (materiais, transporte e educação permanente) para o pleno desenvolvimento do trabalho do ACS. O conjunto ampliado de práticas dos ACS colocam esse profissional como relevante ator para promover cuidados, facilitar acesso da população à rede de atenção à saúde e como elo real entre populações rurais e serviços de saúde.

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde; saúde rural; atenção primária à saúde;

[15] Anexo 6 consta a carta de aceite na Revista Cadernos de Saúde Pública, de novembro/2020.

The work process of community health workers: contributions to care in remote rural territories in the Amazon

ABSTRACT

The aim of the article is to analyze the work process of Community Health Agents (CHA) in remote rural municipalities (MRR) and to identify specificities and contributions to care in primary health care. The qualitative study included 23 interviews with CHAs and nurses from the family health teams in five MRR in the West of Pará. The analysis of the CHA's work process included two interconnected dimensions: scope of practices and qualification for the job. The scope of practices proved to be comprehensive, involving family monitoring, individual care and preventive measures, collective approach and administrative activities. Home visits are the main action of the ACS and an important form of contact between health services and users, meeting different objectives of registration, care or information. The CHAs from remote rural locations, in general the only accessible health resource, had a broader scope of practices than those at the headquarters of the municipalities, with the inclusion of individual procedures. The qualification of CHAs for work can enhance or limit the development of their practices and was expressed by the CHA's high motivation, insufficient supervision and continuing education, and low integration with the team. Policies are needed that recognize the specificities and guarantee greater support (materials, transport and continuing education) for the full development of the work of the ACS in the Amazon MRR. The expanded set of CHA practices suggest that this actor is relevant to promote care, facilitate the population's access to the health care network and as a real link between rural populations and health services in MRR.

Keywords: Community Health Agents; Rural health; Primary health care

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, populações rurais dispõem de menor oferta, utilização e acesso a serviços de saúde e apresentam piores indicadores de saúde, quando comparadas às populações urbanas[1,2,3,4,5]. As desigualdades em populações rurais envolvem: exclusão do direito à proteção à saúde, exclusão social por baixa renda[6], dificuldades de transportes[2,7], menor acesso a recursos de informação e comunicação[8,2] e distribuição desigual e insuficiente dos profissionais de saúde, fatores que intensificam condições desfavoráveis em saúde[4,6].

No Brasil, persistem importantes desigualdades regionais e sociais nas condições de saúde e acesso a serviços, ainda que atenuadas nas últimas décadas pela geração de emprego e renda, políticas de transferência de renda e ampliação da oferta de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) em especial da Estratégia Saúde da Família (ESF)[9,10]. Estas desigualdades são mais intensas em áreas rurais remotas. Residir a vida toda em zona rural, além de fatores como gênero, idade, baixa renda ou escolaridade, afetam negativamente a qualidade de vida e saúde da população[11].

Na região amazônica brasileira, desafios estruturais e políticos para implantação de políticas públicas de saúde se intensificam frente à diversidade regional, com implicações para a organização do sistema de saúde: áreas de cheia e vazante dos rios, alta dispersão populacional, precárias condições de trafegabilidade, presença de populações tradicionais com necessidades específicas como indígenas, ribeirinhas e quilombolas[12].

Na experiência internacional, a melhoria de acesso a serviços de saúde em áreas rurais remotas é preocupação de muitos governos[13,14], com desenvolvimento de estratégias específicas enfatizando componentes comunitários e determinantes sociais na atenção primária à saúde (APS). Dentre estes, há programas de agentes comunitários de saúde (ACS) em diversas modalidades com atuação genérica na promoção e educação em saúde; específica para programas de saúde pública; ou como mediadores comunitários, voluntários ou servidores dos sistemas nacionais de saúde, em especial em países de renda média e baixa. Devido sua capilaridade e custo relativamente baixo, programas de ACS foram implantados para melhorar a prevenção de doenças e acesso ao sistema de saúde nesses países[15], trazendo benefícios à saúde da população[16,17].

No Brasil, a criação de um programa nacional de ACS (PACS) data de 1991, ainda que experiências isoladas, anteriores ao SUS ocorressem nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul, Ceará, dentre outros[18]. O PACS inicialmente implantado em municípios de baixa densidade populacional, com características de seletividade e ênfase em cuidados infantis, orientações sobre hidratação oral, vacinação e desnutrição[19,20,21] foi a partir de 1994, integrado de forma gradual e transitória ao Programa Saúde da Família (PSF). Normativas sobre o trabalho dos ACS fortaleceram sua atuação no SUS, principalmente na prevenção de doenças, promoção de saúde e identificação de necessidades da população e do território, por meio da visita domiciliar (VD)[22,23]. Não obstante inúmeros desafios permaneceram para a qualificação de seu trabalho em áreas urbanas de elevada concentração populacional[19,21,24].

Questionamentos sobre a existência do ACS e suas atribuições foram intensificados, a partir de 2016, e expressos na revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017, que permite a redução do número de ACS nas equipes ESF e ausência de ACS nas equipes AB, agora equiparadas às equipes ESF[25], com impactos que podem ser ainda mais severos em territórios rurais remotos[26].

Partindo-se do pressuposto que os ACS têm importante papel para a garantia de cuidados em áreas rurais e remotas, territórios de origem de atuação destes trabalhadores da saúde, o objetivo deste artigo é analisar o processo de trabalho dos ACS em municípios rurais remotos (MRR) do Oeste do Pará e identificar especificidades e contribuições para o cuidado na APS. O processo de trabalho dos ACS enfatizou duas dimensões interligadas: escopo de práticas e qualificação.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, que compõe pesquisa nacional com estudo de casos múltiplos de 27 MRR conforme classificação do IBGE (2017), tipificados em seis áreas homogêneas espacialmente distintas: Matopiba, Norte de Minas, Vetor Centro-Oeste, Semiárido, Norte Águas e Norte Estradas[27].

No presente artigo são analisados resultados do Oeste do Pará (regiões de saúde do Baixo Amazonas e Tapajós) com amostra de cinco MRR: três Norte Águas, marcados pela dinâmica dos rios; e dois Norte estradas, caracterizados por desenvolvimento recente a partir da expansão rodoviária.

O trabalho de campo ocorreu entre maio e agosto de 2019. O ponto de partida foi o município de Santarém com trajetos para os MRR por embarcação (entre quatro horas de lancha e quatorze horas de barco de linha) ou caminhonete institucional (quatro a quinze horas). A entrada no campo em cada município e Unidades Básicas de Saúde (UBS), em geral de difícil acesso, foi apoiado pelas secretarias municipais de saúde (SMS). Realizou-se entrevistas com ACS e enfermeiros (ENF) dos cinco municípios, em uma UBS na sede e uma no interior, totalizando 23 entrevistas (doze ACS e onze enfermeiras), tendo como critério de seleção, profissionais com maior tempo de atuação nas equipes.

O roteiro das entrevistas incluiu características do território, acesso e processo de trabalho; e o cuidado referente a três traçadores: câncer de colo de útero (CCU), hipertensão (HAS) e pré-natal, parto e puerpério (PPP). As entrevistas duraram de uma hora e meia a três horas, foram transcritas e realizada análise de conteúdo temática[28]. A

categorização temática envolveu eixos emergentes da análise sistemática e contrastante das percepções e experiências dos participantes da pesquisa, resultando em duas ênfases do processo de trabalho dos ACS: escopo de práticas e qualificação (Quadro 1).

O projeto da pesquisa nacional foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, com entrevista autorizada pelos participantes e preservação de anonimato nas análises.

Quadro 1. Matriz para análise da atuação dos ACS em municípios rurais remotos, Oeste do Pará, Brasil, 2019

Dimensões de análise	Componentes	Categorias
Processo de trabalho dos ACS (escopo de práticas)	*Acompanhamento familiar*	Identificação de problemas de saúde
		Identificação de famílias e casos de maior vulnerabilidade social
	Cuidados e medidas preventivas individuais	Procedimentos individuais
		Vacinação
		Acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial; gestantes (pré-natal, parto e puerpério); e mulheres na prevenção de câncer de colo de útero
	Abordagem coletiva/ comunitária	Territorialização
		Ações comunitárias e intersetoriais – PBF e PSE
		Distribuição de hipoclorito
		Educação em saúde
	Tarefas administrativas	Cadastro e produção preenchidos no e-SUS
		Orientações sobre funcionamento da UBS e atenção especializada
	Visitas domiciliares	Dimensões das visitas domiciliares
Processo de trabalho dos ACS (qualificação)	*Qualificação do ACS para o trabalho*	Educação permanente
		Acompanhamento do trabalho do ACS
		Apoio da gestão municipal (materiais e transporte)
		Motivação dos ACS

Fonte: Elaboração própria

Dos 12 entrevistados, cinco ACS atuavam na sede e sete no interior, sendo a maioria de ESF (10), com 11 anos ou mais de atuação e concursados. Das 11 enfermeiras, oito tinham até dois anos de atuação na APS do município e a maioria, contratos temporários (Tabela 1). Como formação específica para ACS, somente um município referiu curso introdutório (1ENF2), ocorrido após processo seletivo.

Tabela 1. Perfil dos entrevistados (ACS e enfermeiros) em municípios rurais remotos, Oeste do Pará, Brasil, 2019

		ACS (n=12)	ENFERMEIROS (n=11)
Tipo de território	Norte águas	7	6
	Norte estradas	5	5
Tipo de equipes	ESF	10	9
	EACS	2	2
Localização da UBS	Sede	5	5
	Interior	7	6
Sexo	Feminino	9	11
	Masculino	3	0
Idade	19-28 anos	0	4
	29-39 anos	8	4
	40-50 anos	3	2
	51 anos ou mais	1	1

Tempo de atuação em APS	Até 2 anos	0	8
	3-6 anos	4	1
	7-10 anos	0	0
	11 anos ou mais	8	2
Escolaridade	Ensino fundamental completo	1	-
	Ensino médio completo	6	-
	Ensino médio completo (técnico enfermagem)	3	-
	Ensino superior	2	5
	Pós-graduação na saúde	0	6
Participação em órgão colegiado	Sim – Sindicato dos trabalhadores da saúde pública	8	0
	Não	4	11
Vínculo Servidor público municipal	Sim	12	3
	Não (Contrato temporário)	0	8

Fonte: Elaboração própria

RESULTADOS

Contexto da pesquisa

Os MRR estudados têm população entre 12mil e 40mil habitantes e baixo PIB *per capita* e baixa arrecadação tributária, salvo um que recebia *royalties* de usina hidrelétrica (Tabela 2). As populações possuíam baixa renda, com número expressivo de famílias beneficiárias do Programa Bolsa família (PBF) e escassas fontes de renda (prefeitura, comércio, pesca artesanal, produção de farinha ou agricultura familiar de subsistência).

As condições de saneamento básico são precárias em todos os municípios, com situação agravada no interior. Na sede, o abastecimento de água é feito por microssistemas com distribuição por poços artesianos e caixas d´água para armazenamento sem tratamento; sendo frequente no interior, o consumo de água do rio. Uma iniciativa diferenciada foi o Sistema Salta Z (Solução alternativa coletiva simplificada de tratamento de água para consumo humano), instalado em um dos municípios pela Funasa. Inexistia esgotamento sanitário e era precária a coleta de lixo.

Os municípios tinham forte presença de população rural (53% a 80%), com baixa densidade demográfica, povoação muito esparsa e grande número de pequenas comunidades/vilas no território. As populações tradicionais mais comuns eram ribeirinhas – pescadores artesanais ou extrativistas – e indígenas, presentes principalmente no interior. As populações ribeirinhas vivem às margens de rios na Amazônia brasileira, com seus modos de vida consonantes com a dinâmica das águas (cheias e vazantes) e acesso exclusivo fluvial.

Tabela 2. Indicadores demográficos, socioeconômicos e de atenção básica dos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	MRR 1	MRR 2	MRR 3	MRR 4	MRR 5
Região de Saúde (2014)	Tapajós	Tapajós	Tapajós	Baixo Amazonas	Baixo Amazonas
Tipo de território[1]	Norte estradas	Norte estradas	Norte águas	Norte águas	Norte águas
Indicadores demográficos[2] (2010)					
População total n	40.087	14.103	15.849	12.254	29.349
População urbana n (%)	15.273 (38,1%)	4.930 (35,0%)	3.179 (20,1%)	5.781 (47,2%)	8.959 (30,5%)
População rural n (%)	24.814 (61,9%)	9.173 (65,0%)	12.670 (79,9%)	6.473 (52,8%)	20.390 (69,5%)
Área territorial (km^2)	7.054	53.539	17.155	1.437	12.655
Densidade demográfica (hab/km^2)	5,68	0,26	0,92	8,53	2,31
Indicadores socioeconômicos					
PIB per capita[3] em reais (2016)	7.119	26.873	7.685	7.880	9.606
IDHM[2] (2010)	0,548	0,505	0,541	0,578	0,523
% população em domicílios com banheiro e água encanada[2] (2010)	27,7	20,5	24,1	19,1	16,0
% população beneficiária do Programa Bolsa Família[4*] (2014)	32,9	24,6	65,8	68,8	84,7
Indicadores de Atenção Básica (08/2019)					
N total UBS[5]	9	11	7	8	12
N UBS sede[5]	5	2	1	3	1
N UBS rural[5]	4	9	6	5	11
% Cobertura ESF[6]	48,8	77,5	100,0	100,0	69,3
N EqESF[7]	6	2	6	4	6
N EqNASF[7]	1	0	0	1	0
N EqEACS[7]	7	1	0	1	3
N ACS (EqEACS + EqESF)[7]	125 (66+59)	21 (11+10)	54 (0+54)	27 (9+18)	85 (34+51)

Fontes: **1:** Projeto de Pesquisa de Fausto et al. (2018). Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil. https://cee.fiocruz.br/?q=node/929. Acesso em 21/10/2019; **2:** Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2010. http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/. Acesso em: 21/10/2019; **3:** IBGE, 2016. https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama. Acesso em: 21/10/2019; **4:** Banco de indicadores da Pesquisa Regiões e Redes, 2014. http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php?clrSession=true. Acesso em 21/10/2019; **5:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Consultas de estabelecimentos. http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp e verificação durante a visita. Acesso em: 21/10/2019. Nas UBS rurais estão contabilizados os postos de saúde e UBS, com exceção dos postos de saúde indígenas; **6:** Portal do gestor da Atenção Básica, 2019. https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acesso em: 21/10/2019; **7:** CNES, agosto/2019. Item consultas de equipes. http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 21/10/2019.
*Quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família, em 2014/População total em 2014*100;
UBS = Unidade Básica de Saúde; EqESF = Equipes de Estratégia Saúde da Família; EqEACS = Equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; EqNASF = Núcleo Ampliado de Saúde da Família; ACS = Agentes Comunitários de Saúde.

A atenção à saúde nos MRR estudados era prestada exclusivamente pelo SUS, em UBS, postos de saúde, unidades mistas ou pequenos hospitais (presentes nos cinco casos). Todos os municípios implementaram equipes ESF, com cobertura entre 56% e 100%. Em quatro municípios havia equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) em territórios rurais. Em geral, havia apenas uma equipe por UBS. As UBS da sede contavam com equipes ESF, o que nem sempre era possível no interior.

Processo de trabalho dos ACS (escopo de práticas)

Os ACS atuavam na sede ou pequenas comunidades do interior, conforme seu local de domicílio. O cadastramento das famílias, em geral, estava em atualização no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/e-SUS AB). As microáreas eram definidas pela SMS, conforme distância e distribuição das comunidades no território, com

grande variação do número de famílias/pessoas adscritas por ACS. No interior dos municípios, os ACS residiam na comunidade com maior aglomerado populacional, embora fossem responsáveis pela cobertura de várias pequenas comunidades do entorno.

O número de ACS por equipe AB variou de 2 a 22 ACS, conforme tipo de equipe, ESF ou EACS. Havia mais ACS no interior que nas sedes municipais, com baixo número de famílias acompanhadas nas áreas mais esparsas. Em um município, ACS de ramais de difícil acesso acompanhavam mínimo de 20 famílias/200 pessoas em 130 ramais de responsabilidade da equipe (1ENF2). ACS da sede dos municípios acompanhavam cerca de 700 pessoas (3ACS1/1ACS1).

Os ACS atuavam em equipes ESF com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dois ou mais ACS, responsáveis por 3.000 até 8.000 pessoas (3ENF2/4ENF1). Em quatro municípios, havia ACS de equipes EACS em áreas rurais, supervisionados por um enfermeiro. Em dois municípios, existiam postos de saúde no interior, com equipe de um ACS, um técnico de enfermagem e um microscopista. A totalidade de médicos da APS dos municípios estudados integrava o Programa Mais Médicos.

O escopo de práticas dos ACS nos MRR foi sistematizado em: acompanhamento familiar, cuidados e medidas preventivas individuais, abordagem coletiva/comunitária e atividades administrativas, sendo as VD sua principal atividade.

Acompanhamento familiar

O acompanhamento familiar se realiza por meio de VD. São realizadas pelos ACS da sede e do interior, rotineiramente (7-8 visitas por dia), em geral a cada um ou dois meses, com periodicidade condicionada pelo vínculo com as famílias, as necessidades e as condições de acesso ao domicílio.

No acompanhamento familiar destaca-se o papel do ACS na identificação de problemas de saúde e identificação de famílias e casos de maior vulnerabilidade. Por conhecerem o cotidiano das famílias, contribuem para a identificação dos episódios de violência doméstica, alcoolismo, desnutrição, idosos que moram sozinhos, por vezes acionando os serviços de assistência social (5ENF1/5ENF2/1ENF2).

Os ACS atuavam como “ponte” de acesso das famílias aos serviços, identificando necessidade de VD dos demais membros da equipe, suspeita de enfermidade que demande assistência médica e mediando o acesso a transporte sanitário em casos mais urgentes (Quadro 2).

Cuidados e medidas preventivas individuais

Durante as visitas, os ACS acompanham usuários de programas prioritários de saúde pública com ações preventivas e de educação em saúde. Monitoram a atualização da caderneta de vacinação infantil, a realização de pré-natal por gestantes, e orientam portadores de hipertensão (1ENF2/2ENF1/3ENF2). As orientações envolvem temas como alimentação saudável, atividade física, higiene, vacinação, amamentação e uso adequado de medicamentos (1ACS2/2ACS1).

A busca ativa, embora realizada sem frequência regular, era acompanhada de orientações sobre: consultas ou exames atrasados para gestantes; importância, frequência, dias de coleta e busca de resultados de preventivo (1ENF1/1ENF2/2ENF1/3ENF1/4ENF2/5ENF2); e apoio dos usuários de HAS no acesso a medicamentos (2ENF2/4ENF2/2ENF1/1ENF1).

Além do acompanhamento dos grupos prioritários, os ACS do interior do município realizavam ações no domicílio, incomuns na prática dos ACS da sede, entre as quais:

- Aferição de pressão arterial: a maior parte dos ACS aferiam a pressão de usuários e se responsabilizavam pelo MAPA (monitorização ambulatorial da pressão arterial) por solicitação do médico da equipe. O esfigmomanômetro era disponibilizado pela SMS ou adquirido pelo ACS (4ENF1/1ENF2/1ENF1/3ACS2);
- Entrega domiciliar de medicamentos de uso contínuo, principalmente HAS, para usuários de áreas mais distantes (2ENF1/2ENF2/3ENF2/4ENF1/4ENF2/5ENF2);
- Agendamento de consultas e exames na UBS a partir da VD (1ENF1/1ENF2/5ACS1);
- Prevenção de malária: orientações em regiões endêmicas para uso de mosquiteiros impregnados, atuação com equipe de vigilância nos surtos e eliminação de focos. Alguns ACS realizavam coleta de sangue para exame de gota espessa para malária (2ACS2/5ACS2);
- Curativos simples (1ACS2/5ACS2);
- Transporte realizado pelo próprio agente (moto própria ou rabeta) no deslocamento para urgências e partos (2ACS2);

- Distribuição e orientação sobre hipoclorito, muitas vezes como única forma de cuidado com a água disponibilizado à população (1ENF2/1ACS2/3ACS1/4ACS1).

Entre as ações preventivas, destaca-se ainda a participação de ACS na ação de bloqueio vacinal de surto recente de sarampo em dois municípios.

Abordagem coletiva/ comunitária

O trabalho dos ACS era territorializado pela adscrição de famílias sob sua responsabilidade. Em três municípios, foram responsáveis pelo desenho do mapa do território (3ENF2/3ENF1/2ACS1/1ACS3), auxiliando a equipe no acompanhamento das famílias.

A ação dos ACS é central em iniciativas de articulação com programas de outros setores como o Programa Bolsa Família e o Programa Saúde na Escola (PSE). Os ACS desempenhavam um papel decisivo no acompanhamento das condicionalidades do PBF nos domicílios, em mutirões nas UBS ou em equipamentos sociais da comunidade. Em geral, os ACS do interior faziam o acompanhamento no domicílio e os ACS da sede, na UBS (5ENF1/3ENF2/1ENF2/5ENF2). Realizavam acompanhamento da carteira vacinal, do crescimento e desenvolvimento infantil, atualização do pré-natal e frequência escolar (5ENF1/5ENF2/1ENF2), considerando que o PBF era a principal garantia das crianças na escola e do cartão vacinal atualizado. Adicionalmente, incluíam acompanhamento de preventivo como condicionalidade PBF (5ENF1/1ENF2/5ACS1/1ACS2). Identificou-se certo exercício de controle autoritário dos ACS quanto ao preventivo e pré-natal, incentivado pela enfermagem, com ameaças às mulheres de perda do PBF caso não os realizassem. No caso do PSE, os ACS acompanhavam as equipes no desenvolvimento das ações nas escolas, principalmente prevenção da cárie dentária e antropometria.

Ações comunitárias eram escassas com ausência ou insuficiência de ações coletivas de educação em saúde, que ocorriam no formato dos “grupões” promovidos pela equipe de saúde com orientações gerais sobre hábitos, muitas vezes associada à distribuição de medicamentos, com participação pontual dos ACS, na mobilização prévia e no dia da ação (3ENF1/4ENF1/2ENF1). Os “grupões” costumavam ter caráter de confraternização e criação de vínculo serviço-população, com lanches financiados coletivamente pelos profissionais de saúde. Em caso de desabastecimento de medicamentos, os ACS apontaram redução na participação nos grupos. Nas comunidades, quando ocorriam, eram no formato de mutirão para procedimentos.

Atividades administrativas

Atividades de caráter administrativo compõem o cotidiano dos ACS, principalmente, registro da produção no SISAB/e-SUS AB e orientações sobre funcionamento da UBS e atenção especializada.

Os ACS são os responsáveis pelo preenchimento no e-SUS AB de cadastros individual e domiciliar, visita e ações coletivas. ACS de três municípios utilizavam *tablet* para registro da produção e outros dois usavam fichas de papel (Coleta de dados simplificada). Nos municípios em que os ACS possuíam *tablets*, registravam a VD e enviavam para a SMS assim que acessavam a internet (2ENF1/2ENF2/1ENF2/1ENF1).

Os profissionais relataram aprimoramento no registro dos ACS com utilização dos *tablets*, facilitando atualizações cadastrais. Ainda assim, havia preocupação dos ACS em manter registros em papel, por segurança e para comprovação do trabalho na supervisão da enfermagem.

Uma atividade comum dos ACS, valorizada pelos enfermeiros, foi orientar usuários sobre funcionamento da UBS (4ENF1/1ENF2/2ENF1), informando fluxos de atendimento, ações e serviços ofertados, escala de atendimento dos profissionais e dinâmicas de trabalho da equipe. Comumente os ACS também avisavam sobre agendamento da consulta especializada no domicílio do usuário (a pedido da SMS ou enfermeira) (4ENF1/3ENF1/2ENF10/3ENF2/5ENF1). Em dois municípios, as enfermeiras mandavam um "bilhetinho" pelo transporte escolar para o ACS da região. (5ENF2/2ENF1). Ademais, os ACS informavam às equipes se o usuário fez a consulta ou voltou para casa no pós-internação (3ENF1/3ENF2).

Visitas Domiciliares

O trabalho dos ACS centra-se realização das VD às famílias adscritas. Regularmente realizadas por todos os ACS, as VD adquirem conotações e componentes distintos, concomitantes e complementares, a depender do foco e objetivos, seja de cadastro, cuidado ou informação, podendo ser categorizadas em:

- *Visitas periódicas burocráticas* – não há agravos ou doenças na família, sendo visitas mais genéricas e rápidas, para possíveis dúvidas, convocações e atualização de cadastro. Têm como foco a produtividade do ACS que deve contabilizar número mínimo de visitas por semana, ou informes da enfermeira. Não são percebidas novas necessidades ou questões de determinação social do processo saúde-doença (5ACS1/1ACS3).
- *Visitas preventivas* – têm como foco as orientações sobre saúde para os grupos

prioritários e ações de saúde pública. Envolvem o cuidado na perspectiva da família, cuidados no domicílio e no território (5ACS1/4CS2/3ACS1).

- *Visitas afetivas* – visita como meio de convívio social, fortalecimento de vínculo. Em geral são mais demoradas. Intensificam a identidade do ACS como laço entre comunidade e serviço, reforçam o sentido de pertencimento dos ACS no território e sua relação com as famílias. Por seu caráter ampliado, permitem melhor abordagem das necessidades sociais (2ACS2/5ACS1).

- *Visitas clínicas* – voltadas aos procedimentos individuais realizados pelos ACS no domicílio para pessoas com algum agravo específico que necessite de continuidade no acompanhamento ou que tenham dificuldade de deslocamento (4ACS2).

Quadro 2. Processo de trabalho dos ACS (escopo de práticas), municípios rurais remotos, Oeste do Pará, Brasil, 2019

TIPOS DE AÇÕES	RELATOS DOS ENTREVISTADOS
Acompanha-mento familiar	*Identificação de problemas de saúde:* Uma comunidade que é bem distante, cerca de 30 km, teve dois casos de leishmaniose, então ele viu aquela situação na visita domiciliar, o paciente não relatou nada, ele só observou aquela ferida que não cicatrizava e já encaminhou. E aí ele já falou, enfermeira estou encaminhando o paciente assim e realmente deu positivo. (3ENF2) *Identificação de famílias e casos de maior vulnerabilidade social:* Eles (*ACS)* que trazem todos os casos para mim. Ás vezes tem uma família que está com uma criança, em que a mãe e o pai eram alcoólatras e a criança especial e não estavam cuidando dessa criança, a criança já estava com pneumonia e não estavam cuidando. Então a ACS já trouxe o caso para mim e a gente conseguiu levar essa criança até o hospital, essa criança já estava desnutrida (...) Hoje em dia se você ver ela está uma criança totalmente diferente, tá gordinha, bonitinha, conseguimos aposentar *(o pai)* através da assistente social. São casos que a gente vai resolvendo através do ACS pois não temos muita facilidade para estar saindo da unidade devido à demanda ser muito grande. O ACS já me traz o caso e a gente dá um jeito de resolver na medida do possível. (1ENF2)
Cuidados e medidas preventivas individuais	*Procedimentos individuais:* Lá eu era Agente de Saúde e Agente de Endemias ao mesmo tempo, eu percorria baixões para coletar lâminas de malária, eu sei examinar lâmina, eu sei fazer a coloração, tudo isso eu aprendi. Porque lá no garimpo é assim, quando não há médico é nós mesmo. Eu aprendi a fazer sutura, está entendendo, que é trabalho da técnica, a fazer um soro, tudo isso a gente tem que aprender na vida. Quantos partos eu fiz dentro da voadeira, quando eu vinha receber meu salário. (2ACS2) O cara da comunidade atirou no outro lá (...) Eu mandei alguém vir na frente né, comunicar a polícia e o carro da Unidade para ir buscar, mas como não tinha como eu ficar com ele lá esperando, eu joguei na garupa da moto e trouxe. Até encontrar o carro da Unidade, eu trouxe ele para cá e foi o que salvou. (5ACS2) *Vacinação:* No bloqueio vacinal da Tríplice Viral, a busca de casos está sendo feita nas sextas e vai de casa em casa. A gente escolhe um ACS e anda umas duas quadras por sexta de manhã. (2ENF1) Eu faço acompanhamento assim, a verificação da carteira, olho as que estão faltando e oriento para que a mãe venha na Unidade para trazer as crianças para tomar vacina. (5ACS2) *Acompanhamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS):* ACS são responsáveis por entregar medicação e levar na casa do usuário e aferir pressão (3ENF2). Alguns deles têm aparelho de pressão, fornecido pela secretaria ou deles mesmos (1ENF1) *Prevenção de câncer de colo de útero (CCU):* Papel do ACS é só orientar a vir fazer o preventivo, a gente sempre usa o bolsa família: "Olha se vocês não forem fazer o preventivo, vai cortar o bolsa família", aí enche de mulher. (1ENF2). Os ACS tentam convencer a mulher a vir coletar, eles vêm agendar para essas mulheres, levam de novo para ela o dia que vai ser coletado, porque a coleta ela só é feita uma vez na semana. (1ENF1) *Acompanhamento de pré-natal, parto e puerpério (PPP):* Todos os dias o ACS vai atrás de gestante porque ele tem que orientar nas consultas de pré-natal, nos agendamentos, dos dias que faz o pré-natal, e do puerpério também é a mesma coisa, encaminhar ela para quando chegar da maternidade, para vir fazer a consulta puerperal, mas elas nunca vêm. (4ENF2) *Distribuição de hipoclorito:* A gente trabalha com hipoclorito, eu distribuo e oriento as pessoas a usarem né. Como a nossa água não é tratada, para evitar a verminose, eu oriento a lavação de verdura, deixar de molho antes de consumir, durante 30 a 40 minutos, a água também da mesma forma, tanto para cozinhar ou para beber. (1ACS1)

TIPOS DE AÇÕES	RELATOS DOS ENTREVISTADOS
Abordagem coletiva/ comunitária	*Territorialização:* Os ACS aqui se juntaram e desenharam o mapa todo. (3ENF2) *Programa Bolsa Família:* Levo a balança da minha colega e vou acompanhando, de casa em casa (5ACS1). Os ACS vão de casa em casa. Eles acompanham o desenvolvimento da criança, se está indo a escola, se a mulher está vindo na unidade fazer seu pré-natal tudo isso entra no meio (...) Olha se você *(usuária)* não vier para consulta do pré-natal, puericultura e puerpério você vai perder o seu bolsa família. Aí pronto, todas fazem. (1ENF2) *Programa Saúde na Escola:* Cada mês tem um evento, a gente precisa realizar algum evento nas escolas, com crianças, faz campanha de vacina, faz palestra (3ACS1) *Demais ações comunitárias:* A gente fazia no barracão *(ações de saúde)*. Conversava com os garimpeiros dono de máquina, que eles disponibilizassem o carro e trazer todos os garimpeiros para se imunizar, consultar, as cozinheiras para o PCCU, as grávidas, tudo isso e eles concordaram. Quando a coisa estava boa, a maré estava boa, a gente ia era para dentro dos baixões com a equipe, principalmente com a vacinas. (2ACS2) Esse ano a gente não fez (...) nos anos anteriores a gente fazia caminhada todo mês de novembro, a gente reunia aquele grupo, era feito camisas, e era assíduo todos os nossos idosos, a gente realizava as reuniões do grupão, tinha professor de educação física que fazia eles se mexerem, a gente fazia aquela caminhada. Até brinde a gente dava. (4ACS1) *Educação em saúde:* Geralmente o grupão *(de hiperdia)* é organizado assim, ela *(enfermeira)* determina o dia do grupão, a gente passa avisando, no dia do grupão tem uma palestra explicando para eles umas dicas de saúde, às vezes é chamado o profissional de educação física para fazer um alongamento. (1ACS2). A gente reúne com os ACS e faz as ações nos locais públicos onde a gente pode alcançar o máximo de pessoas possíveis (3ENF1).
Tarefas administrati-vas	*Cadastro e produção preenchidos no e-SUS:* Aqui eu tenho meus cadernos, das grávidas, tenho do hiperdia, da diabetes, tudinho. (...) porque quando eu for fazer a produção eu já tenho tudo aqui, tudo já mastigadinho para entregar para enfermeira. (2ACS2) As atualizações do cadastro da família é diariamente que eu faço, todo dia no tablet. (...) Com o tablet melhorou demais, 100%. Antes eu digitava a produção, mandava para Secretaria e às vezes demorava vários dias para ser digitado e aqui não, tu conectou já vai online. Se não tiver internet, fica registrado tudo lá e quando conectar, envia. Então, eu acho que foi uma evolução muito positiva. (1ACS1) *Orientações sobre funcionamento da UBS:* Oriento eles *(usuários)*, que 7h a doutora atende a quantidade de fichas que ela tem para atender e volta a atender novamente às 13h, e atende até terminar as fichas. (1ACS3)
Visitas domiciliares	A gente é o porta voz, a ligação do posto de saúde com o comunitário. Porque muitas vezes o médico ele só está dentro do consultório e não tem como saber como o paciente está doente. Aí por meio das nossas visitas, todos os dias, a gente vai lá, analisa a pessoa, vê o que ela precisa e aí se há necessidade, encaminha para o posto de saúde. (3ACS2) *Visitas periódicas burocráticas:* São oito visitas diárias, 40 horas semanais (5ACS1). No máximo, sete! *(Famílias visitadas em um dia)* Às vezes eu vou de manhã e outras vezes a tarde, não tem condições de ir todo dia pela manhã e tarde. Mas só que o sistema tem que ser alimentado no período da tarde também, são 79 famílias, tem que visitar ao menos 40 de manhã e 39 à tarde. Eu que vou fazer o meu cronograma, de quantos vou visitar hoje, quantos pela manhã. Quais os dias que ele está de tarde? Que é para chegar naqueles 100% das famílias visitadas ao mês. (1ACS3) *Visitas preventivas:* (...) estou pesando, medindo, olhando a carteirinha do pré-natal, pré-natal quando tem gestante, estou olhando a carteirinha do diabético quando tem, que tem que informar tudinho, estou olhando a carteira de vacina e o preventivo. Eu olho parte da casa, a higiene da casa, eu olho a parte do quintal, as unhas (...) Eu cobro muito da minha área a prevenção (5ACS1) Eu estou acostumado de estar conversando com as famílias, repassando aquilo que é de importância para vivência da família. Aqui a gente trabalha na prevenção. (4ACS2) *Visitas afetivas*: Eles ali eram a minha família. Só de eu chegar assim fazer uma visita, de identificar e fazer a busca da malária, da hanseníase, leishmaniose, das grávidas, tudo isso aí para mim foi a descoberta muito importante para mim e eles me recebiam muito bem. Das vezes que eu ia visitar, já ficava até para o almoço, não só numa casa (2ACS2). Amo o que eu faço, faço por amor, graças a deus e estou aqui até hoje. E podendo ajudar cada vez o próximo que precisa da gente (...) uma experiência ótima como ACS é trabalhar todos os dias, poder ir na casa visitar, escutar, o ACS aqui é tudo, é psicólogo, é amigo, está ali todo momento para a pessoa da área da gente desabafar. (5ACS1) *Visitas clínicas:* Eu primeiro me informo, como é que foi atendido lá né (UBS), o que é que pediram para ele fazer, como é que foi orientado né. As vezes até pego a consulta dele, dou uma espiadazinha né, quando tenho tempo eu repasso, procuro o médico, a enfermeira. Tem uns que tem dúvida do tratamento né. Tem umas letras dos médicos que a gente não entende né. Daí posso ajudar melhor. (4ACS2)

Fonte: Entrevistas da pesquisa

Qualificação do Processo de trabalho dos ACS

No processo de trabalho dos ACS foi identificado um conjunto de ações capazes de potencializar ou limitar o desenvolvimento do seu escopo ampliado de práticas: educação permanente, acompanhamento do trabalho, apoio da gestão e motivação.

O estudo tratou de um aspecto da qualificação, relacionada à educação permanente, embora se reconheça que a formação profissional também tem implicações importantes para a delimitação do escopo de práticas, com efeitos para o processo de trabalho e a valorização profissional dos trabalhadores.

Educação permanente

Em geral, observou-se insuficiência de educação permanente ofertada sistematicamente para os ACS. As SMS concentram alguma formação no momento da entrega da produção (uma vez/mês), que coincide com a busca do salário na sede (para ACS do interior). Contudo, a maior parte dos entrevistados apontou que nem mesmo nestes momentos ocorria algum tipo de capacitação. Em dois municípios, os ACS passaram por treinamento na implantação do e-SUS AB (1ACS3/5ENF1), para aprender a aferir pressão arterial (3ENF2/1ACS3), e um deles destacou a importância do NASF na sua atuação (1ACS3/1ENF1). Uma das consequências da insuficiência de capacitação eram orientações de saúde dos ACS pautadas por experiências pessoais.

Acompanhamento do trabalho do ACS

As enfermeiras das equipes ou a coordenação da AB eram as responsáveis pela supervisão, que ocorria de forma variada entre os municípios e com baixa frequência. Em geral, os ACS da sede possuíam um diálogo mais frequente com as enfermeiras e os ACS do interior, muitos de antigas equipes PACS, tinham maior relação com a coordenação AB.

Supervisão dos ACS e reunião de equipe foram mencionadas nas entrevistas com o mesmo sentido. Em geral, a supervisão é realizada em reuniões da equipe, pouco frequentes, sem participação de todos os membros e, muitas vezes, reduzidas à verificação de produção dos ACS (3ENF1/2ENF1/1ENF1/1ENF2). Uma das enfermeiras realizava supervisão direto com a população, verificando o “desempenho” dos ACS por questionários, condução aparentemente de lógica punitiva (5ENF1). Um dos ACS citou que nessas reuniões, a enfermeira realiza o controle da produção de VD por assinatura em ficha específica. (1ACS3)

Outros temas nas reuniões de equipe foram organização de atividades de educação em saúde, mobilização para campanhas de vacinação, organização de atendimentos na UBS, ou tema específico de alguma comunidade.

A frequente carência de profissionais, com elevada rotatividade de médicos e enfermeiros, dificultava o trabalho do ACS e sua educação permanente. Na área rural, os ACS pouco participavam do cotidiano das equipes, cujo contato limitava-se a escassas VD acompanhando outros profissionais.

Apoio da gestão municipal (insumos e transporte)

O apoio material para o trabalho dos ACS variou entre os municípios. Equipamentos de proteção individual (EPI) e materiais para o trabalho do ACS no território eram disponibilizados, em parte ou em seu conjunto pelos gestores. Dentre os EPI foram citados bota, boné, protetor solar, uniforme. Os materiais incluíram bolsa/mochila, balança, esfigmomanômetro, soro de reidratação oral, hipoclorito e *tablet*. Contudo, muitas vezes, faltava a reposição de ambos (5ACS2/3ACS1/2ACS2). Em geral, os ACS de áreas rurais possuíam balança e esfigmomanômetro.

Os ACS sinalizaram a necessidade de apoio municipal para maior disponibilidade de transporte para VD e para pacientes. Para seu trabalho utilizam diversificados tipos de transporte: cavalo, bicicleta, moto e pequenas embarcações (bajara/rabeta/canoa).

Em quatro municípios, observou-se fornecimento de bicicletas, canoas, motos institucionais e/ou cota mensal de combustível para os ACS (1ENF2/2ACS2/5ACS2/4ACS2), contudo, em três havia descontinuidade no fornecimento (2ACS2/4ACS2/5ACS2). Apesar de dificuldades com transporte, os ACS não deixavam de informar e mobilizar a população, muitas vezes com recursos próprios.

Motivação dos ACS

Os ACS mostraram-se muito motivados para desempenhar o seu trabalho, especialmente os do interior. Em geral, haviam ingressado sem conhecimento sobre a função, mas durante a atuação percebiam sua importância: "*A comunidade ensina como podemos ajudar*" (5ACS3). *"Trazer a realidade da família até a equipe"* (1ACS3), é como outro ACS define uma das suas funções mais importantes.

Quadro 3. Qualificação para o processo de trabalho do ACS, municípios rurais remotos, Oeste do Pará, Brasil, 2019

TIPOS DE AÇÕES	RELATOS DOS ENTREVISTADOS
Educação permanente	Difícil a gente ter treinamento, e a gente precisa, vou dizer que eu pesquiso muita coisa na internet quando tenho dúvida (2ACS1). Os agentes receberam treinamento quando chegaram, todos eles passaram um período de dois meses de treinamento. (1ENF2)
Acompanhamento do trabalho dos ACS	A equipe que se reúne é só dos ACS com a equipe de enfermagem, médico de vez em quando, mas é raro fazer uma reunião com toda a equipe, porque geralmente nem todos estão presentes na reunião mas não é tão frequente não essa reunião. É uma vez por mês com os ACS (3ENF1). Na reunião de equipe participa a enfermeira responsável pelo posto, que recebe a produção e aí tem aquelas fichas das famílias que visitamos e a família assina, ela vai olhar tudo para poder assinar e devolver para gente. (...) Sempre nessas reuniões, é só para assinar mesmo que fizemos as visitas e fazer as orientações que a enfermeira acha cabível. (1ACS3)
Apoio da Gestão municipal (insumos e transporte)	*Apoio de materiais para o trabalho:* A balança, a mochila, a farda, o material, a máquina calculadora, todas essas coisas a gente tem. Prefeitura é que dá (2ACS2). Quando eu tinha o meu aparelho de PA, eu contribuía nessa outra parte também de verificação semanal né ou de 15 em 15 dias. Dependendo da necessidade eu voltava as vezes cinco dias, verificando para ver se tinha controlado ou não. Agora não. (5ACS2) *Apoio de transporte para as visitas*: Agora tem carro lá dentro da comunidade, tem carro no posto de saúde, fica disponível o carro e voadeira, mas é mais para as urgências (2ACS2). Alguns tem canoa ou moto que foram dadas pela Secretaria (5ENF2). Parte da gasolina sim, mas eles entram com 17 litros de gasolina, o que não dá para fazer o serviço. Essa é a gasolina que eles fornecem para mim trabalhar no meu transporte próprio (5ACS2). A Secretaria não me dá transporte nenhum, nada. A moto é minha, a gasolina tudo é eu que compro. Mas segundo a secretária vai me ajudar, mas as outras que vieram nunca me ajudaram em nada. (4ACS2) *Integração na equipe:* Eu acho que assim o nosso maior desafio quanto ACS é na questão da equipe, porque muitas das vezes começa um trabalho de enfermeiro, aí não chega a durar nem seis meses. (…) Aí quando a gente está começando esse trabalho enfermeiro sai, aí vem outro, a gente tem que começar tudo de novo para aquele comunitário ter a mesma credibilidade. Então para a gente isso um desafio constante, quase que anualmente. (3ACS2)
Motivação dos ACS	Eu acho que isso aí já vem da vocação da gente. (...) Eu tinha esse sonho (*de trabalhar na saúde)* e graças a Deus até hoje eu lembro disso e gosto sim do meu trabalho, mesmo todo dia de pé, corria para voltar. Eu estou acostumada de estar conversando com as famílias, repassando aquilo que é de importância. Aqui a gente trabalha na prevenção. (4ACS2) Eles falam que nunca vão me esquecer e eu não vou esquecer eles porque eles são minha família. Vivi 18 anos lá (...) Eu conquistei de um por um, fui conquistando e conquistei o povo inteiro. (2ACS2) Eu gosto do que eu faço, me sinto bem profissionalmente, eu não pretendo escolher outra profissão por enquanto e ainda chegar e a pessoa dizer assim "Ah, eu consegui isso porque tu me falou, senão não teria ido nem atrás", assim, a gente se sente maravilhado (...) Eu fico feliz em ser ACS e pretendo ser até quando deus quiser. (1ACS1)

Fonte: Elaboração própria

DISCUSSÃO

O ACS é um profissional de saúde singular com atribuições gerais na prevenção, promoção e proteção à saúde, e com papel de mediação social como agente político no território[21,23]. Na presente análise identificou-se componentes do processo de trabalho dos ACS que indicam um escopo ampliado de práticas em MRR como acompanhamento familiar, cuidados e medidas preventivas individuais, abordagem coletiva/comunitária e atividades administrativas, tendo como atividade principal, as VD; além de aspectos da qualificação do seu trabalho.

Os ACS têm um papel fundamental em articular ações entre famílias, usuários e serviços de saúde, fortalecendo vínculo, comunicação e desenvolvendo escopo amplo de ações de saúde[20,26,29]. Nesta pesquisa, o acompanhamento familiar pelos ACS enfatizou a

identificação de problemas de saúde e de famílias de maior vulnerabilidade social, por meio da VD. Entre os cuidados e medidas preventivas individuais, os ACS acompanhavam os usuários de programas prioritários de saúde pública, orientavam quanto à atualização vacinal e realizavam, de forma irregular, busca ativa de faltosos. Abordagens comunitárias e integração com outros serviços foram menos observadas, pontualmente no acompanhamento do PBF e PSE. Atividades administrativas concentraram-se na produção no e-SUS AB, orientações sobre funcionamento da UBS e comunicação do agendamento de consultas/exames na atenção secundária.

Os ACS de localidades do interior apresentaram escopo de práticas mais abrangente quando comparados aos da sede dos municípios. Uma das principais especificidades das UBS rurais foi uma razoável capacidade de procedimentos individuais e atendimentos de urgência. O trabalho dos ACS incluiu procedimentos clínicos no domicílio e práticas individuais como aferição de pressão arterial, entrega de medicamentos, distribuição de hipoclorito, atendimento de urgências, apoio no transporte de enfermos, coleta de material para exame de malária, assim como em outros estudos[29,30]. Entretanto, estudo recente problematiza a ampliação das funções dos ACS quanto aos riscos de sobrecarregar seu processo de trabalho e fragilizar sua atuação comunitária[26].

Ainda assim, na realidade rural, procedimentos clínicos realizados por ACS são uma necessidade, identificada em países como Canadá e Austrália com programas de saúde rural em seus sistemas nacionais de saúde, dadas as dificuldades de acesso geográfico a profissionais e serviços de saúde[13,31]. Um exemplo são os paramédicos comunitários, no Canadá, com atuação voltada ao atendimento do idoso, doenças crônicas, promoção da saúde e respostas a emergências[32,33]. Contudo, além de contextos socioeconômicos distintos, alerta-se que nesses países, os profissionais têm uma formação abrangente para atuação[33], diferente da realidade brasileira onde a formação técnica é insuficiente[34] e ainda tem baixos investimentos. Recente legislação brasileira (Lei nº13.595/2018 – “Ruth Brilhante”) aponta para inclusão de alguns procedimentos clínicos específicos para os ACS com curso técnico, em caráter excepcional.

Os ACS entrevistados, eram ainda, os principais responsáveis pela informação sobre atenção especializada chegar ao usuário do interior, avisando a marcação da consulta ao usuário, e à equipe, do retorno deste ao domicílio, o que sinaliza contribuição desse profissional para a continuidade do cuidado.

As VD em territórios rurais remotos constituem a principal forma de contato dos

serviços de saúde com os usuários, ampliando o acesso aos cuidados. O ACS representa e torna presente o serviço de saúde em localidades onde não é possível estruturar UBS e equipes. Considerando-as imprescindíveis na promoção da saúde e prevenção de agravos na APS[20,35], compreende-se que as VD podem atender a diferentes objetivos, visto a atuação abrangente que o ACS pode desenvolver.

Observaram-se diversas abordagens durante as visitas[35,36], havendo maior ênfase nas visitas dos ACS a famílias com algum agravo, que, em nosso estudo, foi categorizada como *visita clínica*. Essa característica é resquício de um modelo de atenção centrado no cuidado individual[35,37] e de indução pela gestão dos serviços, quando estabelece prioridades para as VD dos ACS. As VD fazem com que o processo de trabalho do ACS contribua para maior acesso, continuidade do cuidado e formação de vínculos entre profissionais e usuários[23] com componentes de *visita afetiva* e melhor compreensão das necessidades das famílias acompanhadas[35,38] aqui caracterizada como *visita preventiva*.

Há, assim, grande potencialidade no trabalho dos ACS, na identificação e desenvolvimento de ações que atendam às necessidades e especificidades da população sob sua responsabilidade[39,40], e na contribuição para práticas mais democráticas nas relações serviços de saúde-população[41], embora sua atuação seja mais focada em orientações individuais e domiciliares do que coletivas.

A amplitude do processo de trabalho do ACS, expresso nas dimensões da VD reafirma sua imprescindibilidade nas áreas rurais amazônicas e atenta para os riscos de equipes sem ACS, resultados que se contrapõem às proposições da PNAB 2017, que admite equipes sem a presença ou com redução do número de ACS na ESF[24].

Os ACS desenvolvem um trabalho autônomo, de certa forma isolado (nem sempre possuem equipes ou contato com elas) e pouco supervisionado (ACS rurais vão somente uma vez/mês na UBS ou na sede). Em geral, se relacionam somente com o enfermeiro supervisor e não com toda a equipe, sinalizando baixa integração com a equipe e certa fragmentação nas suas práticas nas VD, similar a outros estudos[23,36]. Tal situação dialoga com a falta de um modelo de organização da APS que incorpore especificidades das áreas remotas e esparsas.

A atuação isolada (geograficamente e em termos de equipe) tem gerado a demanda por desempenho de um papel mais clínico dos ACS rurais, motivando alguns pela formação em técnico de enfermagem, em uma lógica por vezes de atuação substitutiva. Fausto et al.[19] apontam essa dimensão mais técnica que política no trabalho do ACS presente também nas metrópoles. Mas como potencializar o papel do ACS como

“sentinela do cuidado”, identificando necessidades e acesso oportuno? É preciso construir propostas que reconheçam as especificidades e moldem o cuidado ofertado em função da realidade rural. Além da integração com a equipe, menor quantidade de população sob responsabilidade dos ACS rurais deve ser incorporada a políticas e programas da APS para contextos rurais.

A centralidade do processo de trabalho do ACS nas ações no território, junto às famílias e na abordagem individual, acentuada em territórios rurais remotos, foi destacada pelas enfermeiras entrevistadas. Baptistini e Figueiredo[29] mostram que mesmo com importantes desafios, os ACS não se recolhem nas UBS alegando dificuldades, mas criam alternativas, como trocar a moto pela bicicleta ou ir a pé, e buscam formas diferenciadas de viabilizar sua prática profissional no território. Diversidade de territórios exige multiplicidade de práticas profissionais.

Os ACS reconheciam a importância de seu trabalho para a UBS e para a comunidade, o que resulta em motivação e satisfação pessoal. Foi comum a percepção de utilidade do seu trabalho, seja impactando as condições de saúde dos usuários, seja no vínculo com as famílias, conforme outros estudos[40,23,32]. Como possuíam muitos anos de atuação, o vínculo comunitário foi relatado pelos ACS como importante fator de motivação. Potencializar e qualificar seu trabalho no território, sobretudo em áreas rurais, resultaria em melhorias no acesso aos serviços de saúde e continuidade do cuidado à população.

A literatura sugere que experiências de trabalho do ACS em países de renda média e baixa podem ser bem sucedidas se os ACS forem fortemente conectados à comunidade, com papel bem definido e integrados no sistema formal de saúde[15,42]. Abordagens de sucesso se baseiam em necessidades locais, gestão eficaz, treinamento adequado, supervisão, motivação, financiamento e aceitabilidade do programa pelas comunidades. O presente estudo revela que ACS de áreas rurais necessitam de maior apoio material, de transporte, supervisão, educação permanente e formação técnica estruturada, condizentes com sua prática profissional, corroborando outras pesquisas[24,43]. Insuficiência na formação profissional técnica, relações hierárquicas no trabalho em equipe, falta de apoio e equipamentos são formas de desvalorização do trabalho do ACS[34].

No Brasil, é necessário avançar em um modelo de organização da APS que incorpore especificidades das áreas remotas e esparsas e responda às fragilidades de formação técnica e fragmentação do trabalho do ACS. O trabalho diferenciado do ACS rurais é um certo arranjo de acesso, consideradas as dificuldades de manter equipes

completas e UBS equipadas respondendo às características do território - grandes distâncias e populações esparsas, condição, contudo, que deve ser buscada ainda que incorra em "deseconomia de escala" como apontado por Wakerman[13].

O conjunto ampliado de práticas dos ACS colocam esse profissional como relevante ator para promover cuidados, facilitar o acesso da população rural à rede de atenção à saúde e como um mediador na transformação das práticas de saúde. No contexto rural amazônico não existe atenção básica sem ACS. Famílias sem VD do ACS, muitas vezes, são excluídas do direito integral e universal à saúde. O ACS mostrou-se como principal vínculo dos serviços de saúde com a comunidade, muitas vezes o único representante do Estado na localidade, configurando-se como elo real entre a população ribeirinha/rural e o serviço de saúde.

É necessário retirar o ACS rural do lugar de uma atuação substitutiva e de cuidado isolado para valorizá-lo a partir de iniciativas de qualificação, apoio e integração à equipe, de forma a ampliar as oportunidades de acesso e de consolidação do direito à saúde. Nesse sentido, são necessárias políticas que reconheçam as especificidades dos territórios e "modelem" o cuidado ofertado em função da realidade dos MRR amazônicos.

REFERÊNCIAS

1. McGrail M, Humphreys J. The index of rural access: An innovative integrated approach for measuring primary care access. BMC health services research. 2009; 9(1):124.
2. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. Family Practice. 2003; 20(4):457-463.
3. Working Party on Rural Practice (WONCA). Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(Suppl 1):15-24.
4. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; 6:1465-1858.
5. Chan L, Hart LG, Goodman DC. Geographic access to health care for rural Medicare beneficiaries. J Rural Health. 2006; 22(2):140-146.
6. International Labour Office (ILO). Global evidence on inequities in rural health protection. New data on rural déficits in health coverage for 174 countries. ESS. 2015; 47:1-69.
7. Alston M, Allan J, Dietsch E, Wilkinson J, Shankar J, Osburn L, et al. Brutal neglect: Australian rural women's access to health services. Rural Remote Health. 2006; 6(1):475.
8. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004; (1):CD003798.

9. Andrade MV, Noronha KVMS, Menezes RM, Souza MN, Reis CB, Martins DR, et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. Economia Aplicada. 2013; 17:623-45.
10. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. Health Aff (Millwood). 2010; 29:2149-60.
11. Bortolotto CC, Loret de Mola C, Tovo-Rodrigues L. Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. Rev Saude Publica. 2018; 52(Supl1):4s.
12. Confalonieri UEC. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. Estudos avançados. 2005; 19(53):221-236.
13. Wakerman J, Humphreys JS, Wells R, Kuipers P, Entwistle P, Jones J. Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. BMC Health Serv Res. 2008; 8:276.
14. Wong ST, Regan S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. Rural Remote Health. 2009; 9(1):1142.
15. Pallas SW, Minhas D, Pérez-Escamilla R, Taylor L, Curry L, Bradley EH. Community health workers in low- and middle-income countries: what do we know about scaling up and sustainability? Am J Public Health. 2013; 103(7):e74-e82.
16. Giugliani C, Harzheim E, Duncan MS, Duncan BB. Effectiveness of Community Health Workers in Brazil: A Systematic Review. Journal of Ambulatory Care Management. 2011; 34(4):326-338.
17. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, Van Wyk B, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. Cochrane Database Syst Rev. 2010; (3):CD004015.
18. Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. Physis: Rev. Saúde Coletiva. 2005; 15(Suplemento):225-264.
19. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Andrade CLT et al. The work of community health workers in major cities in Brazil: mediation, community action, and health care. Journal of Ambulatory Care Management. 2011; 34(4):339-353.
20. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. Physis. 2011; 21(3):899-916.
21. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, et al. (Org.) Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012; 493-545.
22. Santos LPGS, Fracolli LA. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. Rev. esc. enferm. USP. 2010; 44(1):76-83.
23. Alonso CMC, Beguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. Rev. Saúde Pública. 2018; 52(14).
24. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. Saúde em Debate. 2018; 42(spe1):261-274.
25. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde em Debate. 2018; 42(spe1), 38-51.

26. Silva TL, Soares NA, Lacerda GA, Mesquita JFO, Silveira DC. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Saúde em Debate. 2020; 44(124):58-69.
27. 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, 2018.
28. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.
29. Baptistini RA, Figueiredo TAM. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. Ambiente e sociedade. 2014; 17(2):53-70.
30. Okwundu CI, Nagpal S, Musekiwa A, Sinclair D. Home- or community-based programmes for treatingmalaria (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; 55:CD009527.
31. Haggerty JL, Roberge D, Lévesque JF, Gauthier J, Loignon C. An exploration of rural-urban differences in healthcare-seeking trajectories: implications for measures of accessibility. Health Place. 2014; 28:92-98.
32. Martin A, O'meara P, Farmer J. Consumer perspectives of a community paramedicine program in rural Ontario. Australian Journal of Rural Health. 2016; 24(4):278-83.
33. O'Meara P, Ruest M, Stirling C. Community paramedicine: Higher education as an enabling factor. Australasian Journal of Paramedicine. 2014; 11(2).
34. Nogueira ML. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. Saude e sociedade. 2019; 28(3):309-323.
35. Nunes CA, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Pinto Júnior EP, Luz LA. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. Saúde debate. 2018; 42(n. spe2):127-144.
36. Gaíva MAM, Siqueira VCA. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. Ciênc Cuid Saúde. 2011; 10(4):697-704.
37. Pereira IC, Oliveira MAC. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2013; 66(3):412-419.
38. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. A visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto & contexto enferm. 2008; 17(1):131-40.
39. Lopes RE, Malfitano APS, Palma AM, Furlan PG, Brito EM. Educação e saúde: territórios de responsabilidade, comunidade e demandas sociais. Revista Brasileira de Educação Médica. 2012; 36(Suppl.1):18-26.
40. Arboit J, Costa MC, Silva EB, Colomé ICS, Prestes M. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por ACS. Saúde e Sociedade. 2018; 27(2):506-517.
41. Stotz EN, David HMSL, Bornstein VJ. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. Revista de APS. 2009; 12(4):487-497.
42. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18(7):2147-2156.
43. Oliveira Júnior, JG. Agentes comunitários de saúde: fatores restritivos e facilitadores do seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família. [Dissertação]. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro; 2012. 137p.

ARTIGO 2. BARREIRAS DE ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS DO OESTE DO PARÁ[16]

Juliana Gagno Lima, Ligia Giovanella, Aylene Bousquat,
Márcia Cristina Rodrigues Fausto e Maria Guadalupe Medina

RESUMO

O artigo analisa o acesso à atenção primária à saúde (APS) no SUS em cinco municípios rurais remotos do Oeste do Pará, discutindo as principais barreiras e desafios para o acesso e especificidades dos territórios rurais. O estudo qualitativo abrangeu visitas a Unidades Básicas de Saúde (UBS) e entrevistas com gestores municipais (10), agentes comunitários de saúde (ACS) (12), enfermeiros (11) e usuários (25). As dimensões de análise incluíram: acessibilidade geográfica à UBS, acessibilidade organizacional na APS, UBS como serviço de primeiro contato e APS na rede de atenção à saúde. Barreiras de acesso geográfico destacam-se pelas grandes distâncias, tempos, custos, precárias condições das vias e transportes, com variação sazonal. Na acessibilidade organizacional observou-se oferta insuficiente de consultas, exames e medicamentos, restrição nos dias de funcionamento das UBS e ações itinerantes, decorrentes da rotatividade profissional. UBS e ACS foram indicados como serviço de primeiro contato, com procura condicionada à resolutividade e satisfação percebidas. O suporte da rede de atenção especializada é precário, com dificuldades de oferta, regulação, transporte e comunicação entre serviços APS e especializados. O cenário socioambiental amazônico requer estratégias singulares para oferta e organização dos serviços e não pode ser obstáculo à garantia do direito à saúde.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde; saúde rural; atenção primária à saúde.

Barriers to access to Primary Health Care in remote rural municipalities in western Pará State

ABSTRACT

This article examines access to primary health care (PHC) in Brazil's national health service, the SUS, in five remote rural municipalities in western Pará State, to discuss the main barriers and challenges to access and the specificities of rural territories.

[16] Artigo submetido à revista Saúde e Sociedade, em junho de 2021.

The qualitative study comprised visits to basic health units (UBS) and interviews of 10 municipal managers, 12 community health workers (CHW), 11 nurses and 25 users. The analytical dimensions include the UBS's geographical accessibility, organisational accessibility in PHC, the UBS as first-contact service and PHC integrated in the healthcare system. Geographical barriers to access were particularly prominent, given the long distances, travel times, costs, the precarious state of roads and public transport, with seasonal variations. Organisational accessibility suffered from insufficient supply of appointments, tests and medicines, the restrictions on the UBSs' opening times and itinerant activities resulting from staff turnover. UBSs and CHWs were identified as first-contact services, but utilisation hinged on perceived resolution and user satisfaction. Support from specialised care was precarious, with difficulties in supply, regulation, transport and communications between PHC and specialised services. In the Amazon, the socio-environmental scenario demands unique supply and organisational strategies and cannot be an obstacle to a guaranteed right to health.
Keywords: health service access; rural health; primary health care.

INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde é um tema complexo e multifacetado. A despeito das variações conceituais, é central a compreensão dos fatores que interferem na capacidade dos indivíduos receberem os cuidados adequados e de qualidade, conforme suas necessidades, em tempo oportuno. O acesso se expressa no grau de facilidade dos usuários obterem cuidados de saúde no momento de necessidades (Russel et al, 2013); na disponibilidade de recursos em determinado tempo e local (Donabedian, 2003), e sob o ponto de vista das populações, trata-se da capacidade de perceber, procurar, alcançar e se envolver com os serviços de saúde (Levesque et al, 2013).

Mundialmente, a garantia de acesso aos serviços de saúde é um desafio ainda maior para as populações rurais, exigindo políticas públicas de saúde específicas (Haggerty et al, 2014). Este desafio ganha singularidade na Amazônia, devido as suas características geográficas e climáticas, grande dispersão populacional, longas distâncias e tempos de deslocamento, insuficiência da oferta, dificuldades de fixação de trabalhadores de saúde, concentração de serviços especializados nas capitais, dificuldades estruturais de transporte, saneamento e comunicação, além de baixa renda da população. Todos esses aspectos contribuem para o aprofundamento das desigualdades de acesso à saúde para as populações rurais (Garnelo et al, 2017).

Conhecer as especificidades das barreiras de acesso nessas regiões é importante requisito para o planejamento de ações e formulação de políticas específicas. Embora a existência de barreiras geográficas seja abordada nos diferentes contextos amazônicos, essa discussão parece ganhar mais visibilidade, equivocadamente, como justificativa para insuficiências nos resultados em saúde, do que para o planejamento de ações (Garnelo, 2019).

O objetivo deste artigo é analisar o acesso da população à atenção primária a saúde no SUS em municípios rurais remotos do Oeste do Pará, discutindo as principais barreiras e desafios para o acesso e as especificidades de distintos territórios.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo derivado da pesquisa nacional "Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais e Remotos no Brasil" que estudou municípios brasileiros, classificados como rurais remotos, conforme tipologia rural-urbano do IBGE, de 2017 (Fausto et al, 2020).

O contexto deste estudo são municípios rurais remotos (MRR) do Oeste do Pará, que compõem a 9ª Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Pará, com população estimada em 2019 de 927.553 pessoas e 20 municípios, dos quais oito são classificados pelo IBGE como MRR.

Dentre os oito MRR da região, foram selecionados intencionalmente cinco municípios– Prainha, Aveiro, Curuá, Rurópolis e Jacareacanga– com diferentes características socioeconômicas e geográficas: extensão territorial, presença de populações tradicionais, PIB per capita, população em situação de pobreza e localização segundo fluxos fluviais ou terrestres.

O trabalho de campo ocorreu entre maio e outubro de 2019, com realização de entrevistas presenciais gravadas a partir de instrumento semiestruturado e visitas a Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma localizada na sede e outra no interior, em cada município, dada a existência de condições de acesso diferenciadas. Foram analisadas 58 entrevistas com perspectivas complementares dos diferentes atores: 10 gestores municipais (secretários de saúde – GM1 e coordenadores de Atenção Básica – GM2), 11 enfermeiros (ENF1 sede e ENF2 interior); 12 agentes comunitários de saúde (ACS1 sede, ACS2 interior) e 25 usuários de UBS (USU1 sede e USU2 interior) (Tabela 1). Os usuários da UBS foram selecionados na sala de espera das UBS.

Alguns autores empregam os termos acesso e acessibilidade como sinônimos e

outros diferenciam os conceitos. Enquanto o acesso centra-se na existência e disponibilidade dos serviços ou entrada inicial no serviço, a acessibilidade trata da composição entre necessidades de saúde, busca pelo serviço, entrada no serviço e continuidade dos cuidados. A acessibilidade é impactada pela relação entre obstáculos (ecológicos, financeiros e organizacionais) e capacidade da população superar esses obstáculos – em termos de tempo, transporte e recursos financeiros (Frenk, 1992; Travassos e Martins, 2004). No presente estudo entende-se a acessibilidade como a relação entre a oferta de serviços de saúde e as características dos usuários, que influenciam a busca e a utilização dos serviços. Distinguem-se a acessibilidade organizacional referente às características da oferta de serviços, e, a acessibilidade geográfica relacionada a aspectos geográficos que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas utilizarem os serviços (Donabedian, 2003; Silva Júnior et al, 2010; Oliveira et al, 2012).

A matriz de análise deste estudo contemplou quatro dimensões: acessibilidade geográfica, acessibilidade organizacional, UBS como serviço de primeiro contato e APS na rede assistencial de saúde (RAS). A acessibilidade geográfica envolve localização da oferta e dos usuários, transporte, distância, tempo de viagem e custos. A acessibilidade organizacional contempla disponibilidade – volume, tipo de serviços, necessidade dos usuários e adequação funcional –, modo de organização da oferta para acolher os usuários e capacidade desses usuários de se acomodarem aos fatores de oferta (Assis e Jesus, 2012). A UBS como serviço de primeiro contato é influenciada tanto por aspectos geográficos como organizacionais e a APS na RAS visa expressar o papel da APS como centro de comunicação com toda a rede e o suporte dessa RAS à APS para um cuidado integral aos usuários.

A análise temática de conteúdo das entrevistas incluiu as etapas de pré-análise e exploração do material, categorizando as falas a partir das dimensões preestabelecidas, tratamento dos resultados com categorização, seleção de trechos significativos e interpretação com identificação dos núcleos de sentido (Bardin, 2011; Minayo, 1998). Os entrevistados foram codificados por número do município, seguido de abreviação da categoria do sujeito entrevistado, acrescido de número 1 para sede e 2 para área do interior. Foram analisados dados primários das entrevistas realizadas e relatórios de campo com registros das visitas. A análise foi feita considerando dois diferentes tipos de territórios: Norte Águas e Norte Estradas, conforme classificação da pesquisa nacional e explicitado no contexto, a seguir.

Tabela 1. Perfil dos gestores, enfermeiros, ACS e usuários entrevistados em municípios rurais remotos, Oeste do Pará, Brasil, 2019

		Gestores	Enfermeiros	ACS	Usuários
Municípios por território	**Norte Águas**	6	6	7	16
	Aveiro	2	2	2	5
	Curuá	2	2	2	5
	Prainha	2	2	3	6
	Norte Estradas	4	5	5	9
	Jacareacanga	2	3	2	4
	Rurópolis	2	2	3	5
Tipo de equipes	ESF sede	-	9	10	-
	EACS	-	2	2	-
Localização da UBS	Sede	-	5	5	12
	Interior	-	6	7	13
Sexo	Feminino	8	11	9	17
	Masculino	2	0	3	8
Idade	18-28 anos	0	4	0	12
	29-39 anos	8	4	8	3
	40-50 anos	1	2	3	1
	51 anos ou mais	1	1	1	9
Tempo de atuação em APS	Até 2 anos	3	8	0	-
	3-6 anos	1	1	4	-
	11 anos ou mais	1	2	8	-
Escolaridade	Sem escolaridade	0	0	0	3
	Ensino fundamental incompleto	0	0	0	6
	Ensino fundamental completo	0	-	1	8
	Ensino médio completo	2	-	9	7
	Graduação	3	5	2	1
	Pós-graduação em saúde	5	6	0	0
Participação em órgão colegiado	Sindicato dos trabalhadores de saúde pública	0	0	8	-
	Conselho Municipal de Saúde	7	0	0	-
Vínculo Servidor público municipal	Sim	3	3	12	-
	Não	7	8	0	-
Total por categoria		**10**	**11**	**12**	**25**
Total de entrevistados: 58					

Fonte: Elaboração própria

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – CEP/ENSP/FIOCRUZ, CAAE 92280918.3.0000.5240 e parecer nº 2.832.559.

RESULTADOS

Contexto dos municípios estudados

Os MRR estudados situam-se na região amazônica, são de pequeno porte, com mais da metade de população rural, baixa densidade demográfica, pequenas vilas/comunidades/colônias dispersas no território e baixo IDH (Tabela 2).

Nos MRR classificados como Norte Águas – Prainha, Aveiro e Curuá –, o acesso

geográfico ocorre predominantemente por via fluvial. São municípios mais antigos, onde a dinâmica dos rios modifica os modos de vida, molda as formas de ir e vir e possibilita a conexão entre pessoas, serviços e instituições (Schweickardt et al, 2019). Os três municípios têm em comum: alto percentual de população cadastrada no Programa Bolsa Família (PBF), demonstrando haver nestes territórios alta vulnerabilidade social, áreas de preservação ambiental (exceto Curuá) e comunidades ribeirinhas.

Os MRR Norte Estradas, Rurópolis e Jacareacanga, caracterizam-se por desenvolvimento mais recente, a partir da expansão de rodovias, em especial, rodovias Transamazônica (BR-230) e Santarém-Cuiabá (BR-163), com grandes trechos sem pavimentação e em condições precárias. Sua criação foi motivada por projetos desenvolvimentistas e pela abertura das rodovias para escoamento de produção. Rurópolis localiza-se no entroncamento dessas duas rodovias e possui mais de 40 mil habitantes. Jacareacanga possui o maior PIB per capita da região, alto percentual de população indígena, imensa área territorial envolta em violentos conflitos de terra e ambientais especialmente relativos ao garimpo e aos empreendimentos como usinas hidrelétricas.

Tabela 2. Indicadores demográficos e socioeconômicos dos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2020

	Rurópolis	**Jacareacanga**	**Aveiro**	**Curuá**	**Prainha**
Tipo de território[1]	Norte estradas	Norte estradas	Norte águas	Norte águas	Norte águas
Principal rio ou rodovia de acesso	BR-163 e BR-230	BR-230	Rio Tapajós	PA-254; Rio Curuá/ Amazonas	Rio Amazonas
Ano de instalação[2]	1989	1993	1961	1997	1935
Indicadores demográficos (2020)					
Estimativa da população total[2]	51.500	41.487*	16.404	14.587	29.846
% da população urbana[3]	38,0%	35,0%	20,0%	47,0%	31,0%
% da população rural[3]	62,0%	65,0%	80,0%	53,0%	69,0%
Área territorial (km^2) [2]	7.021	53.304	17.074	1.431	14.786
Densidade demográfica (hab/km^2)	7,33	0,78	0,96	10,20	2,02
Principais grupos familiares/ Populações tradicionais[4]	Agricultores familiares e assentados de reforma agrária	Indígenas, ribeirinhos, agricultores familiares, pescadores e garimpeiros	Ribeirinhos, agricultores familiares, assentados de reforma agrária, pescadores artesanais e indígenas	Pescadores artesanais, agricultores familiares e ribeirinhos	Agricultores familiares, pescadores artesanais, ribeirinhos, extrativistas e quilombolas
Área de preservação ambiental[5]	FLONA Tapajós	APA Tapajós	RESEX Tapajós-Arapiuns; FLONA Tapajós	Não possui	Reserva extrativista Renascer
Indicadores socioeconômicos					
PIB per capita[2] em reais (2018)	7.077	51.864	7.212	8.770	9.660
IDHM[2] (2010)	0,548	0,505	0,541	0,578	0,523
% população em domicílios com banheiro e água encanada[2] (2019)	27,7	20,5	24,1	19,1	16,0

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Pessoas com renda domiciliar menor que ½ salário mínimo[6] (2020)	16.438 (31,9%)	14.097 (33,9%)	9.317 (56,7%)	10.856 (74,4%)	31.272 (104,7%)
% população beneficiária do Programa Bolsa Família[4] (2020)	27,4%	27,0%	48,5%	61,3%	93,5%

*: Nº de habitantes conforme Processo Judicial nº 798-41.2011.4.01.3902, Seção Judiciária de Itaituba-PA. Nº de habitantes estimados de acordo com o Censo (2010): 14.103

Fontes: **1:** Projeto de Pesquisa de Fausto et al. (2018). Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil. https://cee.fiocruz.br/?q=node/929. Acesso em 21/10/2019; **2:** IBGE, Cidades. https://cidades.ibge.gov.br/brasil/. Acesso em: 22/03/2021; **3:** http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/planilha. Acesso em 23/03/2021. **4:** MOPS - Mapas Estratégicos para Políticas de Cidadania – competência dez/2020. https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/relatorios/cidadania/. Acesso em: 22/03/2021; **5:** Instituto Socioambiental (ISA). https://uc.socioambiental.org/mapa. Acesso em 23/03/2021. **6:** MOPS – Mapas Estratégicos para Políticas de Cidadania – competência dez/2020. https://cecad.cidadania.gov.br/painel03.php# – Acesso em 22/03/2021.

Acessibilidade geográfica

Condições geográficas influenciam o acesso em todos os municípios, independentemente da maior parte do deslocamento intra e intermunicipal ser através de rios ou de estradas de difícil trafegabilidade. As dificuldades de acesso dos usuários às UBS envolvem distâncias e tempos longos para deslocamento; insuficiência e alto custo do transporte e acesso às comunidades ribeirinhas ou rurais condicionado à sazonalidade – época de chuvas/cheias (“inverno amazônico”) ou de vazante dos rios (“verão amazônico”).

Na época de vazante, algumas comunidades ribeirinhas ficam totalmente isoladas com trajetos em que o deslocamento somente é possível em embarcações pequenas ou a pé. Na época das cheias, as condições de navegação e atracação das embarcações são melhores com maior proximidade aos vilarejos. Os acessos por terra – seja por rodovias ou estradas estreitas sem pavimentação chamadas ramais/vicinais/travessões – são piores no período chuvoso, com alagamentos, riscos de deslizamento e “atoleiros”: Na época da estiagem, esses riscos se reduzem e o tráfego melhora, contudo, poeira intensa dificulta a visibilidade, principalmente para motos, aumentando o risco de acidentes de trânsito e problemas respiratórios.

As longas distâncias e dificuldades de deslocamento se configuram como barreiras de acesso para a população chegar aos serviços, para os profissionais acessarem seus usuários e para a gestão ofertar os serviços necessários. A elevada dispersão populacional é fator limitante para instalação de UBS em pequenas comunidades, o que gera maior necessidade de deslocamentos. Por vezes, usuários acessam UBS de municípios vizinhos limítrofes, por ser mais fácil o acesso.

Os tempos de deslocamento até a UBS mais próxima são mais longos para as comunidades do interior do que para a população que mora na sede municipal, com importante influência sazonal. Dependendo da época, de cheia ou vazante do rio, o tempo

de deslocamento até a UBS mais próxima pode triplicar. Profissionais e usuários de comunidades dos interiores informaram deslocamentos máximos de comunidades vicinais de até 48h em épocas de chuva/cheia; ou, de comunidades ribeirinhas, de até 12h em épocas de estiagem.

Às dificuldades de mobilidade, agregam-se limitações quanto à disponibilidade de transporte. Em geral, não há transporte coletivo nas localidades e o transporte intermunicipal não é diário. O cenário frequente de irregularidade ou ausência de transportes coletivos acentua as dificuldades para a acessibilidade geográfica, agregando situações de agravamento de riscos clínicos e acidentes. Praticamente não há transportes públicos fluviais nas comunidades do interior sendo comuns pequenas embarcações como bajaras/rabetas/canoa/casco. Os custos com combustível para embarcações do interior até a UBS de referência ou até a sede do município são altos. O regime das águas do rio, seguindo o fluxo ou contrafluxo, o tipo e peso de embarcação, a carga e o quantitativo de pessoas impacta diretamente nos tempos de deslocamento e preços de transporte. A depender da potência do motor, uma hora de deslocamento com lancha pode custar R$250,00, valor duplicado se considerado ida e volta. Quando há transporte nas comunidades vicinais, são insuficientes, sendo frequente o uso de transporte escolar para suporte de deslocamento. Há adiamento da busca pelo serviço de saúde, informado por gestores e usuários, consideradas as dificuldades com transporte, tanto em comunidades vicinais como ribeirinhas.

Em contrapartida, usuários residentes na sede relatam poucas dificuldades quanto à distância/tempos de deslocamento. Em geral, vão à UBS a pé, de bicicleta ou moto e chegam entre 10-15 minutos, resultado provavelmente influenciado pela seleção dos usuários entrevistados entre aqueles presentes na UBS no momento da visita, em geral moradores próximos da UBS.

O Quadro 1 sintetiza aspectos comuns e predominantes de acessibilidade geográfica nos MRR Norte Águas e Norte Estradas, ilustrados por falas significativas.

Quadro 1. Acessibilidade geográfica à UBS, Oeste do Pará, 2019

Aspectos comuns dos MRR Norte Águas e Norte Estradas	
MRR com grande extensão territorial e população esparsa	As unidades precisariam ser mais próximas, porém temos um problema na nossa região, que é a distância. Eu não posso colocar uma UBS em cada comunidade, não vou ter 114 UBS *[número de comunidades no interior]*, então o nosso grande problema é a dispersão territorial. (3GM2)
Grandes distâncias	Esse posto está aqui nessa comunidade, então os de outra comunidade têm certa dificuldade para vir (...) Dificuldade maior é essa, essa distância no interior (2GM1) Tem hipertenso que mora daqui a 60 quilômetros, atravessando lama. Demora umas duas horas e meia para chegar aqui. (...) Vem de carro escolar, vem de moto. (5USU2)
Longos tempos para	P: Qual o tempo que o usuário leva para chegar na sua UBS de referência? R: Mais longe

deslocamento entre comunidade e UBS	que vem para cá é a *[comunidade rural*], leva 3 horas, de lancha. De bajara, eles têm que sair 10h da noite para amanhecer aqui umas 7h. (3GM2) Na cidade uns 20min *[para chegar à UBS mais próxima]*. Das áreas ribeirinhas, as pessoas vêm ou de voadeira ou de estradas e tem áreas que é de avião (...) de avião, dá 1h30min; de voadeira, um dia; de carro, dois dias e meio. (2ENF2)
Usuários buscam atendimento em municípios vizinhos por menor distância	Nós temos ali a região *[rural]* que fica quase na divisa, um lado é *[o nosso município]* e do outro lado é *[outro município]*, e para eles é bem mais perto ir para lá do que vir para cá. Essas pessoas não vêm para cá em casos de emergência, porque até chegar aqui, primeiro que teria que vir por transporte fluvial, que não seria viável, até conseguir voadeira para cá, e, para lá *[outro município]*, a enfermeira chama a ambulância e manda levar. (5GM2)
Comunidades isoladas devido à situação climática	As nossas estradas são acessos e são barreiras ao mesmo tempo, porque elas estão em condições muito ruins, a extensão territorial é muito grande e acaba que a gente não tem serviços de transporte definidos nessas localidades ainda (...) Nas estradas vicinais não tem asfalto, não é uma via preparada, então nesse período de chuva, chove a noite inteira então eles não conseguem sair realmente. E nem a gente consegue chegar. Muito liso o chão da estrada. (1GM2)
Comunidades com acesso exclusivo por estradas vicinais	P: Então os das vicinais têm maior dificuldade? R: Sim, por causa da estrada. Se chover é meio difícil até de buscar paciente lá com a nossa ambulância, teve caso que já precisou de entrar nas vicinais e estar muito ruim para passar, tem muitas ladeiras e o carro não sobe. Já teve caso de deixarmos o carro na estrada e ir andando até a casa da paciente; de buscar grávida com dor para parir na vicinal, de moto; de fazer vacinação de moto que é mais fácil de chegar nas comunidades, mas a gente consegue chegar. (4ENF1)
Estradas sem pavimentação e em precárias condições de deslocamento	Barreiras são as estradas, porque nesse período chuvoso fica muito difícil, por exemplo, uma ESF que você leva uma média de 1h30min, nesse período leva de 3h30min a quatro horas para conseguir trazer o paciente. (5GM1)
Moradores de áreas rurais se deslocam com motos próprias/bicicletas	Olha quando eu não tenho moto é de pés mesmo, mas esse negócio de ônibus não gira aqui não (...) Eu creio que é mais de 30 minutos porque é bem longe, as vezes dá sorte de pegar uma carona. (5USU1)
Ausência de transporte coletivo municipal	Não tem transporte público aqui. Ou é moto ou é um carro que eles alugam, ou as vezes eles chamam a ambulância para os casos mais graves. (3ENF2) O comunitário da área ribeirinha tem dificuldade, porque não tem transporte toda semana, (...) é muito difícil eles procurarem os serviços, pois não tem embarcação. (...) nas colônias tem transporte todo dia, ônibus não deixa de ter, mas tem áreas que não tem. Nessas áreas nem que queira pagar, não tem, é muito difícil. (5GM1) Terra firme tem ônibus. No caso de rios e várzea são as bajaras que tem uma vez na semana que vem todo mundo de lá, mas como nem sempre dá, reúne uma turma, aluga uma bajara ou então compra o combustível e vem. (4GM2)
Aspectos predominantes nos MRR Norte Águas	
Comunidades com acesso exclusivo por rio	Não tem outro caminho. Principalmente no verão que há uma dificuldade maior, quando seca muito, eles têm que passar pela lama para alcançar embarcação para vir até aqui. (3ENF1)
Migração da população do interior para a sede, em época de chuvas	Quando o rio encheu eu mesmo tive que desocupar lá, que a água entrou dentro de casa tudo. Eu tive que sair e procurar alojamento, onde eles deram uma sala lá da creche. (...) É comum. (2ACS2)
Moradores de áreas rurais se deslocam com pequenas embarcações	A minha pressão estava 22, para estourar. Aí o pessoal já ficou agoniado. Tem que levar ele para o hospital. (...) Nós temos dificuldade, porque todo mundo tem motor, mas é motorzinho pequeno para andar no rio (...) A gente fala rabetinha, não é motor de popa não. (3USU2)
Maiores custos de deslocamento entre interior e sede/entre comunidade e UBS	O frete dos carros que eles cobram é 300 reais, o mais barato lá é 250 ida e volta, ainda mais de noite. (...) Tem que ficar aguentando até ir para a cidade para comprar tudo, a gente paga na voadeira, é por quilo, é por peso, tudo tem que pagar, a passagem tem que pagar. (2ACS2) Às vezes não tem dinheiro para vir, não tem transporte, não tem como alugar ou comprar gasolina. Isso é comum, essa reclamação é geral. (4GM2)
Melhores condições de deslocamento em época de chuvas/alagamentos	O rio facilita o acesso em época do inverno, no verão fica difícil acesso. No verão seca tudo aqui na frente da cidade e o acesso é mais por *[município vizinho]*, de carro. E de lá pega barco para *[município de referência]*. Quando não tem outra solução a gente vai de canoa, de bajara que são aquelas canoas pequenas, de rabeta, chega até uma certa parte e passa para um barco maior. (5GM2) Para as comunidades de rios fica mais fácil e para as comunidades de várzea fica mais difícil *[acesso no período da seca]*. Nas de terra firme, é melhor na seca porque tem menos lama, menos chuva, menos buracos, menos poças de lama. (...) O difícil é quando a enchente é muito grande e as casas vão para o fundo (4GM2)

Em época de seca do rio, quanto menor o transporte, melhor o deslocamento	Fica mais longe para ir nas enchentes, no período que a lama vai escorrendo. E na seca, quando chega nesse período na região, o rio seca tanto que fica difícil o acesso, então a gente viaja e no período de duas horas a gente leva até 12 horas dependendo do transporte e quanto menor melhor. (4GM2) Na época da seca, é muito difícil o deslocamento, mesmo de bajara ou rabeta, quanto menor o transporte, melhor fica o acesso. A gente vai de bajara até uma parte e o resto é a pé mesmo (4ACS2)
Aspectos predominantes nos MRR Norte Estradas	
Acesso dificultado em época de chuvas/alagamentos, devido atoleiros	No inverno, período chuvoso, tem sim área que fica sem acesso. Aí tem pessoas que para chegar até a consulta aqui pela manhã tem que vir hoje ou as vezes não tem parente que mora no município, deixa para vir no dia e quando chega aqui já chega fora do horário, acontece muito isso. (1ACS1)
Maior necessidade de caminhonete traçada para deslocamentos em áreas de mais difícil acesso, incluindo ambulâncias	Tem alguns lugares que ela *[ambulância]* não entra devido ao acesso, essas vicinais que tem uma ladeira muito alta. (...) Tem um carro da saúde que é uma Triton que veio para esses lugares mais difíceis (2ENF2) A gente recebe do estado aquela ambulanciazinha miudinha daquelas para asfalto (...) dependendo do travessão a ambulância não entra, se não for caminhonete traçada a gente não consegue dar acesso à população (1GM1)
No período de seca do rio/sem chuvas, embora tráfego seja melhor, a intensa poeira dificulta a visibilidade das rodovias	Quando chove muito, tenho que passar pela BR (...) em uma ladeira recordista em acidentes aqui na região, então é muito raro você não ver uma carreta tombada minutos depois das chuvas ou no dia seguinte mesmo, então é um lugar muito complicado de se visitar. No verão, mesmo usando capacete temos que parar a moto e esperar a poeira baixar (...) devido ao tráfego de carretas transportadoras e corre o risco de acidente, pela falta de visibilidade (1ACS2)

Fonte: Entrevistas da pesquisa "Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos do Brasil" Fiocruz, 2019.

Acessibilidade organizacional à APS

Barreiras organizacionais de acesso estão presentes nos MRR analisados. Nas UBS, o número de fichas para atendimento médico e de enfermagem é pré-estabelecido e relatado frequentemente como insuficiente frente à demanda diária. Há restrições, principalmente de atendimento à demanda espontânea e priorização de demanda programada com definição de turnos específicos para cada grupo. Quando não conseguem atendimento, usuários relatam que precisam pegar ficha e retornar à UBS em dia posterior, inclusive aqueles do interior.

As consultas, em geral, são previamente agendadas. Nas UBS do interior, é comum o ACS realizar o agendamento e o usuário comparecer somente no dia da consulta.

Embora pouco sinalizado pelos entrevistados, as UBS do interior, geralmente, não funcionam todos os dias da semana e nos dois turnos por dia, salvo em raras situações quando os profissionais (médicos e enfermeiros) moravam na comunidade. Durante as visitas, foram observadas UBS vazias, com oferta de consultas subutilizada, por completa falta de medicamentos na unidade. Em UBS do interior é frequente a oferta de atendimento apenas itinerante e sem periodicidade definida.

Outra barreira, refere-se à alta rotatividade de profissionais, médicos e enfermeiros, insuficiência de ACS e técnico de enfermagem em alguns casos. Gestores explicitaram dificuldades quanto ao cumprimento de horário dos profissionais, trazendo

prejuízos ao atendimento; a necessidade de reorganizar a agenda da UBS com divisão de carga horária do médico entre atendimentos no interior e sede; e o compartilhamento da carga horária do médico entre a UBS e o pequeno hospital municipal, uma medida emergencial desde a saída dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM). O PMM foi avaliado como de impacto muito positivo no provimento e relatadas dificuldades de reposição importantes com a retirada dos médicos cubanos. Em um município, destaca-se desafios adicionais de fixação de profissionais para atuar em área de garimpo, por questões de violências, incluindo de gênero.

Oferta insuficiente e descontinuidade no abastecimento de insumos e medicamentos, ausência de coleta de exames laboratoriais na APS foram obstáculos frequentes, intensificados em UBS do interior. Embora com melhorias nos últimos anos e casos pontuais nos municípios, há comunidades sem energia elétrica, impedindo a oferta, por exemplo, de vacinação de rotina. Ficou nítido que essas deficiências do serviço influenciam não só a qualidade e continuidade do cuidado, mas impactam no orçamento das famílias de baixa renda que precisam comprar medicamentos com recurso próprio. Algumas UBS do interior não realizam coleta de preventivo devido a dificuldades de transporte do material coletado. Usuárias, embora sem dificuldades para marcação do exame preventivo, especificam demora na entrega de resultados (Quadro 2)

Quadro 2. Barreiras organizacionais de acesso à APS, Oeste do Pará, 2019

Categorias	Principais achados	Falas significativas
Restrições nos dias e horários de funcionamento	Número limitado de fichas para atendimento médico e de enfermagem	7h a doutora atende a quantidade de fichas *[15 fichas por turno]* que ela tem para atender e só começa a atender novamente às 13h, e atende até terminar as fichas. (1ACS2) Infelizmente está voltando paciente sem conseguir ficha no dia, tendo que retornar no outro dia para conseguir, porque nós temos os agendamentos também, dos programas fixos, e aí além dessa demanda a gente atende a demanda espontânea. (2ENF1) Sempre tem limite de ficha de cada médico para suprir atendimento, a triagem e as fichas das demandas programadas variam entre cinco e seus no turno, restante é para demanda espontânea (3GM2)
	Ações itinerantes sem periodicidade	A gente trabalha muito saúde itinerante, porque não tem atendimento em todas as comunidades (...) tem uma problemática que são as distâncias, então é difícil fazer essa logística de atendimento nas comunidades sempre. (3GM2)
	Organização da agenda semanal por programas	P: Como é a marcação de consulta? R: Tem que agendar, os ACS agendam (...) às vezes no mesmo dia, vem mais cedo, pergunta se tem vaga, e se tem, qual o horário que pode vir. (5USU2) P: E como a senhora faz para agendar o exame preventivo? R: Super fácil, tem os dias que a enfermeira colhe, aí a gente vem no dia, traz os documentos e chega aqui, ela colhe da gente. (5USU1) A gente não atende de tudo todo dia, faz um calendário de organização das unidades. (...) Não é que se chegar um idoso no dia de gestantes a gente não atende, se tiver vaga a gente atende. Se não puder, encaminha para o hospital. (1GM2)
	Dificuldade de cumprimento de horário de trabalho por profissionais	A barreira são os funcionários. (...) O funcionário deveria entrar 7 horas para sair meio-dia, para sair 11 horas e não quando ele quer. (5ENF1)

Alta rotatividade profissional	Alta rotatividade de profissionais, principalmente médicos e enfermeiros; e insuficiência de ACS e técnicos de enfermagem	A gente ainda não conseguiu superar isso de ter uma agenda totalmente aberta todo dia por conta dessa nossa insuficiência de profissionais (1GM2) Aqui está com um grande problema com ausência de profissionais. Enfermeira de licença e não tem médico sempre (4ACS2) Meu pai eu cheguei a conhecer, mataram ele no garimpo com dois tiros no peito. Fui trabalhar lá (*baixão do garimpo),* mas tinha muito medo, que o pessoal falava que tinha se prostituir (...) aí eu me criei assim, fui tentada de estupro 4 vezes, mas graças a Deus superei. (...) Faz 2 meses que sai de lá. (2ACS2)
	Dificuldade de reposição de médicos após saída dos médicos cubanos PMM	A unidade está precisando de um médico, como vocês sabem houve toda aquela burocracia e saíram os médicos do PMM, então para o posto não ficar descoberto, eles usaram a estratégia de não ficar sem médico que em 15 dias vem um doutor e outros 15 dias vem outro. Mas eles não são médicos da UBS, eles são do hospital, mas para não ficar sem, estão atendendo até que se resolva essa situação. (2ENF2)
	Divisão de carga horária de um mesmo médico entre diferentes equipes	No momento estamos com uma dificuldade porque a demanda está muito grande, e aqui como são duas estratégias precisaria de dois médicos e no momento a gente está tendo só um PMM, e essa uma médica também ainda não é a que atende todos os dias na unidade, ela tem um dia de folga e um dia ela atende em outra unidade da zona rural. (1ENF1)
Oferta insuficiente e descontinuidade no abastecimento de insumos e medicamentos	Ausência de coleta de exames nas UBS	Falta alguns tipos de exames, que não têm na Unidade. Tem vezes que nem hemograma tem (...) fica complicado, porque a pessoa não tem como pagar aquele exame. (5ACS2) Fiz todos os exames da gravidez no hospital (10USU1)
	Insuficiência constante de medicamentos	Uma barreira que eu vejo é a questão da medicação, que às vezes falta, então para pessoa vir de uma distância de 30 km de uma comunidade para chegar aqui na UBS para se consultar, às vezes precisa da medicação (...) não tem como eles comprarem e muitas vezes não tem a medicação. (3ENF2) Aqui tem a questão do garimpeiro (...) primeiro eles pegavam e levavam o medicamento *(malária)*, agora não (...) tem que ter (*medicamento)*, é uma população que trabalha em condições precárias (2ENF3)
	Comprometimento da qualidade e continuidade do cuidado na APS	Eles *[usuários]* dizem para gente que eles não perdem nem o tempo indo lá [UBS rural da comunidade], primeiro porque o enfermeiro só atende três vezes na semana, não tem remédio, não tem inalador e ao invés de ir lá vem aqui (sede), e aqui eles vão encontrar enfermeiro, inalador, medicação. (...) (4ENF2)
	Impacto das despesas com compra de medicamentos e serviços no orçamento das famílias de baixa renda	O pior aqui é o problema da medicação (...) não tem quase toda a medicação dele e nem a minha. (...) se eu tirar meu dinheiro para comprar só minha medicação, eu vou ficar sem alimentação. (3USU1) Eu estava com quatro meses *(de gestação)* e ainda estava tendo sangramento, o medicamento para comprar, não foi barato não. (12USU1)
	Demora dos resultados de exames preventivos	Eu acho que [*a barreira]* é mais a duração da espera pelo exame, pode dar alguma coisa mais grave e a gente ficar sabendo só daqui uns 3 ou 4 meses. (4USU1)

Fonte: Entrevistas da pesquisa "Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos do Brasil"

UBS como serviço de primeiro contato

O primeiro serviço de saúde que as pessoas procuram quando precisam é, em geral, a Unidade Básica de Saúde. A cobertura da ESF dos municípios varia entre 50% e 100%, mas há populações descobertas em todos os municípios. O outro serviço mais buscado é o serviço de pronto atendimento na sede constituído por Unidade Mista, pequeno hospital municipal (geralmente com condições precárias) ou centro de saúde

24h. Procura que se justificaria, segundo gestores, por maior resolutividade do serviço, seja em casos de urgência, seja em casos de descontinuidades da equipe na UBS do interior.

Nas áreas do interior, de população dispersa, o ACS é o primeiro a ser buscado, principalmente se não houver UBS na comunidade ou se for uma residência isolada. De forma pontual, usuários também mencionam a busca por cuidadores tradicionais como curandeiros e benzedeiras.

A população procura o serviço que for mais perto ou de mais fácil acesso, independente se é a UBS de referência, se fica em outro município ou se é hospital. É comum usuários buscarem a UBS da sede do município, no mesmo dia de ida à sede para receber benefício previdenciário ou outro serviço, otimizando o deslocamento.

A preferência dos usuários pelo atendimento na UBS é influenciada especialmente pela satisfação com o atendimento de enfermagem. Em contraposição, a percepção de falta de privacidade na realização de consultas/exames reduz a busca dos usuários pela UBS.

Embora o conjunto de municípios estudados seja classificado como rural remoto, a moradia na sede ou interior, condiciona o acesso da UBS como serviço de primeiro contato (Quadro 3).

APS na rede de atenção à saúde

Os cinco municípios possuem algum tipo de estabelecimento de saúde na sede para atendimento de urgências, pequenos procedimentos e em alguns casos, partos e cirurgias. Jacareacanga e Rurópolis possuem pequenos hospitais municipais, com disponibilidade de leitos (24 e 47 leitos) e Prainha, uma Unidade Mista 24h (31 leitos). Rurópolis possui maternidade recém-inaugurada e bem estruturada nos moldes do Programa Rede Cegonha, com unidade de cuidados intermediários para neonatos. Aveiro e Curuá denominam esta unidade da sede como Centro de Saúde 24h, com infraestrutura insuficiente e precária. Jacareacanga se destaca por possuir um laboratório próprio de malária e entomologia, implantado com financiamento de usinas hidrelétricas da região.

Toda a rede de serviços de saúde nos cinco municípios estudados é pública e pertencente ao SUS. Não há estabelecimentos privados com exceção de laboratório de análises clínicas, privado em dois municípios.

Os municípios que possuem pequenos hospitais e unidades mistas conseguem realizar alguns procedimentos e cirurgias mais comuns (cesariana, hérnia, histerectomia,

apendicite, vesícula e amputação). Em Rurópolis, o escopo de ações poderia ser mais amplo, não fossem as dificuldades para contratação de médicos para o hospital, que pode custar R$40.000,00 para uma jornada de 15 dias. Por vezes, os municípios organizam ações de mutirão de consultas com algum médico especialista, sem periodicidade definida.

O acesso a especialidades, exames especializados e internação é referenciado na região, tendo Santarém como município de referência, conforme pactuação na Comissão Intergestores Regional (CIR). Raros foram os relatos com necessidade de encaminhamento para capital do estado. Dependendo da urgência, municípios vizinhos com melhor estrutura são acionados. Cada município tem como referência o município mais próximo ou com menor dificuldade de chegar, com alguma oferta um pouco melhor de serviços (exemplo: Itaituba, Óbidos, Monte Alegre).

O agendamento de consultas especializadas e exames de apoio diagnóstico ocorre via sistema web SISREG regional, por meio de cotas por especialidade por município, feito por profissional responsável em cada secretaria municipal de saúde (SMS). Esse sistema visa o gerenciamento das vagas de regulação do SUS, por meio de módulo ambulatorial e permite classificação de risco, inserção da oferta, da solicitação até a confirmação do atendimento ao usuário. Contudo, as cotas de consultas especializadas costumam ser insuficientes, com longos tempos de espera. Já a regulação de urgência, leitos hospitalares e alta complexidade, em geral, é feita pelo sistema estadual de regulação (SER).

Em caso de necessidade de encaminhamento, o médico da UBS preenche a documentação exigida e o usuário deve solicitar pessoalmente o agendamento na sede na SMS, no setor de regulação/marcação ou tratamento fora de domicílio (TFD). Os ACS costumam avisar aos usuários sobre as consultas especializadas marcadas e à equipe, o retorno do usuário ao domicílio.

O TFD visa garantir o acesso de pacientes de um município a serviços especializados em município de referência, por inexistência do serviço no município de origem do paciente. Consiste em disponibilizar aos pacientes (e acompanhantes se necessário), deslocamento e ajuda de custo para tratamento na rede pública ou conveniada do SUS, conforme critérios de regulação. Em geral, o chamado setor de TFD ou regulação ou SISREG é responsável tanto pela marcação das consultas/exames/vaga para internação, como para encaminhamentos administrativos de custeio do TFD com pagamento de passagens e diárias aos usuários.

Os altos custos de TFD foram relatados como importante desafio para a gestão, seja pelo custeio dos deslocamentos, por orçamentos inferiores à demanda ou pela concentração de atenção especializada no município pólo. Tal cenário impacta diretamente no tratamento dos usuários, gerando adiamentos ou não realização dos tratamentos, com custos frequentemente transferidos aos usuários quando a SMS não consegue arcar.

Apesar do alto custo mencionado pelos gestores, os cinco municípios dispõem de algum tipo de apoio aos usuários para transporte sanitário eletivo para TFD, com regularidade, por meio de veículos próprios municipais (caminhonete, voadeira ou ônibus) ou custeio de passagem de ônibus ou barco de linha, ou de combustível para voadeira. Foi mencionado a necessidade de fretamento de aeronave em casos graves, com elevados custos.

As dificuldades para acesso à atenção especializada envolvem: longas distâncias até o município de referência, exacerbados tempos de espera, insuficiente número de vagas para especialistas, falta de leitos e dificuldades de localizar o usuário agendado, particularmente o que mora no interior. Há relatos de demora de 5-6 meses ou até 2 anos de espera, a depender da especialidade médica. Informalmente, usuários são orientados a buscar diretamente o serviço de urgência de municípios vizinhos ou de Santarém na tentativa de agilizar o atendimento. Uma dificuldade adicional, refere-se ao Hospital Regional do Baixo Amazonas em Santarém –referência de maior complexidade na região –, gerenciado por organização social de saúde (OSS). Segundo os entrevistados, é comum a justificativa de negativa de vaga, devido ao procedimento solicitado não estar contratualizado com a OSS.

Todos os municípios possuem algum tipo de transporte – carro, ambulância, ou ambulancha – para pacientes em casos de urgências, todavia, por vezes insuficientes ou inadequados às condições de deslocamento. Três deles, mantém transporte de urgência em uma ou mais UBS do interior. Além da urgência, não há transporte sanitário para os pacientes de áreas mais distantes do município. Nenhum dos municípios possui SAMU em funcionamento.

Quatro dos cinco municípios possuem casas de apoio – casas alugadas para alojamento de pacientes no município pólo Santarém –, mas é comum os pacientes terem que custear alimentação e faltar vagas nas casas de apoio.

Não há qualquer forma institucionalizada de relação entre os profissionais da AB e atenção especializada. Pode ocorrer comunicação informal de cunho mais

administrativo, via WhatsApp, do responsável do TFD da SMS com o hospital de referência em Santarém. A contrarreferência à UBS é incomum, ficando a informação dependente de receituários, resultado de exames, relato do usuário ou informes dos ACS. Uma vez que o paciente é encaminhado ao especialista, todo o acompanhamento continua no serviço especializado. Um dos gestores citou o uso de WhatsApp ou bilhete por ônibus/embarcação nas tentativas de comunicação. (Quadro 3)

Quadro 3. UBS como serviço de primeiro contato e APS na rede de atenção à saúde, Municípios Rurais Remotos, Oeste do Pará, 2019

UBS COMO SERVIÇO DE PRIMEIRO CONTATO	
Principais achados	**Falas significativas**
O primeiro serviço de saúde buscado é a Unidade Básica de Saúde	A Unidade de Saúde é o serviço que eles buscam, mesmo quando é urgência ou emergência. (3GM1) Procuram UBS, porque o atendimento é mais rápido do que se ele for a outro lugar, até porque não tem outro serviço de saúde, ou ele vem aqui ou vai até o curandeiro. (4ENF2)
O outro serviço mais buscado é a Unidade Mista, hospital municipal de pequeno porte ou centro de saúde 24 h da sede	Eles vêm direto para o Centro de Saúde, porque acreditam mais na curativa que na preventiva, quando a gente fala sobre educação em saúde ou palestras, eles já falam que já vem de novo com essa chatice, não gostam (...), então o primeiro atendimento que eles procuram é aqui *(Centro de Saúde 24h).* (4GM2) Hospital! Não importa se é dia ou noite, ou o médico estar consultando bem aqui na UBS, mesmo assim a pessoa vem para o hospital. Porque eles chegam já consultam e resolve os problemas aqui mesmo (...) raio-x, exames, volta com o médico e pronto. (2GM2) De ano em ano a gente tem que fazer (*exame preventivo)*, tem que verificar, eu não vou no hospital só quando estou sentindo alguma coisa, de vez em quando eu venho fazer um exame para verificar se está tudo ok (...) tem que cuidar da saúde (5USU1)
ACS é buscado se não houver UBS na comunidade ou se for uma residência isolada	Em todos os lugares aqui, eles vão à unidade de saúde e nos locais que não tem, eles procuram o ACS, principalmente na região ribeirinha e na colônia. (5GM2) A zona urbana tem essa característica que tem muita gente que ainda procura lá *[hospital]*, mas já tem uma mudança de procurar o posto de saúde para o atendimento. Na zona rural é o ACS e a unidade que está lá. (1GM2)
População busca o serviço mais perto ou de mais fácil acesso	Eles preferem ir para essa UBS que já faz parte de *outro município* tanto para fazer pré-natal como fazer questão de vacinação, devido acesso que é mais próximo, então para cá mesmo é muito difícil. (3ENF2) Essa população *[comunidade do interior próximo à divisa do município]* para eles virem aqui na cidade é só quando eles precisam resolver alguma coisa de banco, de benefício e eles priorizam isso, eles só vêm ao hospital se tiverem ruim mesmo, mas todo ano a campanha entra lá, a gente não vê criança sem cobertura vacinal. Não é que eles nunca venham, mas é bem menor a procura deles pelo serviço. (5GM2)
Satisfação com o serviço e privacidade na UBS influenciam a preferência dos usuários pelo atendimento na UBS	Gosto de realizar *[preventivo]* mais com ela aqui *[enfermeira]*. Porque ela sabe tratar os pacientes dela bem. (...) Para ela eu dou nota 20. (3USU1) Elas *[enfermeira e técnica de enfermagem]* me tratam muito bem também, quando vai fazer o preventivo ela pergunta se está doendo, que vai mais devagarzinho. (...) Eu gostei mais de fazer aqui *[na UBS rural, ao invés da sede do município]* (4USU2) Antes assim, eu não tinha aquela confiança de fazer aqui [*na UBS)* porque tinha um negócio de ficarem comentando entre si e a gente acaba sabendo, eu sempre tinha medo de vir. (...) Eu peguei tipo assim aquela confiança com a *[enfermeira atual]* e a médica atual. (1USU1)
APS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	
Serviços nos municípios	
Todos municípios possuem unidades de saúde na sede voltadas à urgência, pequenos procedimentos e por vezes, cirurgias	Aqui quando acontece algo *(urgência)* eles se direcionam direto para o Centro de Saúde porque ele funciona 24 horas (4ENF1) Porque aqui como a gente tem o hospital que é logo aqui pertinho normalmente as pessoas vão já para lá, em casos mais graves. Por exemplo, um acidente que tiver aqui próximo eles não vão trazer aqui para a nossa unidade, eles vão levar direto para o hospital (1ENF1) P: Tem algum lugar definido para o parto da gestante aqui no município? R: Tem uma maternidade. (...) Todas vão para lá. Antes era para o hospital, agora é para a maternidade que já tem a maternidade e as que não aguentam têm aqui mesmo. (1ENF2) Aqui nessa Unidade Mista é o nosso hospital. Tem 20 leitos clínicos. (5M1)
Toda a rede de	A gente começa a pensar em como fazer gestão num município tão extenso, com tão pouco

serviços de saúde nos municípios estudados é pertencente ao SUS	recurso, e para uma população 100% dependente de SUS. Não tem rede particular de assistência, não tem um hospital particular, não tem nada (...) rico ou pobre, vai cair no hospital público. (1GM1)
Acesso a serviços especializados	
Atenção especializada ou hospitalar nos MRR é insuficiente ou inexistente	Não vem nenhum especialista, não temos mesmo, mas quando precisa marcar a consulta especializada, o médico vai ver a real necessidade (...) aí faz todo o encaminhamento, mas o que ele pode fazer, ele faz por aqui. (2GM2) Primeiro eu fiz o teste de farmácia, aí deu positivo, aí depois vim aqui com ela *(UBS)* aí ela disse que eu estava grávida e passou logo os exames para mim e eu fui para *município vizinho*. (...) Tudo por minha conta (3USU2)
Dependendo da urgência, os municípios vizinhos são acionados	P: Quais as ações de urgência são desenvolvidas pela equipe? R: Dependendo de cada situação, a gente faz a verificação da pressão e temperatura e encaminha para a médica. Ela vai avaliar e ver a necessidade. (...) Caso a gente possa resolver o problema aqui, medicação, soro (...). Se for um caso mais complicado e precisar hospitalizar, automaticamente ela é encaminhada. A gente entra em contato com o Centro de Saúde para mandar um carro para vir pegar o paciente aqui para ele já ir para [*município vizinho]*. (4ENF1) Dependendo da urgência, *[o município]* tem uma pactuação com o hospital municipal do *[município vizinho]*, porque o hospital *daqui* não tem médico 24 horas, não tem suporte. (3ENF2)
Usuário responsável por levar o encaminhamento para atenção especializada à SMS	P: Como é o fluxo para o hospital? R: Ele consulta na UBS, havendo a necessidade de atenção com especialista o médico da UBS encaminha, preenche o encaminhamento porque a gente não sabe se ele vai ser atendido aqui ou atendido em Santarém. Se houver vaga aqui ele é encaminhado para cá, mas se ele tem a necessidade e tem a vaga em Santarém a gente ainda manda pra Santarém o serviço. P: Esse encaminhamento chega onde? R: Preenche o TFD, o processo e o laudo médico e leva na secretária de saúde hoje no setor de regulação aí lá ele faz o agendamento. P: O paciente mesmo que leva? R: Sim. P: Mesmo a pessoa sendo da área rural, a 60 quilômetros daqui? R: Isso (1GM2) Quando é feito o atendimento na UBS o médico preenche um documento, onde o paciente vai até a secretaria de saúde na área do TFD, lá dá baixa naquele documento e depois é ressarcido ali um certo valor. O que é disponibilizado são os gastos que ele teve na viagem (3GM1)
ACS com papel de informar sobre atenção especializada	P: Quando há marcação com especialista, quem se responsabiliza por avisar os usuários ou a usuária? R: Nós, agentes de saúde. Eles avisam aqui para UBS, e daqui comunicam comigo e eu chego até a casa do usuário para avisar ele. (...) Após o retorno, vou na casa do paciente passar para saber dele, como foi a consulta dele, se ele fez os exames necessários, se recebeu o resultado, (...) o medicamento. Então eu faço o acompanhamento, para eu ver como é que ele está. (3ACS2)
Altos custos de deslocamento Tratamento fora de domicílio (TFD)	Sempre vai ser a questão financeira [*os maiores desafios para TFD]*. (...) As passagens são por conta do paciente, então a passagem para Santarém de lancha é de R$73,00 só para ir para Santarém, fora que tem paciente que nunca nem foi em Santarém, não conhece Santarém, para ele chegar até o Hospital Regional é complicado, não tem casa, não tem casa de apoio também, então isso também é um dos desafios para eles. (3ENF2) Eu fiz uma entrevista com a assistente social (*município de referência)* para tentar meus direitos (*benefício social)*, porque tinha que ir todo mês e toda vez que eu ia lá "Não, venha amanhã, venha amanhã", eu disse "Olha, eu não tenho dinheiro para vim todo dia aqui". (...) "Eu moro longe, eu não posso andar sozinha, meu marido trabalha para ficar vindo para cá comigo. (...) É um gasto muito alto. (4USU2)
Dificuldades para acesso à atenção especializada	Olha, como falei [*o problema]* é o número de vagas, demanda reprimida tem muito paciente que espera três quatro meses para conseguir um atendimento especializado (...) Para transferir um paciente pagando um técnico para acompanhar [*custa caro*], recurso que eu já poderia usar aqui no hospital (...) para ter uma equipe, um médico cirurgião, como a gente tinha antes, cirurgia de emergência na clínica e já fazia aqui. Hoje a gente tem que sair às pressas na lancha (3GM2) Nós não temos acesso ao hospital regional de Santarém. É muito difícil paciente nosso conseguir ficar no Regional. (...) Eu faço briga, por quê? (...) Tive três casos de gestantes de alto risco acompanhadas no pré-natal pelo Regional. (...) O único hospital na região do Oeste que tem UTI neonatal é o Regional então deveria garantir para essas mulheres que elas tivessem os seus filhos no Regional. Uma delas era parto gemelar, a outra o bebê tinha má formação cardíaca e cerebral e a outra ela era cardíaca e portava válvula. Essas três mulheres elas não conseguiram ter seus filhos no Regional e a de parto gemelar ela foi para a consulta no regional perdendo líquido e o médico preencheu a AIH e disse assim para ela volte para o seu município pegue autorização do auditor e aguarde ser chamada gente. O que que é isso entendeu? (...) A representante do Regional só falou assim 'isto não está contemplado no nosso contrato' [*da Organização Social],* eu fiquei revoltada. (1GM1)

Transporte Sanitário	
Municípios possuem algum tipo de transporte – carro, ambulância ou ambulancha para pacientes em casos de urgências	Aqui tem uma ambulância no hospital e tem uma caminhonete. Se, por exemplo, for ali para a colônia, para um ramal, a ambulância não vai porque a estrada é feia, atola, quebra, eles vão de caminhonete; se for aqui próximo, a gente manda a voadeira. (...) A caminhonete reveza para as três UBS, enquanto que a ambulância tem em cada uma UBS. (5GM2) Nós temos três ambulâncias. Todas ficam na sede. (...) Dificuldade sempre tem *(para quem mora mais longe)*, porque a gente tem comunidade aqui perto que não tem posto de saúde e não tem nada e aí eles vêm no "motorzinho" deles, quando estão precisando de atendimento eles vêm na "rabeta". E chegando aqui eles vêm atrás da gente e querem gasolina, mas eu não tenho como justificar esse combustível caso fosse dado, a dificuldade é essa. (2GM1)
Nenhum município possui SAMU em funcionamento	Recebemos a ambulância do SAMU, mas ela nunca pode ser habilitada porque a região não tem tronco regional, não tem base de regulação, a base de regulação da região que é onde cairia as chamadas não existe, então os municípios não podem habilitar suas bases locais e nem pode renovar as frotas. (1GM2)
Suporte para transporte sanitário eletivo para TFD nos cinco MRR	Pelo TFD, quais são os transportes disponibilizados para chegar até Santarém? R: Carro e avião. A gente tem um ônibus do TFD da própria prefeitura, o avião é particular e a prefeitura paga, são aviões pequenos que chamam de "teco-teco" e quando é preciso e o paciente está em estado grave, por exemplo, já teve só nesse período agora, duas transferências de UTI móvel, o avião vem todo equipado e com intensivista, ele fez a intubação e levou o paciente. (...) Custa em torno de R$15.000,00 porque vai o enfermeiro acompanhando, toda vez que tem UTI móvel, o médico intensivista vem também. (2GM2)
Casa de apoio	
Casas de apoio no município de referência	A casa de apoio oferece hospedagem. Não oferece alimentação porque não tem como o município arcar mensal com despesa de casa de apoio. (...) A casa é equipada, tem freezer, fogão; a hora que a pessoa quiser fazer sua alimentação faz, mas não tem uma pessoa disponível para fazer alimentação. (4GM1)
Categoria: Relação entre profissionais AB e AE	
Não há qualquer forma institucionalizada de relação entre os profissionais da AB e AE	P: Quando o usuário é encaminhado para o especialista, como acontece o acompanhamento pela equipe de atenção básica? R: Não acontece, a partir do momento que o TFD liberou, já é por conta do especialista. A gente só consegue saber do paciente quando ele volta para o município. (2ENF2) A gente tem notícias do paciente, não porque existe um contato com a atenção especializada, mas pelo ACS, pelos familiares e pela forma em que está em andamento o TFD. (2GM2)

Fonte: Entrevistas da pesquisa "Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos do Brasil"

DISCUSSÃO

Reconhecer o processo histórico de ocupação da Amazônia nos auxilia a compreender as dificuldades de acesso aos serviços de saúde do SUS nos MRR da região e permite orientar o desenvolvimento de políticas públicas específicas, considerando suas diversidades internas. As singularidades dos MRR Norte Estradas e MRR Norte Águas aqui identificadas se aproximam do que Gonçalves (2012) aponta como os dois padrões de organização do espaço amazônico, modelos subjacentes às diferentes paisagens da região e que expressam importantes conflitos de interesse entre segmentos, motivações econômicas e classes sociais: o *padrão rio-várzea-floresta* (exclusivo até as décadas de 1950 e 1960) e o *padrão estrada-terra firme-subsolo* (altamente influenciado por decisões externas à região). Essas "duas amazônias" Norte Estradas e Norte Águas se mesclam em características de infraestrutura que impactam no acesso geográfico e na organização dos serviços de saúde.

Elementos variados e conjugados interferem sobremaneira a acessibilidade aos serviços de APS. Se por um lado a cheia dos rios favorece a mobilidade para os

ribeirinhos, este mesmo fenômeno torna-se empecilho para os deslocamentos em comunidades vicinais. Norte Águas e Norte Estradas são territórios influenciados por fatores ambientais e climáticos que moldam a acessibilidade geográfica em vários sentidos, com maiores desvantagens para populações residentes no interior, se comparadas às residentes na sede dos MRR. Portanto, as respostas para melhorias no acesso, organização da oferta e transporte precisam ser específicas, de modo a captar as características de cada contexto e responder às necessidades em saúde locais.

Os obstáculos geográficos limitam a mobilidade e impactam na capacidade das populações acessarem serviços de saúde oportunamente (Wong e Regan, 2009; Haggerty et al, 2014; Kulig et al, 2008). Diante das dificuldades usuários criam alternativas para enfrentá-las, tais como a concentração de serviços e compras, por conveniência, satisfação ou busca por maior qualidade, atitude descrita na literatura, como *outshopping* (Sanders et al, 2015; Whitehead et al, 2019). Entre usuários de comunidades mais distantes, é pratica comum a concentração de atividades como ir a banco, mercado e consulta na UBS, em um único dia. O controle de gastos com deslocamentos (tempo e dinheiro) é central na definição do momento de busca pelo serviço de saúde: imediata, tardia ou desistente.

Serviços de APS estão presentes nos MRR, contudo nem sempre à disposição nas áreas mais distantes, isoladas e com populações esparsas. Esta parece ser uma particularidade dos contextos rurais remotos, que tem motivado a proposição de modelos assistenciais específicos para o enfrentamento da tirania da distância e da falta de serviços disponíveis para populações que vivem nestas localidades (Russel et al, 2013).

Barreiras organizacionais derivam dos modos e condições de funcionamento dos serviços, em diferentes contextos rurais, sendo recorrente a associação entre distância, características da comunidade, disponibilidade de recursos humanos e atributos da prática profissional para a definição de ruralidade, como observado por Kulig et al, 2008 no caso canadense.

Embora o déficit de profissionais de saúde ocorra em todo o mundo, nas áreas rurais é mais significativo. Carências materiais e de profissionais em áreas rurais também foram sinalizadas em estudos australiano e africano, resultando em desabastecimento e interrupções do cuidado na APS (Grobler et al, 2015). No Brasil já foi demonstrado que usuários deixam de comprar algo importante para cobrir gastos com saúde, especialmente medicamentos (Álvares et al, 2017).

A indisponibilidade e baixa resolutividade na APS dificultam o cumprimento do

seu papel de porta de entrada preferencial, em contextos urbanos (Almeida et al, 2011), assim como em contextos rurais remotos, havendo nos MRR amazônicos o agravante do elevado custeio de logística, associado à baixa densidade demográfica, baixas coberturas assistenciais, deslocamentos mais longos e custos mais altos (Garnelo, 2019). Um modelo de financiamento que considere as particularidades do território amazônico é crucial para a melhoria do acesso.

Embora a UBS seja indicada como serviço de primeiro contato dos usuários, as características do território remoto complexificam essa busca, e a percepção dos usuários altera conforme: resolutividade percebida do serviço, serviço mais acessível, características do atendimento, vínculo com o ACS e hábitos de busca do cuidador tradicional.

Mesmo existindo a UBS na comunidade rural ou em comunidade próxima, pode ocorrer o chamado *by-pass*, isto é, a população rural viajar além do necessário para buscar os cuidados em saúde, desvio que estaria relacionado à: idade, nível socioeconômico, condição de saúde, sexo, insatisfação com os cuidados de saúde locais e existência de transporte (Sanders et al, 2015; Whitehead et al, 2019).

Assim como na realidade dos MRR estudados, a percepção do usuário sobre o cuidado – efetividade e habilidade do profissional de saúde – constituem-se fatores de influência na busca pelo serviço de saúde em áreas rurais, envolvendo também preocupações como privacidade e confidencialidade (Allan et al, 2008).

Outro aspecto relacionado à busca da população pela UBS é o processo de territorialização nos MRR. Preocupações sobre estratégias de territorialização estão presentes no discurso dos gestores, visto as distâncias, população esparsa e equipes incompletas. Dependendo de quão recente foi esse processo, a reorganização dos serviços leva tempo para adaptação da população e de compreensão da equipe de saúde sobre as necessidades da população. É necessária alguma flexibilização de acordo com a ida do usuário do interior à sede, com garantia de atendimento e não podendo restringir-se às ações programáticos.

As barreiras de acesso se agravam quando se trata do acesso à atenção especializada, ambulatorial ou hospitalar, situação semelhante a observada em comunidades rurais dos EUA, Reino Unido, países africanos, Austrália e Canadá, evidenciando concentração desproporcional desses serviços em centros urbanos (Gruen et al, 2003). Nos casos aqui analisados, o suporte da rede de atenção especializada à APS, em geral ofertada na região de saúde com suporte logístico via TFD, não está garantida,

embora haja esforço da gestão municipal. Uma vez que o município não consegue sozinho arcar com apoio logístico para garantir acesso a atenção especializada, o ônus acaba transferido aos usuários, particularmente para os que residem no interior. Políticas públicas com envergadura para enfrentar esta situação demandam o envolvimento dos outros entes da federação, além do município.

Além disso, buscar cuidados especializados pode consumir muito tempo, fazendo com que os pacientes e parentes abandonem sua atividade laboral por longos períodos, gerando novos impactos econômicos e para a saúde (Ensor e Cooper, 2004). A insegurança de viajar longos trechos em estradas com péssimas condições também interfere na busca pelos cuidados necessários na atenção especializada (Wong e Regan, 2009).

Iniciativas na Política Nacional de Atenção Básica reconheceram oficialmente ações em curso na Amazônia, como custeio para ESF ribeirinhas e fluviais. As ESF ribeirinhas desempenham suas funções em UBS localizadas a beira de rios e lagos; e as ESF fluviais desempenham suas funções, de forma itinerante, em UBS Fluviais/barcos. Embora representem um avanço de acessibilidade à APS, desafios como financiamento insuficiente, curta permanência em cada comunidade, baixo envolvimento do ACS e modelo de atenção voltado à demanda espontânea, não facilitam o acesso dos mais vulneráveis e replicam rotinas dos espaços urbanos, não conseguindo mitigar as desigualdades em saúde (Garnelo et al, 2020).

Estudos de revisão sinalizam que barreiras de acesso aos serviços de saúde podem gerar consequências aos cuidados em saúde como: um usuário tendo que reiniciar, desistir ou adiar sua busca por cuidados de saúde; o agravamento na sua condição de saúde; busca de cuidados em hospital, independentemente do tipo da sua demanda; dentre outras, com prejuízos gerais (Houghton et al, 2020; Franco et al, 2021, no prelo).

Uma das estratégias de melhoria de acesso e oferta de cuidado em saúde mais integrado e oportuno consiste na coordenação dos cuidados pela APS, associada a uma boa comunicação entre APS e Atenção especializada (Almeida et al, 2018). Contudo, esse aspecto foi uma importante fragilidade do sistema de saúde observada em nosso estudo.

Dentre as limitações do estudo, sinalizam-se: os usuários do interior captados para as entrevistas captados na recepção da UBS em geral, foram aqueles que moravam mais perto da UBS e não aqueles com maiores dificuldades de acesso. E, os resultados dos

MRR do Oeste do Pará podem, em alguns pontos, ser insuficientes para permitir generalizações para toda a Amazônia, que possui diferentes realidades intrarregionais.

As barreiras geográficas não podem ser obstáculos à interiorização de políticas públicas e à garantia do direito ao acesso a serviços de saúde do SUS ou justificar piores condições de saúde e acesso. O reconhecimento das especificidades geográficas deve informar o planejamento e a formulação de estratégias inovadoras que promovam a superação dos desafios impostos pelo espaço natural, lidando com as distâncias amazônicas de forma sustentável, preservando o meio ambiente (Garnelo et al 2017).

O cenário socioambiental amazônico é heterogêneo e multifacetado e requer estratégias singulares para reduzir barreiras de acesso que considerem a diversidade geográfica, social e cultural das populações desses territórios, além de políticas intersetoriais, que abarquem aspectos de infraestrutura como transporte, pavimentação, energia elétrica e internet para o conjunto das comunidades do interior.

REFERÊNCIAS

ALLAN, J.; BALL, P.; ALSTON, M. 'You have to face your mistakes in the street': the contextual keys that shape health service access and health workers' experiences in rural areas. *RuralRemoteHealth*, v.8, n.1, p.835, 2008.

ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*, v.29, n.2, p.84–95, 2011.

ALMEIDA, P.F. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v.42, n.spe1, p. 244-260, 2018.

ÁLVARES, J. et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.51, n.2, p.20s, 2017.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2865-2875, 2012.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University, 2003.

ENSOR, T.; COOPER, S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy Planning*, v.19, p.69-79, 2004.

FAUSTO, M.C.R. et al. *Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil*. Projeto de pesquisa, 2019.

FRANCO, C.M.; LIMA, J.G.; GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad. Saúde Pública*, 2021. No prelo.

FRENK, J. *The concept and measurement of accessibility.* In Health Services Research: An Anthology. Edited by White KL, Frenk J, Ordonez C, Paganini JM, Starfield B. Washington: *Pan American Health Organization*; p.858–864, 1992.

GARNELO, L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.35, n. 12, 2019.

GARNELO, L. et al. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health*, v.19, n.54, 2020.
GARNELO, L.; SOUSA, A.B.L.; SILVA, C.O. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet*, v.22, p.1225-1234, 2017.
GONÇALVES, C.W.P. *Amazônia, Amazônias*. São Paulo: Contexto, 2012. 179 p.
GROBLER, L.; MARAIS, B.J.; MABUNDA, S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practicing in rural and other underserved areas (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v.6, 2015.
GRUEN, R.L.; WEERAMANTHRI, T.S.; KNIGHT, S.S.; BAILIE, R.S. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v.4, 2003.
HAGGERTY, J.L. et al. An exploration of rural-urban differences in healthcare-seeking trajectories: implications for measures of accessibility. *HealthPlace*, v.28, p.92-98, 2014.
HOUGHTON, N.; BASCOLO, E.; DEL RIEGO, A. Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. *Rev Panam Salud Publica*, v.44, p.e96, 2020.
KULIG, J.C. et al. How do registered nurses define rurality? *AustJRural Health*, v.16, n.1, p.28-32, 2008.
LEVESQUE, J.; HARRIS, M.F.; RUSSELL, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health, v.*12, p.18, 2013.
MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.
OLIVEIRA, L.S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.17, n.11, p.3047-3056, 2012.
RUSSELL, D.J. et al. Helping policy-makers address rural health access problems. *AustJRuralHealth*, v.21, n.2, p.61-71, 2013.
SANDERS, S.R. et al. Rural health care bypass behavior: how community and spatial characteristics affect primary health care selection. *JRuralHealth*, v.31, n.2, p.146-156, 2015.
SCHWEICKARDT, J.C.; KADRI, M.R.; LIMA, R.T.S. (org). *Atenção Básica na Região Amazônica*: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS. 1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019.
SILVA JUNIOR, E.S. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v.10, supl.1, p.s49-s60, 2010.
TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad de Saúde Pública*, v.20, supl.2, p.190-198, 2004.
WHITEHEAD, J.; PEARSON, A.L.; LAWRENSON, R.; ATATOA-CARR, P. Spatial equity and realized access to healthcare – a geospatial analysis of general practitioner enrolments in Waikato, New Zealand. *RuralRemoteHealth*. v.19, p.5349, 2019.
WONG, S.T.; REGAN, S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. *RuralRemoteHealth*, v.9, n.1, p.1142, 2009.

ARTIGO 3. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS DO OESTE DO PARÁ

RESUMO

Objetivo: O artigo tem como objetivo identificar especificidades e estratégias da organização da Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios rurais remotos (MRR) do Oeste do Pará frente singularidades do contexto amazônico. **Metodologia:** Foi realizado estudo de casos múltiplos, em cinco MRR– Rurópolis, Jacareacanga, Aveiro, Curuá e Prainha – com visitas a Unidades Básicas de Saúde e entrevistas com gestores municipais, enfermeiros e médicos de equipes de saúde da família. A partir da análise de conteúdo emergiram dimensões que expressam a organização da APS: territorialização, escopo de práticas e organização da agenda, colaboração interprofissional, iniciativas de atração e fixação profissional e uso de tecnologias de informação e comunicação. **Resultados e discussão:** Os principais resultados indicam que, em contextos rurais, o processo de trabalho da APS nos MRR na sede e principalmente no interior, organiza-se prioritariamente em torno de atendimentos, procedimentos individuais e imunização. Os enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS de áreas do interior possuem escopo de ações ampliado, muitas vezes, devido à ausência de médicos de forma contínua. Além da centralidade e impacto positivo do PMM em todos os municípios, destacam-se duas estratégias locais de organização da APS no interior: o sobreaviso para atendimentos de urgência e os atendimentos itinerantes. A territorialização deve ser dinâmica e exige arranjos diferenciados, orientada por contextos locais e com adequação do número de famílias sob responsabilidade dos ACS e das equipes. O investimento em infraestrutura, TIC e programas de Telessaúde era incipiente, bem como a incorporação aos processos de trabalho. **Considerações finais:** Estratégias especificas para organização de uma APS integral e integrada à Rede de Atenção à Saúde, tais como valorização da identidade regional rural, financiamento federal suficiente e diferenciado e formação profissional direcionada ao rural, são necessárias para garantir que todos os cidadãos recebam serviços acessíveis e de qualidade, independentemente de onde vivam.

Palavras-chave: saúde rural; atenção primária à saúde; serviços de saúde; estratégias;

INTRODUÇÃO

Desigualdades nas condições de vida, de utilização e acesso aos serviços de saúde são frequentes em territórios rurais brasileiros, mais acentuadas quando comparadas ao contexto urbano (Kassouf, 2005; Arruda et al, 2018). A falta de acesso à habitação de qualidade e saneamento, baixa renda, dificuldades de transporte e comunicação, maior exposição a riscos laborais e agravos em saúde, associados desafios estruturais e políticos, se intensificam no território amazônico, marcado por grandes distâncias, dispersão populacional e insuficiência de políticas públicas específicas (Garnelo et al, 2017; Confalonieri, 2005).

Nas últimas décadas, embora tenham ocorrido importantes avanços na universalidade no SUS e capilaridade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, em municípios rurais, maiores coberturas são encontradas na sede, em detrimento de suas zonais rurais (Garnelo et al, 2018). Além disso, a oferta de serviços de APS para populações rurais é insuficiente, por vezes com escopo de ações limitado e financiamento padronizado das políticas nacionais, apesar de demandar estratégias diferenciadas de organização para garantia de acesso (Garnelo et al, 2017).

Para além de saúde rural, termo mais comumente utilizado na literatura internacional, a “saúde remota” deve considerar também distintas características sociológicas, históricas e práticas destes territórios (Wakerman, 2004). A partir da realidade australiana, Wakerman (2004) diferencia a prática de saúde remota pelas características de isolamento profissional e social, forte abordagem multidisciplinar com mudanças e sobreposição de papéis dos membros da equipe, exigência de profissionais com habilidades clínicas ampliadas, de emergência e de saúde pública. A organização da atenção precisa se adequar para trabalho em um contexto transcultural, servindo a populações pequenas e dispersas com necessidades de saúde relativamente altas em um ambiente físico de extremos climáticos (Wakerman, 2004), como também observado no contexto amazônico.

Este artigo reivindica a perspectiva da APS integral no SUS, que expressa a centralidade da APS no sistema nacional de saúde, integrando ações de prevenção, promoção, cura, reabilitação, com processos mais amplos de participação comunitária e articulação com outros setores na busca do enfrentamento aos determinantes sociais da saúde. Parte de uma concepção de modelo assistencial, de reorientação e organização de um sistema de saúde integrado e integral que tem a APS como fundamento da rede de atenção à saúde (Giovanella, 2008).

O artigo tem como objetivo identificar especificidades e estratégias da organização da Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios rurais remotos (MRR) do Oeste do Pará frente singularidades do contexto amazônico. A pergunta que orienta a análise é: quais modelos de organização favorecem a implantação de uma Atenção Primária integral no SUS em contextos rurais remotos amazônicos? A compreensão dos formatos de organização da APS contribui para equacionar o conjunto de obstáculos ao acesso presentes em territórios rurais remotos, para adequá-los às especificidades locais e para garantir o direito universal à saúde de suas populações.

Este artigo analisa a organização da atenção primária e a prestação de serviços de equipes de Saúde da Família, no SUS em territórios remotos, desde a ótica dos gestores locais e profissionais de saúde, considerando experiências de territorialização, serviços ofertados e atuação das equipes.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo que tem como fontes primárias, dados da pesquisa "Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais e Remotos no Brasil" realizada em municípios brasileiros com classificação "rural remoto" conforme tipologia rural-urbano do IBGE, de 2017 (Fausto et al, 2020; IBGE, 2017).

Trata-se de estudo de casos múltiplos tendo como unidades de análise municípios rurais remotos, selecionados intencionalmente. Estudos de casos múltiplos são um método de olhar os contextos da vida real e a realidade social, em geral complexas, na busca de uma compreensão e interpretação mais profunda dos fatos, fenômenos específicos e possíveis vínculos causais, podendo resultar em generalizações analíticas. Muito usados na busca de respostas do tipo "como" e "por quê" e quando o pesquisador possui pouco controle sobre os eventos pesquisados. (Yin, 2001; Stake, 2006). Os casos são analisados a partir de questões comuns de pesquisa e empregando diversas fontes de informação e perspectivas de atores. Nesta pesquisa a seleção abarcou cinco municípios rurais remotos (MRR) do Oeste do Pará – Prainha, Aveiro, Curuá, Rurópolis e Jacareacanga – com diferentes características socioeconômicas e geográficas (Lima et al, 2021, no prelo).

O trabalho de campo ocorreu entre maio e agosto de 2019, com realização de entrevistas presenciais gravadas a partir de instrumento semiestruturado e visitas a Unidades Básicas de Saúde (UBS). As entrevistas duraram entre uma e quatro horas, com transcrição e posterior análise de conteúdo temática. Analisou-se 30 entrevistas, sendo

dez gestores municipais, onze enfermeiros e nove médicos de uma UBS na sede e uma no interior nos cinco municípios.

As fontes de dados utilizadas foram registros de diários de campo em forma de relatórios municipais; síntese elaborada pelos entrevistadores de campo após cada entrevista, que conformaram um banco de dados qualitativo e quantitativo; e transcrições das entrevistas com gestores municipais, médicos e enfermeiros.

A categorização temática ocorreu por processo reiterativo de interpretação dos resultados, sendo identificadas cinco dimensões com categorias emergentes das análises (*a posteriori*): caracterização da APS e demais equipamentos da rede de atenção à saúde; territorialização da APS (distribuição de serviços de APS no território; e adscrição e cadastro da população); escopo de práticas e organização da agenda; colaboração interprofissional; iniciativas de atração ou fixação profissional; e tecnologias de informação e comunicação. A inspiração teórica para essa categorização foi baseada em Hogg et al. (2008) e Almeida et al. (2021).

Para a análise, os dados foram organizados por caso, a partir de seus contextos e estratégias, tendo por base categorias em comum e especificidades. A análise cruzada dos temas, contrastando os casos, contribuiu para uma compreensão geral do conjunto das estratégias, gerando um aprimoramento das dimensões ao longo do processo de análise. As diferentes perspectivas dos atores entrevistados foram trianguladas para interpretação de cada caso e posteriormente, confrontação entre os casos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da NN (Parecer NN), CAAE NN, com anuência dos municípios, entrevista autorizada pelos participantes e preservação de anonimato nas análises.

RESULTADOS

Contexto: Caracterização da APS e demais equipamentos da rede de atenção à saúde

Os cinco MRR analisados do estado do Pará são de pequeno porte, com a maioria da população residente em território rural, baixa densidade demográfica e diversidade socioambiental (Lima et al, 2021, no prelo). Rurópolis está localizado no entroncamento entre as rodovias federais transamazônica e Santarém-Cuiabá; Jacareacanga possui expressiva população indígena e atividades como garimpo e hidrelétricas; Aveiro têm populações ribeirinhas e área de reserva ambiental nas duas margens do rio; Curuá possui acesso por rio e estrada, muito influenciado pela sazonalidade e Prainha também com

população nas duas margens do rio, têm quase a totalidade da população beneficiária pelo Programa Bolsa Família (Tabela 1).

Os municípios apresentam majoritariamente serviços de APS, com cobertura ESF entre 48,8% e 100%. Todos contam com um ou mais médicos PMM e importante quantitativo de ACS nas equipes, mas com o percentual baixo de população cadastrada e vinculada às equipes de APS (entre 29,0% e 67,8%). Possuem uma a duas equipes de saúde bucal, equipes EACS (com exceção de Aveiro) e nenhuma EqSF fluvial. EqSF ribeirinhas e Nasf estão presentes em Rurópolis e Curuá. Somente Rurópolis conta também com apoio do CAPS (Tabela 1).

A rede de serviços de saúde nos cinco municípios é exclusivamente SUS, com exceção de um laboratório de análises clínicas em Prainha e uma farmácia privada em Aveiro. Todos os MRR possuem um estabelecimento público de saúde na sede para atendimento de urgências, parto e alguns procedimentos. Em Jacareacanga e Rurópolis são pequenos hospitais municipais (não credenciados como hospital de pequeno porte) e em Prainha, uma Unidade Mista 24h; os três com disponibilidade de leitos. Aveiro e Curuá denominam esta unidade da sede como Centro de Saúde 24h, todos com infraestrutura insuficiente e precária, exceto Rurópolis (Tabela 1). Rurópolis possui maternidade própria inaugurada em 2019 e bem estruturada nos moldes do Programa Rede Cegonha, com unidade de cuidados intermediários para neonatos.

Tabela 1. Indicadores de APS e demais equipamentos da rede de atenção à saúde dos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	**Jacareacanga**	**Aveiro**	**Curuá**	**Prainha**
Estimativa da População total (2020)[1]	51.500	41.487*	16.404	14.587	29.846
% da População rural[1]	62,0%	65,0%	80,0%	53,0%	69,0%
Densidade demográfica (hab/km^2)[1]	7,33	0,78	0,96	10,20	2,02
Características sociodemográficas, econômicas e populacionais[2]	Localizado no entroncamento entre as rodovias transamazônica e Santarém-Cuiabá; criado por projeto de assentamento rural, com migração de diversos estados	PIB per capita elevado, *royalties* de hidrelétricas; mais de 50% de população indígena; áreas de garimpo e intensos conflitos de terra e ambientais	Acesso exclusivo por via fluvial; predominância de população ribeirinha; maior parte do município em reserva florestal (RESEX Tapajós-Arapiuns margem esquerda; FLONA margem direita)	Acesso geográfico com grande variação sazonal - via fluvial ou via terrestre; município de fundação recente (1997)	Acesso predominante por via fluvial; população nas duas margens do rio; totalidade da população (93,5%) beneficiária de Bolsa Família; pesca como importante fonte de renda: "Prainha, capital do Piracuí"
Atenção Primária à Saúde (2019)					

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
% Cobertura por ESF[3]	48,8%	77,5%	100%	100%	69,3%
n e % de população cadastrada e vinculada às equipes de APS[4]	20.777 (41,1%)	4.096 (29,0%)	5.069 (30,9%)	9.757 (67,8%)	19.688 (65,9%)
Total de UBS e postos de saúde[5]	8	7	7	7	12
Número de UBS sede[5]	4	1	1	3	1
Número de UBS rurais[5]	2	1	3	2	5
Número de postos de saúde rurais	2	5	3	2	6
Número de EqESF[6]	6	2	6	4	6
Número de EqESF Fluvial[6]	0	0	0	0	0
Número de EqESF Ribeirinha[6]	1	0	0	1	0
Número de Eq Saúde bucal[6]	2	2	1	1	2
Número de EqNASF[6]	1	0	0	1	0
Número de EqEACS[6]	7	2	0	1	3
Número de ACS (EqEACS + EqESF)[6]	125 (66+59)	21 (11+10)	54 (0+54)	27 (9+18)	85 (34+51)
Número de médicos PMM (nov/2018)[6]	4	1	6	4	5
Demais equipamentos da Rede de Atenção à Saúde no município					
Hospital Municipal[7]	1	1	0	0	0
Unidade Mista[7]	0	0	0	0	1
Nº de Leitos[7]	47	24	0	0	31
Centro de Saúde 24h[7]	0	0	1	1	0
Nº total de médicos contratados no município[8]	9	14	6	5	9
Unidade Odontológica Móvel[8]	0	1	1	1	1
Unidade móvel de suporte básico (SAMU)[8]	0	0	0	0	0
Unidades de Atenção à Saúde Indígena[8]	0	17	0	0	0
Unidade de Vigilância em saúde[8]	2	1	0	1	0
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)[8]	1	0	0	0	0
Academia da saúde[8]	0	1	0	0	1
Laboratório de Saúde pública[8]	0	1	0	0	0
Total de estabelecimentos de saúde privados[2]	0	0	1	0	1
% pessoas cobertas por planos de saúde suplementar (2017)[9]	0,3	0,8	0,5	0,3	0,2

UBS = Unidade Básica de Saúde; PS = Postos de saúde; EqESF = Equipes de Estratégia Saúde da Família; EqEACS = Equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; EqNASF = Núcleo Ampliado de Saúde da Família; ACS = Agentes Comunitários de Saúde.

1: IBGE, Cidades. https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ Acesso em 22/03/2021. **2:** Relatório da pesquisa de campo. **3:** Portal do gestor da Atenção Básica (egestor AB) – competência dez/2019. https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acesso em 23/03/2021. **4:** SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, Painel de Cadastro – 3º quadrimestre de 2019. https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml. Acesso em 23/03/2021. **5:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – Competência agosto/2019. Consultas de estabelecimentos. http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp e verificação durante a visita. Acesso em: 21/10/2019. UBS rurais não inclui postos de saúde indígenas; **6:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – Competência agosto/2019. Item consultas de equipes. http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 21/10/2019. **7:** Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (CNES) – Competência agosto/2019. Item tipos de estabelecimentos. **8:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – Competência agosto/2019. Item Consulta de profissionais, CBO médico e verificação durante a visita. Contagem inclui 10 médicos de pólo base indígena. **9:** http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/planilha. Acesso em 23/03/2021.

Territorialização da APS

Distribuição dos serviços de APS no território

A distribuição dos serviços de APS no território é diferenciada. Jacareacanga, Aveiro e Prainha possuíam uma UBS na sede e a maior parte distribuída pelos interiores, enquanto Rurópolis e Curuá apresentavam certo equilíbrio entre número de UBS na sede e nas zonas rurais. Observou-se importante diferença entre o tipo de estabelecimento cadastrado – UBS/USF/Postos de saúde – no SCNES e a forma real de organização das equipes nas UBS observada no campo, resultado de mudanças frequentes na disponibilidade de profissionais. Para manter equipes completas e garantir continuidade do financiamento federal havia remanejamento entre os profissionais das equipes. Observaram-se estabelecimentos no CNES classificados como posto de saúde, mas que funcionavam como UBS com equipes ESF completas; e outros no CNES classificados como UBS e que não contavam com equipe ESF completa.

Assim, neste estudo considerou-se UBS, os estabelecimentos com equipes ESF completas. Posto de saúde todos aqueles que não possuíam médicos na equipe, sendo as conformações de equipes observadas: a) EACS; b) enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS; c) somente técnico de enfermagem; d) enfermeiro e ACS; e) microscopista, técnico de enfermagem e ACS. (Quadro 1)

Em Aveiro e Curuá há médicos vinculados à UBS do interior que atendem a maior parte da semana na sede. Esta organização foi justificada pela ausência de energia elétrica nas UBS de origem, que reduz o escopo possível de ações.

Atendimento do tipo itinerante em áreas do interior foi observado em todos os municípios com formatos diferenciados. Rurópolis e Aveiro realizam atendimento itinerante de forma regular/periódica. Mensalmente ou semanalmente médicos da sede ou demais profissionais da ESF se deslocam para comunidades do interior sem cobertura ou sem energia elétrica e se agregam a equipes incompletas do interior para atendimento. Jacareacanga, Curuá e Prainha fazem atendimento itinerante no formato de “mutirão”, com equipes da sede se deslocando, sem periodicidade definida, para comunidades do interior. Em Jacareacanga, esse atendimento ocorre em UBS rurais – uma UBS por mês (no período de aproximadamente 4 a 6 meses, uma UBS recebe a equipe itinerante); Curuá e Prainha priorizam atendimento em territórios rurais descobertos/comunidades

mais distantes sem cobertura. Ambos os tipos de atendimento itinerante, regular ou mutirão, têm foco em consultas e atualização de calendário vacinal. Os custos com transporte para esses atendimentos itinerantes sempre são apontados como desafios para os gestores.

Em busca de ampliação de acesso e cuidado às comunidades ribeirinhas, Jacareacanga e Curuá estavam em fase de implantação de UBS fluvial no momento da visita e Rurópolis e Curuá possuem equipes ribeirinhas. As ESF ribeirinhas desempenham suas funções em UBS localizadas a beira de rios e lagos; e as ESF fluviais, de forma itinerante em UBS Fluviais, embarcações construídas ou adaptadas para prestação de atencão à saúde. Os demais municípios atendem população ribeirinha, contudo sem ESF ribeirinhas credenciadas, principalmente devido dificuldades de fixação de profissionais.

Adscrição e cadastro da população

Ainda que haja um importante deslocamento/circulação das equipes entre sede e interior, a adscrição formal da população às UBS seguiu o padrão da Política Nacional de Atenção Básica, ou seja, por equipe urbana ou rural, conforme residência do usuário. Todos os MRR possuem áreas descobertas, visto a dispersão da população nos territórios rurais e dificuldades de fixação de profissionais nas equipes. O número de ACS por equipe variou de 2 a 22 ACS, conforme tipo de equipe, ESF ou EACS, e área de atuação (sede/interior), com acompanhamento de 120 a 700 pessoas por ACS. Os ACS de áreas rurais para realizar visitas necessitam deslocar-se e percorrer maiores distâncias no cotidiano e acompanhavam menos famílias.

A sazonalidade impacta na territorialização. Em quase todos os MRR há presença de comunidades isoladas em épocas de chuva ou seca, com exceção de Jacareacanga. Em Curuá e Prainha, há necessidade de cadastro duplicado de usuários/ famílias em UBS da sede e do interior, devido à migração sazonal de parte da população. Algumas famílias passam seis meses na sede e seis meses no interior. O processo participativo na territorialização dos municípios mostrou-se frágil, seja referente à participação dos ACS ou do controle social, com destaque positivo para Rurópolis (Quadro 1).

Quadro 1. Territorialização da Atenção Básica nos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Distribuição dos serviços de APS no território					
Quantidade de UBS e postos de saúde no território	4 UBS na sede, 2 UBS e 2 postos de saúde no interior	1 UBS na sede, 1 UBS e 5 postos de saúde no interior	1 UBS na sede, 3 UBS e 3 postos de saúde no interior	3 UBS na sede, 2 UBS e 2 postos de saúde no interior	1 UBS na sede, 5 UBS e 6 postos de saúde no interior
Distribuição das UBS sede-interior	UBS distribuídas pela sede e pelos interiores	UBS majoritariamente distribuídas pelos interiores	UBS majoritariamente distribuídas pelos interiores	UBS distribuídas pela sede e pelos interiores	UBS majoritariamente distribuídas pelos interiores
Presença de postos de saúde ou pontos de apoio para atuação das equipes em áreas do interior	Postos de saúde com 3 equipes EACS e uma equipe com enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS	Postos de saúde com microscopista, técnico de enfermagem e ACS	2 postos de saúde com médico apenas 1x/semana	Escolas como ponto de apoio para atendimento de equipe ribeirinha – 1 escola para cada 3 comunidades	Postos de saúde com técnico de enfermagem e 1 UBS para referência
Presença de postos de saúde ou polos-base de saúde indígena no interior	Não	Sim (17)	Não	Não	Não
Equipes ESF em UBS da sede e do interior	Sim				
Equipes do interior são alocadas na UBS da sede	Não	Não	Sim, 2 médicos do interior atendem na sede 4x/semana e 1x/semana no interior	Sim, 1 médico atende UBS da sede e, uma vez por mês em ESF ribeirinha	Não
Atendimento itinerante periódico/regular, em áreas do interior	Mensalmente, profissionais da sede atendem locais descobertos e se agregam às equipes incompletas no interior	Não mencionado	Semanalmente, médicos se deslocam para 2 UBS do interior sem energia elétrica (ações principais: consultas e vacinação)	Não mencionado	Não mencionado
Atendimento itinerante (mutirão), em áreas do interior	Não mencionado	Uma ou duas vezes por mês, uma equipe itinerante faz atendimentos nas UBS rurais (1 mês para cada UBS – aproximadamente entre 4 e 6 meses, 1 UBS recebe a equipe);	Não mencionado	Equipe itinerante da sede para territórios rurais descobertos, principalmente para consultas e vacinação	Antes do PMM atendimento itinerante por um médico. Atualmente, todas as UBS fazem atendimento itinerante em comunidades mais distantes (foco em vacinação, consulta médica e coleta de preventivo)
Processo de implantação de UBS Fluvial	Julgado como não necessário: comunidades com acesso fluvial "estreito e raso", cuja UBS fluvial não	UBS Fluvial aguardando previsão de inauguração	Não mencionado	Construção da UBS Fluvial em andamento, com previsão para inauguração no próximo ano	Não mencionado

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
	alcançaria				
Atende população ribeirinha	ESF ribeirinha sem sede fixa que atende diferentes comunidades a cada 15 dias.	Atendimento itinerante por equipe do interior, em posto com EACS	3 UBS rurais atuam em áreas ribeirinha, mas não credenciadas como ESF ribeirinha	ESF ribeirinha atende 13 comunidades, a partir de PS rural com EACS. Mensalmente, por 7 dias, equipe EACS é ampliada com médico, enfermeiros e técnicos	Parte das UBS do interior atendem áreas ribeirinhas que vivem à margem direita do rio Amazonas, oposto à sede do município
Adscrição e cadastro da população					
Delimitação das microáreas dos ACS	ACS participaram do mapeamento do território, com número de famílias dividido em quantidades iguais e local de moradia dos ACS	ACS participaram do mapeamento do território para distribuição das microáreas. ACS da sede também se responsabilizam por áreas de garimpo	ACS selecionados por microárea de moradia, com ampliação posterior cobrindo novas áreas	ACS alocados pela SMS em microáreas com maior população e maior necessidade, com ampliação posterior devido afastamento de profissionais sem reposição	ACS alocados pela enfermagem conforme local de moradia. Algumas equipes conheceram o número de famílias após realizar os cadastros
Cadastramento da população nas ESF	Adscrição da população por ESF/EACS urbana ou rural, conforme residência				
Cadastro duplicado em UBS da sede e do interior	Não	Não	Não	Sim, devido migração de população em época de seca por dificuldades com deslocamento	Sim, devido migração de população do interior em época de chuvas por alagamentos
Presença de áreas descobertas pela ESF	Sim, principalmente no interior e áreas limítrofes	Sim, 3 regiões do município	Sim, 2 comunidades do interior	Sim, 9 comunidades – 3 na região de várzea da ESF ribeirinha; 4 na região de rios; 2 na região de terra firme.	Sim, principalmente áreas no "planalto"
Presença de comunidades isoladas em decorrência de situações climáticas	Sim, em época de chuvas	Não. Há migrações decorrentes de atividades agrícolas por redução da produtividade do solo	Sim, comunidades inundadas nas cheias dos rios. Na seca, os barcos param no meio do rio e as pessoas precisam percorrer trechos a pé	Sim, épocas de seca é difícil o deslocamento fluvial, com único deslocamento possível a pé ou por pequenas embarcações (bajaras)	Sim, em períodos de chuvas, há alagamento de casas de populações de várzea, que por vezes migram para a sede, levando rebanhos.
Participação do controle social na territorialização	Sim, conselho municipal de saúde	Não mencionado	Não mencionado	Não mencionado	Não mencionado

Fonte: Dados primários da Pesquisa Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos do Brasil

Escopo de práticas e organização da agenda

Oferta de ações

As UBS de todos os municípios ofertam consultas de enfermagem. Há falta de médicos em várias UBS do interior, o que gera descontinuidades/intermitência da prestação de consultas médicas. A oferta de consultas odontológicas ocorre somente na sede dos MRR, inclusive para a população do interior que necessite de algum atendimento de urgência. Foram comuns relatos de sobrecarga ou atendimentos odontológicos focados em extração, uma vez que uma equipe de saúde bucal é responsável pelo suporte para até três equipes de saúde da família.

A maior parte das UBS ofertam imunização de rotina, coleta de preventivo e acompanhamento dos programas de saúde. A exceção são as UBS sem energia elétrica regular presentes em Aveiro, Curuá e Prainha, cujo escopo de ações é muito reduzido. A dispensação regular de medicamentos, em geral, é descentralizada, com farmácia básica em todas as UBS, não sendo disponibilizada em postos de saúde. Contudo, a logística para o transporte dos medicamentos até os municípios, torna os medicamentos ainda mais onerosos, com atrasos no abastecimento e insuficiência. Dois municípios, como paliativo, repõem medicamentos por meio da estratégia de emenda parlamentar (Rurópolis) e utilizando-se de *royalties* de hidrelétricas (Jacareacanga).

Somente Rurópolis possui coleta de exames de sangue e urina nas UBS (4x/semana na sede e 1x/semana no interior). Em todos os demais, a coleta é realizada no pequeno hospital dos municípios/centro de saúde 24h/unidade mista da sede. Em Jacareacanga, Aveiro, Curuá e Prainha, os testes rápidos são realizados apenas em algumas UBS e limitados às gestantes. Grupos de educação em saúde (os chamados "grupões") são incipientes em todos os municípios e quando ocorrem, se limitam a campanhas temáticas como outubro rosa ou hipertensão/diabetes e pré-natal, sem periodicidade definida.

Organização da agenda

A organização da agenda dos MRR é feita por programas de saúde por turno, com distribuição de fichas para atendimento de demanda programada e reserva de algumas fichas para demanda espontânea, com relatos de insuficiência do número de vagas na sede. Alguns médicos entrevistados relataram intencionalidade de 70-80% de atendimento de demanda espontânea e 20-30% programada, mas têm dificuldades de

realizar pela lógica habitual de funcionamento da UBS. Logo, o que predomina são os atendimentos para a demanda programada com maior espaço na agenda diária.

Uma estratégia amplamente utilizada nas UBS rurais é o "sobreaviso" A estratégia mais diferenciada de organização da APS exclusiva das áreas do interior é o sobreaviso, um plantão de atendimento nas UBS, realizado por técnicos de enfermagem e/ou enfermeiros nos horários não comerciais de funcionamento da UBS, das 18 horas às 7 horas da manhã (período em que a UBS fica fechada), e nos fins de semana. Em caso de urgência, o profissional de sobreaviso é acionado, em seu domicílio, e se desloca até a UBS para o atendimento. Dependendo da gravidade do caso, outros profissionais podem ser acionados ou o paciente é encaminhado no carro/embarcação da SMS, para o hospital/centro de saúde 24h/unidade mista da sede. Tal iniciativa é mais voltada a procedimentos ou estabilização para transporte do paciente, amenizando a carência de atendimentos de urgência no interior e o impacto dos grandes deslocamentos até a sede dos MRR para um primeiro atendimento. Rurópolis, Aveiro e Curuá disponibilizam ambulâncias em parte de suas UBS do interior. (Quadro 2)

Quadro 2. Escopo de práticas e organização da agenda nos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	**Jacareacanga**	**Aveiro**	**Curuá**	**Prainha**
Oferta de ações					
Consulta médica em todas as UBS	Sim, com intermitência por falta de médicos	Não, regularmente somente em 1 UBS da sede e 1 do interior	Sim, com intermitência por falta de médicos	Sim, com intermitência por falta de médicos	Sim, com intermitência por falta de médicos
Consulta de enfermagem em todas as UBS	Sim, com atribuições ampliadas na falta de médico na equipe				
Consultas odontológicas	2 equipes de saúde bucal que atendem na sede	2 equipes de saúde bucal que atendem na sede	1 equipe que atende na sede	1 equipe que atende na sede	2 equipes que atendem na sede
UBS ofertam imunização	De rotina em todas as UBS – sede e interior	De rotina nas UBS da sede. No interior, em campanhas, inclusive realizada nos domicílios	De rotina em UBS da sede e interior, com exceção de 2 postos de saúde do interior sem energia elétrica 24h	De rotina em UBS da sede e interior, com exceção de 2 postos de saúde do interior sem energia elétrica 24h	De rotina em UBS da sede e interior, com exceção de postos de saúde do interior sem energia elétrica 24h
UBS dispensam medicamentos	Sim, regularmente, com suporte financeiro de emendas parlamentares	Sim, regularmente, com suporte financeiro de *royalties* de hidrelétricas	Sim, embora com constante insuficiência. Postos de saúde não disponibilizam.	Sim, embora com constante insuficiência. Postos de saúde não disponibilizam.	Sim, embora com constante insuficiência. Postos de saúde não disponibiliza m.
UBS realizam coleta de exame de sangue e urina	Sim, nas UBS da sede. No interior, há coleta uma	Não. Coleta centralizada no hospital da sede	Não. Coleta centralizada no Centro de Saúde	Não. Coleta centralizada no Centro de Saúde	Não. Coleta centralizada na Unidade

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
	vez por semana				Mista da sede.
UBS realiza testes rápidos para gestantes	Não, apenas no hospital	Sim, em algumas UBS	Sim, em algumas UBS	Sim, em algumas UBS	Sim, em algumas UBS
UBS realiza grupos de educação em saúde	Não, apenas em campanhas temáticas esporádicas	Não, apenas em campanhas temáticas esporádicas	Sim, em algumas UBS, "grupão" para hiperdia, mas sem periodicidade.	Sim, em algumas UBS, "grupão" para hiperdia e planejamento familiar, mas sem periodicidade.	Sim, em algumas UBS, "grupão" para hiperdia e pré-natal, mas sem periodicidade .
Organização da agenda					
Agenda organizada por programas por turno	Sim, em geral um programa/turno				
Distribuição de fichas para atendimento de demanda programada	Sim, cerca de 15 fichas por turno /profissional	Sim, cerca de 20 fichas médico e 15 fichas enfermeiro	Sim, 10 a 12 fichas por turno/ profissional	Sim, 7 fichas por turno/ profissional	Sim, 10 a 14 por turno/ profissional
Atendimento de demanda espontânea na UBS	Sim. Com reserva de fichas por vezes insuficientes para a demanda na sede. UBS do interior sempre atende no mesmo dia	Sim, com reserva de fichas. UBS do interior priorizam demanda programada	Sim, com reserva de fichas: 5 fichas/turno	Sim, com reserva de fichas: 3 fichas/turno. Médicos PMM priorizam demanda espontânea	Sim, com reserva de fichas: 3 a 5 atendimentos médicos/ turno. Médico interior com baixa demanda
Equipe da sede atende usuários do interior com prioridade	Não. Há diversas UBS no interior	Sim, é priorizado atendimento no mesmo dia para os usuários residentes em áreas mais distantes	Sim, na sede é priorizada demanda espontânea do interior no turno da manhã, considerando-se as distâncias de deslocamento	Não mencionado	Não mencionado
Sobreaviso em UBS ou postos do interior	Sim, por técnicos de enfermagem e se necessário, enfermeiros, das 18h às 7h e fins de semana	Sim, por técnicos de enfermagem, das 18h às 7h	Sim, por técnicos de enfermagem ou enfermeiros. Das 18h às 7h	Sim, por enfermeiros, das 18h às 7h e fins de semana.	Sim, por técnicos de enfermagem e se necessário, enfermeiros, das 18h às 7h
UBS rurais com ambulâncias/ transportes de doentes para urgência	Sim, em 3 UBS rurais	Não	Sim, 1 ambulancha e 1 voadeira para urgências em áreas ribeirinhas	Sim, em 2 UBS rurais	Não

Fonte: Dados primários da Pesquisa Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos do Brasil

Colaboração interprofissional

Na divisão de tarefas entre médicos e enfermeiros, a atividade do médico é centrada em assistência individual nas UBS, com raros relatos de participação em visitas domiciliares e grupos de educação em saúde, enquanto os enfermeiros dividem suas

atribuições entre assistência individual programática, supervisão mensal dos ACS, gerência da UBS, visitas domiciliares e de forma menos frequente, atividades de grupo. A estratégia de consultas intercaladas entre enfermeiros e médicos é empregada no acompanhamento de gestantes e pacientes com hipertensão e diabetes. Em geral, o diagnóstico e o atendimento de casos descompensados são de responsabilidade do médico, já o acompanhamento e os casos controlados são de responsabilidade da enfermeira.

Os enfermeiros e ACS de áreas rurais têm um escopo de ação ampliado. O trabalho dos ACS envolve desde ações individuais e familiares até coletivas e administrativas, observando-se variação entre os municípios, quanto aos procedimentos executados. Por exemplo, ACS do interior em Jacareacanga têm responsabilidades no controle da malária; em Rurópolis, Curuá e Prainha, auxiliam no transporte de usuários; em Jacareacanga, Aveiro e Prainha, aferem pressão arterial (Quadro 3)

Em Rurópolis, os enfermeiros atuam em conjunto com ACS e com profissionais do NASF, com destaque para visitas domiciliares, estudos de caso e grupos com os usuários. Já em Curuá, outro município com NASF, as ações conjuntas ainda não haviam iniciado, devido organização recente do NASF. Jacareacanga e Aveiro ofertam ações em parceria com os Distritos Especiais de Saúde Indígena (DSEI), como aquisição e distribuição de medicamentos.

Quadro 3. Colaboração interprofissional nos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	**Jacareacanga**	**Aveiro**	**Curuá**	**Prainha**
Colaboração interprofissional					
Divisão de tarefas/atribuições do enfermeiro	Assistência individual por programas (pré-natal, puerpério, crescimento e desenvolvimento infantil, controle CCU), atividades de grupo, supervisão ACS, gerência UBS (imunização, agenda, insumos, contabilização da produção), visitas domiciliares				
Divisão de tarefas/atribuições do médico	Foco na assistência individual na UBS. Relatos raros de participação em visitas domiciliares e grupos de educação em saúde.				
Atribuições gerais dos ACS	Escopo de práticas abrangente: acompanhamento familiar (identificação de vulnerabilidades, acompanhamento de condicionalidades PBF); cuidados e medidas preventivas individuais (busca ativa de faltosos, orientações e pequenos procedimentos); abordagem coletiva (mobilização para participação nos grupos, auxílio nas campanhas de vacinação); atividades administrativas (cadastros, aviso sobre marcação de consulta especializada) e visitas domiciliares rotineiras com objetivos de cadastro, cuidado ou informação.				
Atribuições específicas dos ACS do interior	Uso de *tablet* para registros (sede e interior) e auxílio no transporte de usuários	Coleta de exame de malária, auxílio às ações do microscopista, aferição de pressão arterial e primeiros socorros	Aferição de pressão arterial	Auxílio no transporte de usuários	Auxílio no transporte de usuários e aferição de pressão arterial
Consultas intercaladas entre	Sim, para acompanhament	Sim, para acompanhament	Sim, para acompanhament	Sim, para acompanhament	Sim, para acompanhame

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
médico e enfermeiro	o de HAS e DM e pré-natal	o de pré-natal	o de pré-natal e alguns casos de pacientes com HAS e DM	o de pré-natal	nto de pré-natal e alguns casos de pacientes com HAS e DM
Compartilhamento de trabalho entre médico e enfermeira	Atendimento de casos descompensados com médico / casos controlados com enfermeira Diagnóstico com médico / acompanhamento com enfermeira				
Atuação conjunta da equipe AB com NASF	Enfermeiros e ACS: visitas domiciliares, estudos de caso e grupos com os usuários. NASF composto por psicólogo, nutricionista, educador físico, assistente social e farmacêutico	Não há NASF	Não há NASF	Não, ações do NASF ainda incipientes. NASF composto por nutricionista, fisioterapeuta e farmacêutico	Não há NASF
Parceria com os distritos especiais de saúde indígena (DSEI) para abastecimentos	Não há área indígena	Sim, para medicamentos, vacinas e soro (antiofídico e antiescorpiônico)	Sim, especialmente medicamentos e materiais permanentes para UBS	Não há área indígena	Não há área indígena

Fonte: Dados primários da Pesquisa Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos do Brasil

Iniciativas de atração ou fixação profissional

A maioria dos profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) concentra-se na sede dos MRR, com ESF frequentemente incompletas no interior. O vínculo trabalhista dos profissionais, em geral, é por contrato temporário, com exceção dos médicos PMM (bolsistas) e dos ACS (concursados).

A disponibilidade de profissionais, especialmente médicos é um importante desafio para o conjunto dos municípios, principalmente em áreas mais remotas, com exigências insustentáveis, salariais por exemplo, R$40.000,00 para uma jornada de 15 dias no pequeno hospital ou divisão de carga horária entre municípios para duplicação de remuneração. O Programa Mais Médicos melhorou radicalmente o provimento de médicos, além de qualificar o atendimento, a continuidade da assistência e reduzir a sobrecarga de atendimentos nos hospitais e centros de saúde 24h. Relatos apontaram que com o Programa, muitas comunidades tiveram acesso à assistência médica contínua na UBS pela primeira vez. Em contrapartida, o rompimento de contrato com os médicos cubanos PMM, em fins de 2018, retomou os vazios assistenciais, descontinuou financiamento federal da ESF, sobrecarregou hospitais e reduziu acesso, com tamanho impacto que, no momento da entrevista, em 2019, seis meses depois, os municípios não haviam conseguido reposição de parte dos médicos.

Dentre as estratégias para atração e fixação de profissionais nos MRR, visualizamos os componentes de contratação, formação e apoio aos profissionais. Há prioridade de contratação de profissionais nascidos no município ou região, em Rurópolis e Jacareacanga; previsão de concurso público em Rurópolis (para todas as categorias profissionais da saúde) e Jacareacanga (para ACS), algo já ocorrido em Aveiro (para enfermeiros e ACS); e gratificação profissional para os profissionais de sobreaviso em Rurópolis, Jacareacanga e Prainha, e atuantes em ações itinerantes (Jacareacanga).

Rurópolis e Curuá buscaram parcerias privadas para formação com desenvolvimento de curso técnico de enfermagem no município. Iniciativas de educação permanente para os profissionais em exercício são incipientes em todos os MRR.

O apoio municipal aos profissionais de saúde foi expresso por moradia, transporte e melhorias de infraestrutura. A moradia é financiada para os médicos PMM em Rurópolis e Prainha, e há uma casa do município para os profissionais da equipe em uma comunidade no interior em Aveiro, assim como, disponibilidade de um quarto para enfermeiro de área rural em Curuá. Não é usual a disponibilidade de transporte da SMS para as equipes executarem ações rotineiras em seus territórios. Embora ressaltado como de grande relevância por todos os profissionais, transportes como caminhonete, carro ou lancha da SMS ou alugados, são disponibilizados apenas mediante planejamento/agendamento. Demais subsídios de transporte foram sinalizados somente para médico em Rurópolis e Curuá e para ACS do interior em Prainha.

Melhorias da infraestrutura da UBS foram apontadas em quase todos os municípios, com exceção de Jacareacanga, que estava com a construção em curso de uma UBS fluvial, inaugurada em 2021. O financiamento para melhoria da infraestrutura nos MRR envolveu recursos federais do Programa Requalifica UBS, com autorizações em 2013-2014 (Rurópolis, Aveiro e Curuá), recursos próprios dos municípios (Aveiro) e aporte proveniente de emendas parlamentares (Rurópolis e Prainha) (Quadro 4).

Quadro 4. Iniciativas para atração ou fixação profissional nos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	**Jacareacanga**	**Aveiro**	**Curuá**	**Prainha**
Tipo de vínculo empregatício dos profissionais ESF	Médicos: bolsistas PMM ACS: concursados Enfermeiros e demais profissionais: contrato temporário				
Equipes com médicos PMM	Sim				
Prioridade de contratação de profissionais nascidos no município ou	Sim, enfermeiros do município	Sim, enfermeiros da região	Não mencionado	Não mencionado	Não mencionado

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
região					
Concurso público	Sim, para todas as categorias de profissionais de saúde da UBS, realizado no segundo semestre 2019	Sim, para reposição de ACS. O último ocorreu em 2013	Houve concurso em 2018 para enfermeiros e ACS	Não mencionado	Não mencionado
Algum tipo de gratificação profissional ou remuneração adicional	Gratificação para os enfermeiros do sobreaviso	Gratificação para os profissionais de sobreaviso; e diárias para enfermeiros para ações no interior	Não	Não	Gratificação para os enfermeiros do sobreaviso
Formação de técnico de enfermagem no município	Sim	Não mencionado	Não mencionado	Sim	Não mencionado
Moradia para profissionais, disponibilizada pela prefeitura	Sim, auxílio moradia de R$3.000,00 para médicos PMM	Não mencionado	Sim, uma casa do município próxima a UBS em uma comunidade do interior	Sim, quarto para enfermeiro em uma comunidade do interior	Sim, auxílio moradia de R$1500,00 para médicos PMM
Apoio de transporte municipal para os profissionais	Sim, caminhonete com motorista para médica da sede atender em área rural	Não	Não	Sim, moto para 2 médicos que atuam na UBS do interior	Sim, para alguns ACS do interior foi disponibilizada moto e combustível para VD
Disponibilidade de transporte para ações da equipe no território	Sim, caminhonetes traçadas da SMS com uso mediante agendamento	Sim, carro da SMS, caminhonete ou voadeira alugadas, conforme planejamento	Sim, lancha da SMS para UBS do interior, com uso mediante agendamento	Sim, carro da SMS disponibilizado para as ações de equipes da sede para área rural	Sim, nas áreas de ESF há um carro da SMS. Para áreas ribeirinhas, há aluguel de barco ou lancha, mediante planejamento
Melhorias da infraestrutura das UBS	Sim, UBS da sede e do interior com recursos do Requalifica UBS e emendas parlamentares	Não. Construção de UBS fluvial em curso	Sim, melhorias com recursos do Requalifica UBS e próprios do município	Sim, UBS da sede e do interior, com recursos do Requalifica UBS	Sim. Alguns equipamentos com recurso de emendas parlamentares

Fonte: Dados primários da Pesquisa Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos do Brasil

Tecnologias de informação e comunicação

A estratégia e-SUS AB é utilizada por todos os municípios, contudo, em formatos diferenciados: a ferramenta do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) foi implantada em três municípios: integralmente em Rurópolis e UBS piloto em Prainha e Curuá. Nas demais UBS de Prainha e Curuá, assim como em Jacareacanga e Aveiro, o uso é de fichas de papel – coleta de dados simplificada (CDS) com digitação dos dados feita na UBS e enviada via SMS. A experiência de adoção dos *tablets* para ACS registrarem seus

cadastros e visitas, inclusive os de comunidades vicinais, foi implementado em 2018, em Rurópolis, com importante investimento em tecnologia de comunicação e estruturação de equipe de informática. Em Prainha, o uso de *tablets* estava sendo testado em uma UBS da sede.

O telessaúde não é uma ferramenta utilizada pelas equipes, salvo em iniciativas individuais de profissionais para realizar cursos ou formação obrigatória dos médicos PMM. Não há telefone em nenhuma UBS, mas há internet disponível nas UBS da sede dos municípios e em parte das UBS do interior, embora com conexão inconstante. O WhatsApp é a ferramenta mais utilizada para comunicação entre os profissionais do interior e sede e da sede com município de referência. Em Prainha é comum o envio de bilhetes pelo ônibus ou embarcação para comunicação da equipe com usuários.

DISCUSSÃO

Uma Atenção Primária que garanta a integralidade do cuidado precisa ser planejada integrada aos demais níveis de atenção do sistema e articulada com outras políticas públicas, associando acesso oportuno e resolutividade às ações de prevenção e promoção da saúde. Ao mesmo tempo que a APS se constitui como porta de entrada, impulsiona necessidades de cuidados que exigem continuidade da atenção e coordenação dos cuidados na rede de atenção (Almeida et al, 2013).

O contexto amazônico, marcado por injustiças ambientais, disputas territoriais e modelos de desenvolvimento que impactam diretamente o modo de vida das populações (Porto et al., 2013), demanda organização dos serviços de saúde capazes de responder a intenso movimento migratório, maiores riscos laborais e até situações de violência. Numa perspectiva mais abrangente, serviços que consigam atuar de forma articulada para impactar na redução de vulnerabilidades a que estão submetidas as populações. O exemplo mais explícito dentre os casos estudados foi o município de Jacareacanga. Sua forte atividade de garimpo ilegal, em município com mais de 80% do território inserido em terras indígenas ou unidades de conservação, onde a extração de ouro é proibida, atrela-se a crimes ambientais como desmatamento, queimadas, contaminação e assoreamento das águas, além de questões sociais gritantes como violências de gênero, prostituição e disputas de terra, inclusive de territórios indígenas.

A territorialização de equipes e UBS exige arranjos diferenciados. Os resultados permitem identificar padrões de distribuição das UBS nos territórios, com especificidades relacionadas à presença de áreas de proteção ambiental e indígenas, às formas de

territorialização adotadas pelos municípios, aos modos de concentração da população em localidades do interior e dispersão de famílias em territórios isolados. Isso gera uma distribuição das UBS no interior dos MRR que não consegue abarcar todo o território.

A distribuição atual das UBS está condicionada aos contextos sociais, políticos, geográficos e demográficos. Não é possível, portanto, que incentivos federais estabeleçam um padrão uniforme de distribuição das UBS para todos os territórios. Devem orientar-se por planejamento local com participação social. Nesse sentido, Rurópolis é um exemplo de como o empenho municipal associado a iniciativas de participação social consegue produzir uma melhor territorialização. Prainha, por outro lado, mostra as imensas dificuldades geográficas nessa territorialização, com população presente nas duas margens do rio Amazonas.

A delimitação da área de atuação dos ACS, em especial do interior, envolve uma territorialização mais fluida, por vezes com áreas não contíguas, demandando menor número de famílias por ACS, a depender da concentração da população no território. É essencial apoio da SMS de transporte para deslocamentos, como observado em algumas localidades, uso de moto ou pequena embarcação com combustível. (Baptistini e Figueiredo, 2014)

Os esforços de territorialização das gestões municipais, contudo, isoladamente podem não ser suficientes para que a população adscrita procure o serviço definido. Sabe-se que dimensões como acessibilidade, disponibilidade do serviço e escopo de ações, organização dos processos de trabalho, longitudinalidade e vínculo, influenciam a procura e a satisfação dos usuários em relação aos serviços de APS (Starfield, 2002; Moraes et al, 2014; Fausto et al, 2014).

Na ausência de oferta cotidiana de serviços pelos interiores, os gestores municipais de todos os municípios desenvolvem estratégias itinerantes de assistência, periódicas/regulares ou em “mutirão” sem periodicidade. Embora os atendimentos móveis, muitas vezes sejam a única forma de oferta de assistência às comunidades mais remotas, o formato mutirão, com uma prática focada na lógica campanhista não garante nem acesso, nem continuidade do cuidado.

As modalidades de atenção da política nacional de atenção básica, específicas para essas áreas, ESF ribeirinha e UBS fluvial, estiveram pouco presentes nos casos estudados. Estudos sobre estas modalidades mostram indiscutíveis avanços de acessibilidade e cobertura da AB (El Kadri et al, 2019; Lima et al, 2021), mas ainda que se proponham a oferta de cuidados rotineiros, apresentam características de itinerância,

raramente garantindo atendimento com periodicidade regular. Apresentam desafios como curtos tempos de permanência em cada comunidade associado ao volume de comunidades a serem atendidas, envolvimento limitado do ACS e financiamento insuficiente para grandes deslocamentos e para manutenção de equipes (Garnelo et al, 2020). Há problemas de sustentabilidade dessas equipes por custeio federal, em especial UBS Fluvial, sendo condicionado o funcionamento à contrapartida do município.

Modelos itinerantes ou serviços de visitas periódicas são frequentes em comunidades rurais remotas em diferentes países, com distintas conformações, visando melhores resultados em saúde, maior continuidade e menores custos na assistência. Contudo, em geral, estão associados a outros modelos de intervenção, com atendimentos contínuos (Wakerman et al, 2008). Exemplos de experiências internacionais como O Programa *Mobile Integrated Community Health (MICH)* nos EUA que combinam visitas domiciliares, com telefonemas periódicos de acompanhamento e telessaúde conforme necessidade (RHIHub, 2021); ou como *Fly-in Fly-out e Drive-in Drive-out* no Canadá, que abarcam diferentes formatos de deslocamentos/viagens das equipes para as comunidades rurais por mais ou menos tempo, preferencialmente com um mesmo grupo de profissionais atendendo a mesma comunidade (Carey et al, 2018). Na realidade dos MRR estudados, embora o atendimento itinerante seja necessário, precisa traduzir-se não somente em ações esporádicas, mas sim em visitas periódicas e com maior resolutividade.

O escopo de ações no interior de todos os municípios é limitado/seletivo, salvo algumas exceções de UBS. O atendimento médico é intermitente, atendimento de saúde bucal somente na sede, não há realização de exames, nem testes rápidos e há suficiência de medicamentos – na sede e interior. Identifica-se uma centralidade de ações nos centros de saúde/pequenos hospitais da sede dos municípios. A atividade mais contínua em todo o conjunto das UBS são as consultas de enfermagem e a imunização. Algumas UBS do interior de Rurópolis e Aveiro mostraram-se bem equipadas para atendimentos de urgência.

Duas iniciativas locais para atendimento nas UBS do interior são destaque em todos os municípios: o sobreaviso para atendimentos de urgência e as ações itinerantes. Há necessidade de qualificar essas iniciativas para garantia do cuidado contínuo, por meio de financiamento específico que possibilite visitas periódicas, tanto para remuneração de profissionais, como para apoio de transporte para deslocamento de usuários e profissionais.

A disponibilidade contínua de profissionais de saúde representa um desafio em todo o mundo, com escassez de profissionais chegando a ser mais que o dobro nas áreas rurais do que nas áreas urbanas (Scheil-Adlung, 2015). Dentre os fatores que dificultam a atração e fixação dos profissionais em áreas rurais estão: gastos elevados para manutenção de profissionais, carência em estrutura e insumos dos serviços, condições desfavoráveis de trabalho, qualificação profissional não voltada aos contextos rurais e mesmo, apoio insuficiente na Rede de Atenção à Saúde (Franco et al, 2021, no prelo).

Nos casos estudados, tal cenário impacta diretamente o modelo de equipes de atenção básica adotado pelos MRR e as estratégias de organização e oferta de serviços, com diferentes conformações. Há relatos frequentes de ESF incompletas (principalmente sem médicos) sendo descredenciadas como ESF e convertidas em EACS. Ou, de equipes originalmente cadastradas em UBS do interior que são alocadas na sede dos MRR e periodicamente se deslocam para atendimento no interior.

Estudos internacionais classificam estratégias de atração e fixação profissional em tipos: educacionais, regulatórias e de suporte profissional e pessoal (Grobler et al, 2015; WHO, 2010). A maior parte dos países da América do Sul mantêm cooperação com Cuba para a provisão de médicos para a atenção primária à saúde, além de investimentos em pós-graduações/residências em medicina de família e comunidade (Giovanella e Almeida, 2017), ou em estágio/internatos de saúde rural na graduação de medicina. Estratégias regulatórias de atuação de recém-formados em áreas rurais e planos de carreiras, embora incomuns, são outros fatores de fixação profissional (Grobler et al, 2015; Wonca, 2013). Suporte profissional e pessoal são relativos à possibilidade de participação em treinamentos/atualizações profissionais, e suporte às necessidades familiares como moradia e educação para crianças (Grobler et al, 2015).

Em cenários com importante insuficiência de profissionais, como nos nossos estudos de caso, a atuação colaborativa entre equipe multidisciplinar nas áreas rurais, mostrou ser ainda mais importante para uma APS resolutiva, muitas vezes, demandando profissionais com escopo de atuação ampliado e com maior capacidade comunicativa e suporte clínico a distância.

Estudos australianos e norte-americanos exemplificam contribuição da telemedicina e telessaúde na ampliação do acesso e prestação de serviços, com potencial para economia de viagens, menor necessidade de atenção hospitalar, acompanhamento domiciliar regular mais eficiente, em especial para doenças crônicas e maior satisfação dos pacientes (Meade e Dunbar, 2004; Totten et al, 2016). Tais estratégias ainda não

foram incorporadas nos modelos de organização de serviços da APS em áreas rurais no contexto brasileiro estudado, salvo iniciativa pontual de uso de tablet por alguns ACS.

O estudo de casos múltiplos permitiu, portanto, observar a diversidade de contextos e necessidade de organização da APS para atender as especificidades em municípios rurais remotos.

O município de Rurópolis traz um exemplo positivo na gestão municipal de saúde, com continuidade administrativa; empreendedorismo e engajamento das gestoras com formação em saúde coletiva; além de identidade regional/cultural, estimulada na contratação de profissionais. Suas iniciativas vêm resultando em melhorias na infraestrutura das UBS, ampliação da cobertura, oferta e qualidade do cuidado, incluindo implantação de NASF e maior periodicidade de atendimento itinerante nos interiores.

O município de Jacareacanga, com forte atividade de garimpo ilegal e predomínio de terras indígenas, exige articulação da secretaria municipal de saúde com o DSEI para garantia de atenção dos diferentes grupos populacionais. O aporte dos *royalties de hidrelétricas* trouxe alguns benefícios de estrutura assistencial, como laboratório de entomologia e malária e abastecimento mais regular de medicamentos. Contudo, é acompanhado por conflitos intensos de disputa pela terra e ambientais.

Aveiro, Prainha e Curuá, com acesso predominantemente fluvial, poderiam ser mais beneficiados com a ampliação e qualificação de modalidades diferenciadas de ESF na PNAB, UBS fluviais e ESF ribeirinhas. Curuá vem apresentando maiores avanços na implementação de ambas as iniciativas e é um exemplo de que a acessibilidade, mesmo na sede do município, é altamente variável conforme a sazonalidade - ora acessível por via terrestre, ora acessível por via fluvial. Para esses três municípios, especialmente Aveiro e Prainha que têm população nas duas margens do rio, um maior apoio financeiro dos entes federativos para logística de deslocamento fluvial é condição imprescindível para melhor acesso e cuidado, considerados os altos custos.

A organização de uma APS integral em áreas rurais remotas envolve forte articulação profissional, foco não apenas em médicos generalistas, gestão competente e adequada governança, abordagem holística com escopo ampliado de práticas, infraestrutura adequada, participação popular e enfrentamento dos determinantes sociais (Wakerman et al, 2008).

A principal limitação deste artigo é não ter abarcado todos os elementos de uma APS abrangente no escopo de práticas. Além disso, não foram analisadas as percepções dos usuários, embora as experiências de gestores e profissionais tenham sido sinérgicas

quanto ao conjunto de obstáculos, mas também iniciativas locais, para a provisão de APS em MRR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto mais se contextualiza e se compreende o território rural amazônico, maior a capacidade de proposições adequadas na construção de uma APS integral e integrada às necessidades rurais e diversidade expressas nesses territórios. Os casos estudados mostram desafios para um planejamento que responda a diversidade destes contextos permeados por conflitos.

Guidelines de modelos de organização que favoreçam a implantação de uma Atenção Primária integral em contextos rurais remotos podem abarcar:

- Territorialização da APS dinâmica, orientada por contextos locais e participação social;
- Menor número de famílias sob responsabilidade dos ACS e equipes rurais, visto a necessidade de longos deslocamentos e a intenção de ampliar a capacidade de acompanhamento das famílias;
- Atendimentos itinerantes com visitas periódicas e preferencialmente, com a mesma equipe, enfatizando a longitudinalidade e continuidade do cuidado;
- Financiamento federal suficiente que contemple vulnerabilidades, distâncias, necessidades de transporte fluvial e terrestre, além das diversas modalidades itinerantes de equipes de atenção básica nas áreas remotas;
- Fortalecimento de políticas efetivas de provimento de profissionais de saúde em áreas rurais, a exemplo da experiência exitosa do PMM;
- Formação profissional adequada para estudantes de graduação e pós-graduação da área da saúde, abarcando teoria e práticas rurais desde a graduação, a exemplo dos internatos/estágios rurais e residências em APS com ênfase em contextos rurais;
- Apoio técnico das secretarias estaduais de saúde e educação permanente para gestores e profissionais de saúde, com ênfase nas necessidades locais relacionadas à saúde rural;
- Incentivos financeiros e iniciativas de valorização da identidade cultural e regional rural (a exemplo de contratação de profissionais nascidos na região);
- Investimentos em infraestrutura, insumos e equipamentos adequados, além de tecnologias de informação e comunicação com qualidade e constância que

envolva a atenção especializada e possível suporte de telessaúde para atendimentos;

- Processos de avaliação e qualificação específicos.

As diferenças entre contextos urbanos e rurais não podem ser justificativas para menor acesso e inferior qualidade na prestação de serviços. As políticas nacionais precisam incorporar flexibilidade de implementação, muito articuladas com os contextos e planejamento local, com participação social. É necessário um compromisso nacional, compatível com os princípios do SUS, de garantir que todos recebam um nível de serviço de qualidade e acessível, independentemente de onde vivam.

REFERÊNCIAS

Almeida, P.F. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.37, n.98, p.400-415, 2013.

Almeida, P.F.; Santos, A.M.; Cabral, L.M.S.; Fausto, M.C.R. Contexto e organização da Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos, Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2021, no prelo.

Baptistini, R.A.; Figueiredo, T.A.M. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. Ambiente e sociedade. 2014; 17(2):53-70.

Carey, T.A.; Sirett, D.; Wakerman, J.; Russell, D.; Humphreys, J.S. What principles should guide visiting primary health care services in rural and remote communities? Lessons from a systematic review. *Aust J Rural Health.* v.26, n.3, p.146-156, 2018.

Confalonieri, U.E.C. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. *Estud. av.*, São Paulo, v.19, n.53, p.221-236, 2005.

El Kadri, M.R.; Santos, B.S.; Lima, R.T.S.; Schweickardt, J.C.; Martins, F.M. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface (Botucatu).* v.23: e180613, 2019.

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* [online]. v.38, n.spe, pp.13-33, 2014.

Fausto, M.C.R.; Fonseca, H.M.S.; Penzin, V.M. (coord.). Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais e Remotos no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2020. 404 p.

Franco, C.M.; Lima, J.G.; Giovanella, L. Atenção Primária à Saúde em áreas rurais:

acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2021, no prelo.

Garnelo, L.; Lima, J.G.; Rocha, E.S.C.; Herkrath, F.J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, 42(spe1), p.81-99, 2018.

Garnelo, L. et al. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health*, v.19, n.54, 2020.

Garnelo, L.; Sousa, A.B.L.; Silva, C.O. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet*, v.22, p.1225-1234, 2017.

Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, Supl1, p.7- 27, 2008.

Grobler, L.; Marais, B.J.; 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.

Hogg, W. et al. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *Intern Journal Quality Health Care*, v.20, n.5, p.308–313, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil - Uma primeira aproximação – 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

Scheil-Adlung, X. International Labour Office (ILO). **Global evidence on inequities in rural health protection.** New data on rural déficits in health coverage for 174 countries. ESS document n 47, Geneva, 2015.

Lima, R.T.S.; Fernandes, T.G.; Martins, P.J.; Portela, C.S.; Santos Junior, J.D.O.; Schweickardt, J.C. Saúde em vista: uma análise da atenção primária à saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. *Cien Saude Colet* [periódico na internet], 2021.

Meade, B.; Dunbar, J. A virtual clinic: telemetric assessment and monitoring for rural and remote áreas. *Rural and Remote health*, v.4, n.3, p. 296, 2004.

Moraes, V.D.; Campos, C.E.A.; Brandão, A.L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v.24, n.01, p.127-146, 2014.

Naeem SB, Bhatti R. Clinical information needs and access in primary health care: a comparative cross-sectional study of rural and non-rural primary care physicians. *Health Info Libr J*, v.32, p.287-99, 2015.

WHO. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and

rural areas through improved retention: global policy recommendations, 2010. Disponível em: whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf. Acessado em dezembro, 2019.

Porto, M.F.; Pacheco, T.; Leroy, J.P. (org.). **Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o mapa de conflitos**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2013.

RHIHub. Rural Health Information Hub. Queen Anne's County Mobile Integrated Community Health (MICH) Program [online]. *Rural Health Information Hub*. 2021. Disponível em: https://www.ruralhealthinfo.org/project-examples/1087. Acessado em junho, 2021.

Stake, R.E. **Multiple case study analysis.** New York/London: The Guilford Press, 2006.

Starfield, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Unesco, Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

Totten, A.M. et al. Telehealth: Mapping the Evidence for Patient Outcomes From Systematic Reviews. Technical Brief, n.26. AHRQ Publication, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016. Available in: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm. Accessed in June, 2021.

Wakerman, J.; Humphreys, J.S.; Wells, R.; Kuipers, P.; Entwistle, P.; Jones, J. Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. *BMC Health Serv Res*, v.8, p.276, 2008.

WONCA. Working Party on Rural Practice. Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v.8, Suppl1, p.15-24, 2013.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da tese de analisar as especificidades do acesso e organização da atenção primária à saúde no SUS em municípios rurais remotos do Oeste do Pará foi sendo respondido por meio de três abordagens em artigos articulados. Buscou-se nos artigos mesclar e complementar a percepção dos diferentes atores entrevistados, assim como, investigar os municípios ora em conjunto, ora na categorização Norte Águas/Norte Estradas ou como estudos de casos múltiplos.

O artigo 1 analisou o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em municípios rurais remotos, identificando especificidades e contribuições para o cuidado na atenção primária à saúde. O conjunto ampliado do escopo de práticas dos ACS revelou esse profissional com o papel de promover cuidados, facilitar o acesso da população rural à rede de atenção à saúde e atuar como elo real entre populações rurais, serviços de saúde e outros setores das políticas públicas, tornando-se um agente de continuidade do cuidado. Podemos atribuir aos ACS, a importante função de contribuir para uma APS mais abrangente em territórios rurais, principalmente por suas iniciativas de abordagem familiar e comunitária no cotidiano, por meio das visitas domiciliares e com potencial para o enfrentamento aos determinantes sociais da saúde. O que é destacado como virtude do processo de trabalho dos ACS é, ao mesmo tempo, a revelação de grandes limites para sua atuação. Ficou nítida, por exemplo, a necessidade de uma maior capacidade de apoio da gestão municipal (materiais, transporte e educação permanente) para o pleno desenvolvimento do trabalho do ACS.

O artigo 2 analisou o acesso da população à atenção primária à saúde no SUS em municípios rurais remotos do Oeste do Pará, discutindo as principais barreiras e desafios para o acesso e as especificidades de distintos territórios. As barreiras de acesso geográfico destacaram-se pelas grandes distâncias, longos tempos de deslocamento, altos custos, precárias condições das vias e transportes, com variação sazonal, em épocas de cheias e vazante do rio. Na acessibilidade organizacional observou-se oferta insuficiente de consultas, exames e medicamentos, restrição nos dias de funcionamento das UBS e ações itinerantes, decorrentes da rotatividade profissional e influenciadas pelas barreiras de acesso geográfico. UBS e ACS foram indicados como serviço de primeiro contato dos usuários, com procura condicionada à resolutividade do serviço e percepção de satisfação. O suporte da rede de atenção especializada mostrou-se precário, com dificuldades de oferta, regulação, transporte e comunicação entre serviços APS e especializados. Barreiras geográficas e organizacionais criam obstáculos para o

abastecimento de insumos e a manutenção de equipes ESF completas em municípios rurais remotos.

Estudos de revisão, assim como os casos estudados demonstraram que o conjunto de barreiras de acesso aos serviços de saúde podem gerar consequências negativas aos cuidados em saúde. São elas: um usuário tendo que reiniciar, desistir ou adiar sua busca por cuidados de saúde, principalmente por motivações financeiras; cronicidade, agravamento ou piora clínica na sua condição de saúde, por demora na assistência; busca de cuidados em hospital, independentemente se sua demanda é de perfil hospitalar ou ambulatorial de APS, o que acaba por sobrecarregar esses serviços e demandar intervenções clínicas potencialmente prejudiciais e desnecessárias; e até desfecho de mortalidade. Este contexto exige formular estratégias singulares para oferta e organização dos serviços para populações rurais, articuladas a intervenções intersetoriais para melhoria da infraestrutura para acesso, a fim de evitar os referidos impactos das barreiras de acesso na garantia do direito à saúde.

O artigo 3 buscou identificar as especificidades e estratégias da organização da Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará frente singularidades do contexto amazônico. Percebeu-se que o processo de trabalho da APS nos MRR na sede e principalmente no interior, organiza-se prioritariamente em torno de atendimentos, procedimentos individuais e imunização. A territorialização de equipes e UBS exige arranjos diferenciados. Os enfermeiros e técnicos de enfermagem de áreas do interior possuem escopo de ações ampliado, muitas vezes, devido à ausência de médicos de forma contínua. O atendimento de saúde bucal ocorre somente na sede, não há realização de exames, nem testes rápidos e não há suficiência de medicamentos no interior, o que gera dependência de deslocamentos de usuários para esses atendimentos até a sede ou, o aguardo de atendimento itinerante.

Dentre os fatores que dificultam a atração e fixação dos profissionais em áreas rurais estão: gastos elevados para manutenção de profissionais, carência em estrutura e insumos dos serviços, condições desfavoráveis de trabalho, qualificação profissional não voltada aos contextos rurais e mesmo, apoio insuficiente na Rede de Atenção à Saúde (Franco et al, 2021, no prelo). O Programa Mais Médicos nos municípios estudados, sem dúvidas foi uma estratégia decisiva e eficiente de fixação de médicos em áreas rurais e melhoria do cuidado em saúde, cujo desmonte teve impacto expressivo observado no momento da visita aos municípios de redução do acesso ao atendimento médico.

De forma sintética, algumas especificidades podem ser destacadas no conjunto de

municípios amazônicos estudados: Rurópolis, Jacareacanga, Aveiro, Curuá e Prainha.

O município de Rurópolis, criado por projeto de assentamento rural, apresenta grande circulação de pessoas/migração de diversos estados, estando localizado no entroncamento entre as rodovias Transamazônica e Santarém-Cuiabá. Traz um exemplo positivo na gestão municipal de saúde, com continuidade administrativa; empreendedorismo e engajamento das gestoras com formação em saúde coletiva; além de identidade regional/cultural, estimulada na contratação de profissionais do local. Suas iniciativas vêm resultando em melhorias na infraestrutura das UBS, ampliação da cobertura, oferta e qualidade do cuidado, incluindo implantação de NASF e maior periodicidade de atendimento itinerante nos interiores. É um município com histórico de territorialização recente da APS e empenho em buscar financiamento para a saúde por meio de programas nacionais e emendas parlamentares.

O município de Jacareacanga, que dentre os estudados é o mais distante do município polo de Santarém, possui PIB per capita elevado e mais de 50% de população indígena. Isso exige articulação da secretaria municipal de saúde com o DSEI para garantia de atenção dos diferentes grupos populacionais. O aporte dos *royalties de hidrelétricas* trouxe alguns benefícios de estrutura assistencial, como laboratório de entomologia e malária e abastecimento mais regular de medicamentos. Contudo, sua forte atividade de garimpo ilegal, além de fluxos migratórios intensos, é acompanhada de conflitos de disputa pela terra e ambientais, além de agravos sociais.

Aveiro, Prainha e Curuá, com acesso predominantemente fluvial, poderiam ser mais beneficiados com a ampliação e qualificação de modalidades diferenciadas de ESF na PNAB, UBS fluviais e ESF ribeirinhas. Curuá, de implantação mais recente entre os municípios estudados (1997), vem apresentando maiores avanços na implementação de ambas as iniciativas. Para esse conjunto de municípios, e especialmente para Aveiro e Prainha que têm população nas duas margens do rio, um maior apoio financeiro dos entes federativos para logística de deslocamento fluvial é condição imprescindível para melhor acesso e cuidado, considerados os altos custos. Aveiro se destaca por possuir mais de 100 comunidades ribeirinhas, e Prainha, por quase a totalidade da população ser beneficiária do Programa Bolsa Família.

Ademais das singularidades de cada caso estudado, a partir de critérios populacionais e de serviços de saúde, pode-se identificar diferentes agregados ao interior de cada município estudado:

1. **Sede dos municípios**: Concentra menos de 50% da população do município. Possui pelo menos uma UBS, um centro de saúde/unidade mista/hospital para atendimentos de urgência e a secretaria municipal de saúde. É o local de articulação com outros pontos da rede de atenção à saúde em municípios de referência.
2. **Comunidades rurais do interior**: Comunidades no interior que concentram aglomerado de famílias em torno principalmente de pequeno comércio, igreja, escola e barracão comunitário. Possuem uma UBS ou posto de saúde na comunidade, nem sempre conseguindo compor ESF completas. Suas populações adscritas costumam abranger mais de uma comunidade.
3. **Comunidades isoladas remotas**: Comunidades com baixo número de pessoas, população muito dispersa e moradias extremamente afastadas entre si e da sede. Em parte dos casos, correspondem às populações tradicionais, indígenas ou ribeirinhas. Não possuem UBS ou posto de saúde, contando apenas com pontos de apoio utilizados para atendimento de equipes itinerantes.

Estes tipos de territórios estão presentes simultaneamente em um mesmo MRR, mas enfrentam dificuldades distintas de acesso, em especial comunidades rurais do interior e comunidades isoladas remotas. Cada território é singular, com seu perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, em constante transformação e construção, nos permitindo visualizar as relações entre população, serviços, problemas de saúde e atuação dos equipamentos sociais (Monken e Barcelos, 2005). Quanto mais remota a comunidade e quanto mais isolada a população, maior a necessidade de estratégias diferenciadas na organização dos serviços de saúde e maior a necessidade de integração entre os serviços e equipes de saúde, intramunicipais, e com territórios de municípios vizinhos, sejam eles de fronteira ou de referência formal na rede de atenção à saúde.

Dentre considerações mais gerais sobre a organização da APS em territórios rurais e remotos, destaca-se que embora as UBS funcionem com agendas programáticas, não são oportunizadas atividades coletivas como grupos de educação em saúde. Observou-se como motivos de sua baixa frequência ou não realização: profissionais sem formação voltada à realização de grupos, dando preferência à informação individualizada; difícil mobilização e baixa adesão dos usuários; e realização de grupos muitas vezes condicionada à distribuição de lanches (autofinanciados pela equipe) ou de medicamentos (nem sempre disponíveis).

Duas estratégias locais para atendimento nas UBS do interior são destaque em todos os municípios: o sobreaviso para atendimentos de urgência e as ações itinerantes. Ambas, com atuais limitações de execução, são exemplos práticos de como organizações diferenciadas de assistência na APS podem se traduzir em melhorias de acesso.

O sobreaviso com profissionais da enfermagem para atendimentos de urgência em UBS do interior revela uma adaptação no escopo de ações dessas UBS e, embora não institucionalizado em políticas ou programas federais, ocorre com frequência nos municípios e é de extrema importância na garantia da assistência à população de áreas distantes de centros de saúde 24h ou hospitais da sede municipal. Para qualificar o sobreaviso são necessários apoios de ordem financeira (para remuneração de profissionais); de formação profissional (para atendimentos de primeiros socorros e urgências); de estrutura das UBS (com o mínimo de insumos para atendimento de urgência e estabilização de pacientes); de apoio de transporte (para deslocamento em tempo oportuno de usuários até a sede ou município de referência) e de apoio de comunicação (para suporte clínico de emergência quando necessário).

As ações itinerantes que ocorrem nos formatos regulares/periódicos ou de mutirão/não periódicos, em muitas comunidades, são uma das únicas alternativas para viabilizar a assistência. Contudo, o atendimento individual não contínuo costuma acumular demandas de consultas no momento do contato itinerante, como por exemplo na chegada da UBS Fluvial, além de encaminhamentos que, muitas vezes, se perdem nas distâncias/custos para deslocamento e longos tempos de espera. Um serviço itinerante, portanto, demandaria uma mesma equipe para atendimento periódico às comunidades e com registro adequado, a fim de favorecer a longitudinalidade do cuidado; mas também, remuneração de profissionais; infraestrutura apropriada pela SMS (moradia, TIC, transporte, local para atendimento, insumos e medicamentos); tempo suficiente de permanência em cada comunidade; população devidamente orientada sobre a periodicidade da assistência itinerante e apoio local.

Na sede de todos os municípios estudados observou-se a presença de algum tipo de estabelecimento para atenção 24h, seja no formato de pequenos hospitais, sem condições de infraestrutura e assistenciais para adesão ao Programa de Hospitais de pequeno porte; unidades mistas pouco estruturadas remanescentes de políticas de saúde rural pretéritas; ou centros de saúde ampliados. Embora com estruturas precárias, com exceção de Rurópolis, a existência desses estabelecimentos nas sedes municipais mostra a necessidade de políticas específicas de saúde rural com desenho singular adequado para

atendimento de urgências, partos de risco habitual e internação em clínicas básicas.

Mecanismos eficientes para ampliação e utilização das TIC se mostraram uma realidade distante nos contextos estudados. Experiências internacionais com uso de telessaúde em contextos rurais, avaliam sua utilização como parte de estratégia exitosa para melhoria do acesso e disponibilidade de prestação de serviços locais. Isso, desde que, possam compor uma organização mais ampla, ou seja, que o telessaúde não seja um substituto de falta de oferta de APS ou insuficiente distribuição da força de trabalho, mas sim, uma fonte complementar para qualificar essa assistência.

Processos de avaliação rotineira podem induzir melhorias no processo de trabalho das equipes de atenção básica. Nessa análise, todos os municípios ressaltaram a importância do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) na organização do processo de trabalho das equipes ESF, em diferentes eixos. Aveiro destacou a qualificação do sobreaviso, atendimento e acolhimento, assim como Curuá, que adicionalmente, melhorou a qualidade das visitas domiciliares e supervisão dos ACS. Jacareacanga e Prainha ressaltaram a organização e atualização dos registros das UBS. Já Rurópolis, teve impactos positivos na infraestrutura das UBS, com aquisição de equipamentos incluindo instalação do prontuário eletrônico e-SUS AB, na organização das informações das equipes, na adoção de acompanhamentos programáticos e na territorialização, alavancando até mesmo contratação de médicos. A exemplo de políticas/programas federais com financiamentos específicos para a Atenção Básica, o Requalifica UBS (2011-2013) contribuiu para melhoria da infraestrutura das UBS, com benefícios em especial para UBS do interior. Já a Política Nacional da população do campo, floresta e águas, embora forneça discussões e eixos estratégicos de atuação para o conjunto dos municípios estudados, ainda não foi reconhecida ou utilizada pelos entrevistados.

Mesmo não sendo o foco, outra reflexão que surgiu de forma transversal no nosso estudo foram as questões culturais: a ausência de competência cultural na prática das equipes e de reconhecimento das práticas tradicionais no cotidiano da população. Embora possam ser consideradas como importante expressão no cuidado em saúde da população de territórios rurais amazônicos, por meio de cuidadores tradicionais como curandeiros, pajés, benzedeiras, parteiras, puxadores, observou-se ausência de abordagens especificas por parte das equipes. Além do Brasil não abarcar interculturalidade ou competência cultural na política nacional de atenção básica – diferentemente de outros países da América Latina –, percebeu-se baixa ou nula integração com os sistemas formais de

saúde e mais grave, flagrou-se discursos de extremo preconceito e desvalorização dessas práticas. Adicionalmente, há uma subjetiva compreensão equivocada de que as práticas tradicionais são um recurso substitutivo ao sistema formal de saúde nas áreas de vazios assistenciais, sem complementaridade. Há de se pensar formas de articular o sistema formal de saúde do SUS às práticas de cuidado informal utilizada pela população.

O território amazônico, com sua rica biodiversidade e abundância de recursos hídricos e minerais se mantém despertando pressões e interesses econômicos, que acentuam processos de impacto ambiental, desigualdade, exclusão social e violências com populações tradicionais. Desmatamento, queimadas, contaminação e assoreamento dos rios e igarapés estão entre os principais impactos ambientais citados nesse estudo, decorrentes de abertura de pastos e áreas de garimpo ilegal com maquinário. Uma constatação é que tais processos têm se intensificado na Amazônia, com redução da fiscalização, inúmeros empreendimentos na região e aumentos populacionais. Cenário que altera não só o perfil de adoecimento da população local, mas as condições de vida como um todo, com impactos para o cuidado em saúde.

Nessa época de sectarismo crescente e polarizações estéreis, em que a democracia enfrenta sérias dificuldades no Brasil, a valorização da Constituição de 1988, dos marcos legais do SUS e da participação popular tornam-se ainda mais imprescindíveis. Em especial quando pensamos em populações tradicionalmente excluídas/invisibilizadas da formulação e execução de políticas públicas, como as populações rurais e tradicionais, a garantia do direito à saúde se mantém como pauta de reivindicação, com frequentes tensões por perspectivas desenvolvimentistas e de mercado que não atendem às necessidades das populações rurais.

Enumerar, em áreas rurais, déficits de infraestrutura, saneamento, comunicação, transporte e serviços em geral mostrou-se insuficiente para abarcar a complexa realidade do rural e remoto. As abordagens em saúde remota identificadas na literatura internacional a caracterizam por isolamento geográfico, distância dos grandes centros, populações pequenas, dispersão populacional e todas as necessidades decorrentes deste cenário, considerando as constantes transformações dos processos históricos, sociais e ambientais. Abordar a saúde remota passa, portanto, por associar características geográficas, sociais e populacionais a práticas de saúde que considerem orientação comunitária, interculturalidade, atuação multidisciplinar, disponibilidade e funções ampliadas de recursos humanos.

Considerando a grande capilaridade da APS no território brasileiro e o contexto amazônico, esta tese reafirmou a necessidade de investir em estratégias flexíveis e inovadoras no SUS, com racionalidade direcionada ao contexto rural, para ampliar o acesso e fortalecer o papel de uma APS integral e equitativa, com escopo de práticas abrangente, qualidade e continuidade do cuidado.

Ao delinear as estratégias de organização da APS para os desafios observados, os estudos de caso e revisões de literatura, conformaram um conjunto de diretrizes para melhoria do acesso e organização dos serviços de saúde em contextos rurais e remotos, sintetizadas a seguir:

- Territorialização da APS dinâmica, orientada por contextos locais e participação social, a exemplo dos territórios com maior vulnerabilidade e conflitos socioambientais e com intenso fluxo migratório, como áreas de garimpo ilegal;
- Menor número de famílias sob responsabilidade dos ACS e equipes rurais, visto a necessidade de longos deslocamentos, as dificuldades com transporte e vias de acesso às comunidades do interior e a intenção de ampliar a capacidade de acompanhamento das famílias;
- Atendimentos itinerantes com visitas regulares/periódicas e preferencialmente, com a mesma equipe, enfatizando a longitudinalidade e continuidade do cuidado, além de condições adequadas para o trabalho dos profissionais como tempo de permanência nas comunidades, remuneração e infraestrutura apropriada pela SMS;
- Financiamento federal suficiente que contemple vulnerabilidades, distâncias, necessidades de transporte fluvial e terrestre, além das diversas modalidades itinerantes de equipes de atenção básica nas áreas remotas;
- Criação de políticas efetivas de provimento de profissionais de saúde em áreas rurais, a exemplo da experiência exitosa do PMM, que concilie à contratação de médicos, mínimas condições de infraestrutura das UBS, moradia, alimentação, formação e acesso às TIC;
- Desenvolver estruturas assistenciais na sede municipal para atendimento às urgências, parto de risco habitual, exames diagnósticos básicos clínicos e de imagem e internação nas clínicas básicas;
- Formação profissional adequada para estudantes de graduação e pós-graduação da área da saúde, abarcando teoria e práticas rurais desde a graduação, a exemplo dos internatos/estágios rurais e residências em APS com ênfase em contextos rurais;

- Apoio técnico das secretarias estaduais de saúde e educação permanente para gestores e profissionais de saúde, com ênfase nas necessidades locais relacionadas à saúde rural;
- Organização das regionais de saúde em conformidade com as condições mais favoráveis de deslocamento e disponibilidade de transportes, não necessariamente abrangendo áreas contíguas do território;
- Incentivos financeiros e iniciativas de valorização da identidade cultural e regional rural, a exemplo de contratação de profissionais nascidos na região;
- Investimentos em infraestrutura, insumos e equipamentos adequados nas UBS, além de tecnologias de informação e comunicação com qualidade e constância que envolva a atenção especializada e suporte de telessaúde para atendimentos. Ademais de proporcionarem maior qualidade no cuidado, constituem-se em fatores de atração profissional;
- Atuação das equipes ESF em conjunto com a vigilância em saúde para reconhecimento dos riscos laborais e ambientais e necessidades dos territórios, a exemplo de áreas endêmicas de malária ou de regiões de maior exposição;
- Processos de avaliação da APS rural, que contemple suas necessidades específicas.

Neste estudo buscou-se iluminar estratégias e possibilidades locais de organização dos serviços de APS no SUS que melhor respondam às especificidades socioespaciais e das populações que vivem nos territórios rurais, respostas essas que envolvem também iniciativas intersetoriais, extrapolando o setor saúde. Visto que modelos assistenciais bem estruturados precisam ser conformados na perspectiva e na interlocução com os moradores locais, há necessidade de pesquisas futuras que possam aprofundar esse aspecto.

Há de se destacar dois limites do estudo. Um se refere à exploração dos materiais da pesquisa, que foi a ausência de estudo sobre itinerários terapêuticos dos usuários. Estes, possivelmente, retratariam em que medida as experiências locais têm se traduzido em respostas de acesso e cuidado para a população rural. O segundo foi a abordagem apenas de forma transversal do tema intersetorialidade, essencial para uma perspectiva mais geral da saúde e sua determinação no contexto rural, a exemplo, dos pressupostos trabalhados na Política Nacional da população do campo, floresta e águas.

As características dos municípios rurais remotos precisam ser vistas como cenário para formulação de políticas públicas e não como obstáculos. Espera-se que a

compreensão das estratégias locais e dificuldades de acesso de populações rurais aos serviços de saúde, expressas sob diferentes contextos e perspectivas nesta tese, possa incentivar a formulação de políticas públicas com vistas à equidade em saúde das populações rurais.

REFERÊNCIAS

Abramovay R. Funções e Medidas da Ruralidade no Desenvolvimento Contemporâneo. Texto para discussão n. 702. Brasília: IPEA; 2000.

Aday LA, Andersen RM. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. Medical Care. 1981 Dez; 19 (12): 4–27.

Allan J, Ball P, Alston M. 'You have to face your mistakes in the street': the contextual keys that shape health service access and health workers' experiences in rural areas. Rural remote health. 2008 Fev 06; 8 (1): 835.

Almeida ER, Brandão CC, Matielo E, Santana MA, Ugarte OA, Costa TS. Atenção Básica à Saúde: avanços e desafios no contexto Amazônico. In: Schweickardt JC, El Kadri MR,

Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Pública. 2011; 29 (2): 84–95.

Almeida PF, Gérvas J, Freire JM, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. Saúde debate. 2013; 37 (98): 400-415.

Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018; 42 (Suppl esp 1): 244-260.

Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS, Fausto MCR. Contexto e organização da Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos, Norte de Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. No prelo 2021.

Almeida PF, Santos AM. Diálogos em busca da coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário? In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB. Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA; 2015. p.277-303.

Alonso CMC, Beguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. Rev Saúde Pública. 2018; 52:14.

Alston M, Allan J, Dietsch E, Wilkinson J, Shankar J, Osburn L, et al. Brutal neglect: Australian rural women's access to health services. Rural remote health. 2006; 6 (1): 475.

Álvares J, Guerra Junior AA, Araújo VE, Almeida AM, Dias CZ, Ascef BO, et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2017; 51 (Suppl 2): 20s.

Andrade JT, Costa LFA. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. Saúde Soc. 2010; 19 (3): 497-508.

Andrade MV, Noronha KVMS, Menezes RM, Souza MN, Reis CB, Martins DR, et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. Economia Aplicada. 2013; 17 (4): 623-645.

Arboit J, Costa MC, Silva EB, Colomé ICS, Prestes M. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. Saúde Soc. 2018; 27 (2): 506-517.

Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. Health Serv Res. 2005 Fev; 40 (1): 135-55.

Arruda NM, Maia, AG, Alves, LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. Cad Saúde Pública. 2018; 34 (6): e00213816.

Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciênc saúde coletiva. 2012 Nov; 17 (11): 2865-2875.

Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); 2004.

Baptistini RA, Figueiredo TAM. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. Ambiente e sociedade. 2014 Jun; 17(2): 53-70.

Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009.

Barcellos CC, Sabroza PC, Peiter P, Iñiguez Rojas L. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138, set. 2002.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

Becker BK. Amazônia: desenvolvimento e soberania. In: Rezende F, Tafner P (organizadores). Brasil: O Estado de uma nação. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; 2005. p. 199-250.

Bortolotto CC, Mola CL, Tovo-Rodrigues L. Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. Rev Saude Publica. 2018; 52(Supl1): 4s.

Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006a.

Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2011.

Brasil, Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2015.

Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa; 2013a.

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: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2011.

Brasil. Presidência da República. Lei nº12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui Programa Mais Médicos, 2013b.

Brasil; Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brieger WR, Sommerfeld JU, Amazigo UV. CDI Network. The potential for community directed interventions: reaching underserved populations in Africa. Int Q Community Health Educ. 2015; 35: 295-316.

Burton H, Walters L. Access to Medicare-funded annual comprehensive health assessments for rural people with intellectual disability. Rural Remote Health 2013; 13:2278.

Camara RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Gerais, Rev. Interinst. Psicol. Julho 2013; 6 (2): 179-191.

Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(9): 2655-2663.

Cardoso MD. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2014; 30 (4): 860-866.

Carey TA, Sirett D, Wakerman J, Russell D, Humphreys JS. What principles should guide visiting primary health care services in rural and remote communities? Lessons from a systematic review. Aust J Rural Health. 2018; 26 (3): 146-156.

Carlton E, Simmons L. Health decision-making among rural women: physician access and prescription adherence. Rural Remote Health 2011; 11:1599.

Chambouleyron R. Plantações, sesmarias e vilas. Uma reflexão sobre a ocupação da Amazônia seiscentista. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos [En ligne], Débats*, 2006.

Chan L, Hart LG, Goodman DC. Geographic access to health care for rural Medicare beneficiaries. J Rural Health. 2006; 22(2): 140-146.

Choo WK, McGeary K, Farman C, Greyling A, Cross SJ, Leslie SJ. Utilisation of a direct access echocardiography service by general practitioners in a remote and rural area – distance and rurality are not barriers to referral. Rural Remote Health 2014; 14:2736.

Coimbra C, Garnelo L, Santos RV. Salud de los pueblos indígenas y politicas publicas en Brasil. Anales. Instituto Ibero-Americano. 2007; 9/10: 137-151.

Confalonieri UEC. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. Estudos avançados. 2005; 19(53): 221-236.

Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Nov. 2010; 10(Supl.1): 15-27.

Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18(7): 2147-2156.

Dassah E, Aldersey H, McColl MA, Davison C. Factors affecting access to primary health care services for persons with disabilities in rural areas: a "best-fit" framework synthesis. Global Health Research and Policy. 2019; 3:36.

Donabedian, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University; 2003.

Doran F, Hornibrook J. Rural New South Wales women's access to abortion services: highlights from an exploratory qualitative study. Aust J Rural Health. 2014; 22:121-6.

El Kadri MR, Santos BS, Lima RTS, Schweickardt JC, Martins FM. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. Interface (Botucatu). 2019; 23.

Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. Health Policy Planning. 2004; 19: 69-79.

Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L (Organizadores). Atenção primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 51-72.

Fausto MCR, Bousquat A, Lima JG, Giovanella L, Almeida PF, Mendonça MHM et al. Evaluation of Brazilian Primary Health Care From the Perspective of the Users: Accessible, Continuous, and Acceptable? J. Ambul. Care Manage. 2017 Apr.; 40 (2 Suppl): S60–S70.

Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Andrade CLT et al. The work of community health workers in major cities in Brazil: mediation, community action, and health care. Journal of Ambulatory Care Management. 2011; 34(4):339-353.

Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. 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 [online]. 2014; 38 (n. especial): 13-33.

Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD (organizadores). Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ; 2007. p. 43-67.

Fausto MCR, Seidl H, Penzin VM. Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil [Projeto de Pesquisa]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2019. Disponível em: https://www.cee.fiocruz.br/?q=node/929. Acessado em: 19.03.2021.

Fausto MCR. Fonseca HMS. Pezin VM (coord.). Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais e Remotos no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2020. 404 p. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47633. Acessado

em: 19.06.2021.

Fenner ALD (coord). Saúde dos povos e populações do campo, da floresta e das águas: a Fiocruz e sua atuação estratégica na temática de saúde e ambiente relacionada aos povos e populações do campo, da floresta e das águas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

Ferreira, DS. Território, territorialidade e seus múltiplos enfoques na ciência geográfica. Revista Campo-Território. 2014; 9(17).

Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. Physis. 2011; 21(3):899-916.

Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção Primária à Saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. Cad. Saúde Pública. No prelo 2021.

Frenk J. El concepto y la medicion de accesibilidad. Salud Pública de Mexico. 1985; 27:438-453.

Frenk J. The concept and measurement of accessibility. In: White KL, Frenk J, Ordonez C, Paganini JM, Starfield B. (ed.) Health Services Research: An Anthology. Washington: Pan American Health Organization; 1992. p.858–864.

Gaíva MAM, Siqueira VCA. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. Ciênc Cuid Saúde. 2011; 10(4):697-704.

Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2018, 34 (2): e00002817.

Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. Saúde em debate. 2018; 42(spe1): 81-99.

Garnelo L, Parente RCP, Puchiarelli MLR, Correia PC, Torres MV, Herkrath FJ. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. Int J Equity Health. 2020; 19(54).

Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. Ciênc Saúde Colet. 2017; 22: 1225-1234.

Garnelo L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. Cad. Saúde Pública. 2019; 35(12): e00220519.

Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garnelo L, Pontes AL (Organizadoras). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI; 2012: p.18-59.

Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2017; 33 (Suppl 2): e00118816.

Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas

Nacionais de Saúde 2013 e 2019. Ciência & Saúde Coletiva. 2021; 26(suppl 1): 2543-2556.

Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020; 25 (4): 1475-1482.

Giovanella L, Mendonça MHM, Buss P, Fleury S, Gadelha AG, Galvão LAC, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Cadernos de Saúde Pública. 2019; 35(3): e00012219.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.493-546.

Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? Cad Saúde Pública. 2008; 24(Supl1): 7- 27.

Giugliani C, Harzheim E, Duncan MS, Duncan BB. Effectiveness of Community Health Workers in Brazil: A Systematic Review. Journal of Ambulatory Care Management. 2011; 34(4):326-338.

Gonçalves CWP. Amazônia, Amazônias. São Paulo: Contexto; 2012.

Gondim GMM, Monken M. O uso do território na atenção primária à saúde In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L (Organizadores) Atenção primária à saúde no Brasil Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.

González JAA, Vite VV, Ramírez HJG. Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimento de los servicios de salud. Secretaría de Salud, México, 2014. Disponível em http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/MedicinaTradicional/InterculturalidadSalud.pdf. Acesso em 07 de janeiro de 2019.

Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; 6:1465-1858.

Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004; 4(1): CD003798.

Guagliardo MF. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. Int J Health Geogr. 2004; Feb 26;3(1):3.

Haggerty JL, Roberge D, Lévesque JF, Gauthier J, Loignon C. An exploration of rural-urban differences in healthcare-seeking trajectories: implications for measures of accessibility. Health Place. 2014; 28:92-98.

Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. Intern Journal Quality Health Care. 2008; 20(5): 308-313.

Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Monitoring access barriers to health services in the

Americas: a mapping of household surveys. Rev Panam Salud Publica. 2020; 44:e96.

Iliyasu G, Tiamiyu AB, Daiyab FM, Tambuwal SH, Habib ZG, Habib AG. Effect of distance and delay in access to care on outcome of snakebite in rural north-eastern Nigeria. Rural Remote Health. 2015; 15(4): 3496.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Geografia; 2017.

Instituto Chico Mendes (ICMBio). Plano de Manejo Reserva extrativista do Tapajós-Arapiuns. Volume 1 – Diagnóstico, 2014.

Instituto Socioambiental (ISA). Informações Gerais sobre terras indígenas no Brasil. Disponível em: https://terrasindigenas.org.br/pt-br/brasil. Acesso em: 20.04.2021.

International Fund for Agricultural Development (IFAD). Rural Poverty Report 2011 (Rome). Avaliable in: https://www.ifad.org/es/web/knowledge/publication/asset/39176373. Accessed in April, 2019.

Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. Rev. Econ. Sociol. Rural. Mar. 2005; 43 (1): 29-44.

Kulig JC, Andrews ME, Stewart NJ, Pitblado R, MacLeod MLP, Bentham D, et al. How do registered nurses define rurality? Aust J Rural Health. 2008; 16(1): 28-32.

Le Roux K, Le Roux IM, Mbewu N, Davis E. The role of community health workers in the re-engineering of primary health care in rural Eastern Cape, South African Family Practice. 2015; 57(2):116-120.

Levesque J, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013; 12: 18.

Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, Van Wyk B, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. Cochrane Database Syst Rev. 2010; (3): CD004015.

Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Almeida PF. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. Cad. Saúde Pública. No prelo 2021. doi: 10.1590/0102-311X00247820.

Lima MC, Teixeira ACA, Barros E, Savassi LCM, Almeida MM, Segura MC et al. O fazer rural. In SAVASSI, L. C. M. et al. (Orgs.). *Saúde no caminho da roça*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

Lima RTS (organizadores). Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS. Série Saúde & Amazônia, 8. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2019. p.15-50.

Lima RTS, Fernandes TG, Martins PJ, Portela CS, Santos Junior JDO, Schweickardt JC.

Saúde em vista: uma análise da atenção primária à saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. Cien Saude Colet [periódico na internet], 2021; 0044. Disponível em: em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/saude-em-vista-uma-analise-da-atencao-primaria-a-saude-em-areas-ribeirinhas-e-rurais-amazonicas/17943. Acesso em Junho, 2021.

Lopes RE, Malfitano APS, Palma AM, Furlan PG, Brito EM. Educação e saúde: territórios de responsabilidade, comunidade e demandas sociais. Revista Brasileira de Educação Médica. 2012; 36(Suppl.1):18-26.

Luz MT, Barros NF. Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

Macincko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003 jun; 38(3): 831-865.

Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. Health Aff (Millwood). 2010; 29: 2149-60.

Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Health. 2006; 60(1):13-19.

Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc. saúde coletiva. Fev. 2016. 21(2): 327-338.

Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. A visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto & contexto enferm. 2008; 17(1):131-40.

Martin A, O'meara P, Farmer J. Consumer perspectives of a community paramedicine program in rural Ontario. Australian Journal of Rural Health. 2016; 24(4):278-83.

McGrail M, Humphreys J. The index of rural access: An innovative integrated approach for measuring primary care access. BMC health services research. 2009; 9(1):124.

Meade, B.; Dunbar, J. A virtual clinic: telemetric assessment and monitoring for rural and remote áreas. Rural and Remote health. 2004; 4 (3): 296.

Medina, MG, Almeida PF, Lima JG, Moura D, Giovanella L. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. Saúde em Debate. 2018; 42(n. spe1): pp. 346-360.

Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde em Debate. 2018; 42(spe1): 38-51.

Mendes APM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública. 2018; 42: e184.

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. 2008; 17(4): 758-764.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(3): 898 906.

Moraes VD, Campos CEA, Brandão AL. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2014; 24(01): 127-146.

Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. Saúde em Debate. 2018; 42(spe1): 261-274.

Naeem SB, Bhatti R. Clinical information needs and access in primary health care: a comparative cross-sectional study of rural and non-rural primary care physicians. Health Info Libr J. 2015; 32: 287-299.

Neville S, Napier S, Adams J, Shannon K. Accessing rural health services: results from a qualitative narrative gerontological study. Australas J Ageing. 2019; 39:e55-61.

Nogueira ML. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. Saude e sociedade. 2019; 28(3):309-323.

Noronha K, Figueiredo L, Andrade MV. Health and economic growth among the states of Brazil from 1991 to 2000. R. Bras. Est. Pop. 2010; 27(2): 269-283.

Nunes CA, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Pinto Júnior EP, Luz LA. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. Saúde em debate. 2018; 42(n. spe2):127-144.

O'Meara P, Ruest M, Stirling C. Community paramedicine: Higher education as an enabling factor. Australasian Journal of Paramedicine. 2014; 11(2).

Okwundu CI, Nagpal S, Musekiwa A, Sinclair D. Home- or community-based programmes for treatingmalaria (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; Issue 55:CD009527.

Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54): 623-634.

Oliveira JA. As cidades da natureza, a natureza das cidades e o controle do território. In: XIII Colóquio Internacional de Geocrítica, 2014, Anais. El control del espacio y los espacios de control. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Oliveira Júnior, JG. Agentes comunitários de saúde: fatores restritivos e facilitadores do seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família. [Dissertação]. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro; 2012. 137p.

Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Oliveira CAB, Medina MG, et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. Ciênc. saúde coletiva, 2012; 17(11): 3047-3056.

Oliveira Neto T, Nogueira RJB. Rodovias na Amazônia: O projeto de entrecortar o

território através da Perimetral Norte BR-210. Revista Eletrônica Examãpaku. 2015; 8(3): 26-40.

Organização Pan Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da OPAS/OMS. Brasília, 2005.

Pallas SW, Minhas D, Pérez-Escamilla R, Taylor L, Curry L, Bradley EH. Community health workers in low- and middle-income countries: what do we know about scaling up and sustainability? Am J Public Health. 2013; 103(7):e74-e82.

Paré-Plante AA, Boivin A, Berbiche D, Breton M, Guay M. Primary health care organizational characteristics associated with better accessibility: data from the QUALICO-PC survey in Quebec. BMC Fam Pract. 2018; 19(1):188.

Penchansky R, Thomas JW. The Concept of Access. Med Care. 1981; 19(2):127-140.

Pereira IC, Oliveira MAC. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2013; 66(3): 412-419.

Pereira MP, Barcellos C. O Território no Programa de Saúde da Família. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde - Hygeia. 2006; 2(2): 47-55.

Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. Saúde em Debate. 2018; 42 (n. spe1): 302-314.

Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2002; 7(4): 687-707.

Pinto ICM, Medina MG, Pereira RAG, et al. Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil [relatório de Pesquisa]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015. 430 p.

Porto MF, Pacheco T, Leroy JP (org.). Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o mapa de conflitos. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2013.

Projeto Saúde & Alegria (PSA), 2017. http://www.saudeealegria.org.br/

Quine S, Bernard D, Booth M, Kang M, Usherwood T, Alperstein G, et al. Health and access ssues among Australian adolescents: a rural-urban comparison. Rural Remote Health. 2003; 3:245.

RHIHub. Rural Health Information Hub. Queen Anne's County Mobile Integrated Community Health (MICH) Program [online]. Rural Health Information Hub. 2021. Avaliable in: https://www.ruralhealthinfo.org/project-examples/1087. Accessed in: June, 2021.

Ruiz ENF, Gerhardt TE. Políticas públicas no meio rural: visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. 2012; Physis, 22(3): 1191-1209.

Russell DJ, Humphreys JS, Ward B, Chisholm M, Buykx P, McGrail M, et al. Helping policy-makers address rural health access problems. AustJRuralHealth. 2013; 21(2): 61-71.

Russell DJ, McGrail MR, Humphreys JS. Determinants of rural Australian primary health care worker retention: a synthesis of key evidence and implications for policymaking. Aust J Rural Health 2017; 25:5-14.

Sanders SR, Erickson LD, Call VRA, McKnight ML, Hedges DW. Rural health care bypass behavior: how community and spatial characteristics affect primary health care selection. JRuralHealth. 2015; 31(2): 146-156.

Santarém. I Fórum de Determinantes Sociais em Saúde do Oeste do Pará. 2016. Disponível em: http://dssbr.org/site/2016/04/i-forum-de-determinantes-sociais-em-saude-do-oeste-do-para-carta-de-santarem-2/

Santos BS. Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social. São Paulo: Boitempo, 2007.

Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Saúde e Sociedade. 2015; 24(2): 438-446.

Santos LPGS, Fracolli LA. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. Rev. esc. enferm. USP. 2010; 44(1):76-83.

Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

Santos M. Por uma Geografia Nova. São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978.

Sathler D, Monte-Mór RL, Carvalho JAM. As redes para além dos rios: urbanização e desequilíbrios na Amazônia brasileira. Nova Economia, 2009; 19(1): 11-39.

Scheil-Adlung, X. International Labour Office (ILO). Global evidence on inequities in rural health protection. New data on rural déficits in health coverage for 174 countries. 2015; ESS document, n.47.

Schweickardt JC, Kadri MR, Lima RTS (org). Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS. 1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019.

Separavich MA, Couto MT. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. Cien Saude Colet. 2020.

Silva Junior ES, Medina MG, Aquino R, Freitas CF, Vilasbôas ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2010; 10(supl.1): p.s49-s60.

Silva TL, Soares NA, Lacerda GA, Mesquita JFO, Silveira DC. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Saúde em Debate. 2020; 44(124):58-69.

Silva, GKF et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2020; 30(01): e300110.

Smith SC, Carragher L. ‘Just lie there and die’: barriers to access and use of general practitioner out-of-hours services for older people in rural Ireland. Rural Remote Health 2019; 19:5088.

Stake RE. Multiple case study analysis. New York/London: The Guilford Press, 2006.

Starfield B, Shi L, Macincko J. Contribution of Primary care to health systems and health. Journal List Milbank Q. 2005; 83(3):457-502. Avaliable in: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/. Accessed in: November, 2018.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Unesco, Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

Stotz EN, David HMSL, Bornstein VJ. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. Revista de APS. 2009; 12(4):487-497.

Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. Family Practice. 2003; 20(4):457-463.

Targa LV. Área rural. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Tavares MGC. A Amazônia brasileira: formação histórico-territorial e perspectivas para o século XXI. GEOUSP Espaço e Tempo (Online). 2011; 15(2): 107-121.

Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família. Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

Théry H. Situações da Amazônia no Brasil e no continente. Estud. av. [online]. 2005; 19(53): 37-49.

Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2002; 6(10): 84-87.

Totten AM, Womack DM, Eden KB, McDonagh MS, Griffin JC, Grusing S, Hersh WR. Telehealth: Mapping the Evidence for Patient Outcomes From Systematic Reviews. Technical Brief, n.26. AHRQ Publication, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016. Avaliable in: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm. Accessed in June, 2021.

Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES; 2008.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad de Saúde Pública. 2004; 20(supl.2): 190-198.

Urquiza MA, Marques DB. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. Entretextos. 2016; 16(1): 115-144.

Vaz Filho FA. Pajés, benzedores, puxadores e parteiras: os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia. Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém, 2016.

Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. Physis: Rev. Saúde Coletiva. 2005; 15(Suplemento):225-264.

Viana ALD, Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, Mendonça MHM, Heimann LS, et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(supl. 2): S117-S131.

Viana RL, Freitas CM, Giatti LL. Saúde ambiental e desenvolvimento na Amazônia legal: indicadores socioeconômicos, ambientais e sanitários, desafios e perspectivas. Saúde e Sociedade. 2016; 25(1): 233-246.

Vieira EWR. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

Vilela RAG, Silva RC, Jackson Filho JM. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre agentes comunitários de saúde. Rev Bras Saude Ocup. 2010; 35(122): 289-302.

Vosgerau DSR, Romanowski JP. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. Rev. Diálogo Educ. 2014; 14(41): 165-189.

Wai MFP, Carvalho AMP. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. Rev Enferm UERJ. 2009;17(4):563-8.

Wakerman J, Humphreys JS, Wells R, Kuipers P, Entwistle P. Jones, J. Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. BMC Health Serv Res. 2008; 8: 276.

Wanderley MNB, Favareto A. A singularidade do rural brasileiro: as implicações para as tipologias territoriais e a elaboração de políticas públicas. In: Miranda C, Silva H. Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras. Brasília, DF: IICA, 2013. v. 21. (Série Desenvolvimento Rural Sustentável), p. 413-464.

Whitehead J, Pearson AL, Lawrenson R, Atatoa-Carr P. Spatial equity and realized access to healthcare – a geospatial analysis of general practitioner enrolments in Waikato, New Zealand. RuralRemoteHealth. 2019; 19:5349.

Wong ST, Regan S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. Rural Remote Health. 2009; 9(1):1142.

Working Party on Rural Practice (WONCA). Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(Suppl 1):15-24.

World Health Organization (WHO). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations, 2010. Avaliable in: whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf. Accessed in: december, 2019.

Zubieta L, Bequet SA. Factors of primary care demand: a case study. Rural Remote Health. 2010; 10:1520.

APÊNDICE 1 - Registros fotográficos de campo

Figura 3. Registros de deslocamento do campo da pesquisa realizado na região Oeste do Pará

Fonte: Acervo da pesquisa Atenção Primária à Saúde em municípios rurais e remotos do Brasil

Figura 4. Registros da coordenação nacional e equipe do campo da pesquisa realizado na região Oeste do Pará

Fonte: Acervo da pesquisa Atenção Primária à Saúde em municípios rurais e remotos do Brasil

Figura 5. Exemplo de “atoleiro” na volta da equipe de pesquisadores da UBS rural, Rurópolis (PA)

Fonte: Acervo da pesquisa Atenção Primária à Saúde em municípios rurais e remotos do Brasil

Figura 6. Entrada do município – placa do entroncamento entre Rodovias Santarém-Cuiabá e Transamazônica, Rurópolis (PA)

Fonte: Acervo da pesquisa Atenção Primária à Saúde em municípios rurais e remotos do Brasil

Figura 7. Farmácia Básica de uma das UBS, Rurópolis (PA)

Fonte: Acervo da pesquisa Atenção Primária à Saúde em municípios rurais e remotos do Brasil

Figura 8. Laboratório de Malária e Entomologia, Jacareacanga (PA)

Fonte: Acervo da pesquisa Atenção Primária à Saúde em municípios rurais e remotos do Brasil

Figura 9. Portal de entrada do município, Jacareacanga (PA)

Fonte: Acervo da pesquisa Atenção Primária à Saúde em municípios rurais e remotos do Brasil

Figura 10. Entrada do município, Aveiro (PA)

Fonte: Acervo da pesquisa Atenção Primária à Saúde em municípios rurais e remotos do Brasil

Figura 11. Casa de Apoio à equipe de saúde no interior de Aveiro (PA)

Fonte: Acervo da pesquisa Atenção Primária à Saúde em municípios rurais e remotos do Brasil

Figura 12. Porto de Curuá (PA)

Fonte: Acervo da pesquisa Atenção Primária à Saúde em municípios rurais e remotos do Brasil

Figura 13. UBS na sede de Curuá (PA)

Fonte: Acervo da pesquisa Atenção Primária à Saúde em municípios rurais e remotos do Brasil

Figura 14. UBS em área rural de Prainha (PA)

Fonte: Acervo da pesquisa Atenção Primária à Saúde em municípios rurais e remotos do Brasil

Figura 15. Porto de Prainha (PA)

Fonte: Acervo da pesquisa Atenção Primária à Saúde em municípios rurais e remotos do Brasil

ANEXO 1 - Roteiro de entrevista – Gestor municipal – Pesquisa Nacional Atenção Primária à Saúde em Territórios rurais e remotos do Brasil

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL

Roteiro de entrevista - GESTOR MUNICIPAL

Objetivos específicos
Reconhecer as estratégias de gestão da atenção básica (AB) direcionadas para responder às necessidades em saúde das populações residentes em áreas rurais e remotas;
Analisar a configuração dos fluxos regionais para garantia de continuidade dos cuidados desde a perspectiva dos municípios rurais e remotos;

Data da entrevista:
Hora de Início: **Final:** **Duração:**
Entrevistadores:

Entrevistador:
- Após apresentação introduzir os objetivos gerais da pesquisa, ler e solicitar assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;
- Estar atento aos objetivos do estudo que constam no cabeçalho.

Perfil do(a) entrevistado(a)

Tipo de território:
( ) Matopiba ( ) Vetor Centro Oeste ( ) Norte Águas ( ) Norte Estradas
( ) Norte de Minas ( ) Semiárido
Município/UF:
Tipo de entrevista:
Código ID:
Entrevistado (a):
Idade: Sexo: ( ) M ( ) F

Formação profissional (graduação):
Universidade/Estado/País que concluiu a graduação:
Em que ano finalizou a graduação:
Há quanto tempo finalizou a graduação:
Pós-graduação:
Função atual:

Tempo na função:
Representação em órgão colegiado (*ex: conselho local ou municipal de saúde, representação sindical, outros*). Se sim, qual:
Experiência anterior em gestão/gerência na saúde: ( ) sim ( ) não
Em qual município/regional/estado:

Trabalho anterior:
No mesmo município: ( ) sim ( ) não
Local de trabalho atual:
Endereço profissional completo:
E-mail:
Telefone:
Vínculo Trabalhista no município:
Outro vínculo (além do cargo ocupado atualmente): ( ) sim ( ) não Qual:
Instituição:

Introdução
Antes de começarmos a abordar os temas da pesquisa, gostaríamos que nos contasse um pouco da sua trajetória profissional na saúde, aqui no município e fora dele.

1. Características do território e população
Quais são as características predominantes da população residente no seu município? (Tamanho, faixa etária, sexo, povos e populações tradicionais)
Quais são as condições de saneamento, abastecimento de água e esgotamento sanitário na sede do município? E como acontece em regiões rurais? (cisternas, reservatórios, microssistemas)
Existe algum território em situação de risco para contaminação e intoxicação por substâncias químicas (contaminação direta ou indireta e/ou envenenamento por: agrotóxicos, alimentos, água contaminada, animais peçonhentos, outros)
Existe alguma situação climática em que as populações do seu município ficam isoladas ou precisam mudar de endereço temporariamente? (Cheias, vazantes, secas)

2. Organização da AB no município
Como está organizada a AB no município? (tipo de equipe, profissionais)
Mostrar nota técnica DAB e quadro CNES para conferência: cobertura, nº equipes completas, numero de UBS, PACS, CAPS, NASF.
Como foram definidas as áreas de atuação da equipe AB e dos ACS? Há especificidade nas áreas de mais difícil acesso?
Considera suficiente a cobertura de atenção básica no município?
Existem populações descobertas? Caso positivo, como estas populações têm acesso ao sistema de saúde?

3. Acesso
Qual é o primeiro serviço de saúde ou recurso da comunidade que a população do município procura quando precisa de atendimento?
Quais os dias e horários de funcionamento das UBS no município? Há diferenciação para o funcionamento das UBS nas áreas mais distantes da sede municipal?
O Sr(a) reconhece algum tipo de barreira para o acesso da população do município às unidades básicas de saúde? Pode falar sobre elas? (barreiras geográficas - distância, rio, tipo de transporte; barreiras organizacionais da UBS - horários de profissionais, ausência de algum profissional; barreiras financeiras)

4. Infraestrutura
Como é a estrutura das UBS de seu município?
Houve melhoria na estrutura das UBS no seu município nos últimos 5 anos? Se sim, quem financiou? (Requalifica, Governo municipal, governo estadual, etc)
As estruturas das UBS são adaptadas para atendimento a populações específicas (indígenas, ribeirinhos) – Observação?

5. Processo de trabalho
Fale-nos sobre a composição prioritária de equipe AB no município (existência de saúde bucal, apoio matricial – NASF AB, ACS e outros profissionais além da equipe mínima, caso haja).

Qual a oferta de ações de atividades/serviços na rede de atenção básica municipal?
Escopo das práticas: ações – pré-natal, coleta de preventivo, hiperdia, promoção da saúde (ações educativas, grupos, PSE)
Essas ações são compartilhadas entre os médicos e enfermeiros? Quais? Como?
Nas áreas/populações de difícil acesso são ofertadas as mesmas ações?
Em caso de ausência do médico, o processo de trabalho sofre modificações?
Qual o papel dos ACS nas áreas rurais? Realizam ações diferentes dos ACS que atuam na sede?
Existe alguma estratégia para organização do trabalho das equipes AB que considere as especificidades rurais e remotas? Pode falar sobre tais estratégias?
O que se prioriza na realização das ações de AB no município?
Como se organiza o processo de trabalho das EqAB para o atendimento à demanda espontânea? E nas áreas de mais difícil acesso?
Como é a atuação do NASF? Como está composto? Que tipos de atividades realiza nas áreas rurais?

6. Gestão municipal da APS
Quais as ações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para o fortalecimento da AB? (Investimento, aumento da cobertura, apoio institucional aos municípios)
Há alguma iniciativa municipal na gestão da AB e no processo de trabalho das equipes AB que leve em consideração as especificidades dos territórios rurais e remotos?
Além dos serviços da SMS, que outros recursos em saúde estão disponíveis no município (setor público, setor privado, igrejas, ONG, outros)?
Existem outras organizações que realizam ações de saúde no município? (militares, ONGS internacionais...)
O município utiliza recursos de telessaúde? Para que? Como?
Utiliza outros tipos de TIC (prontuário eletrônico, internet, telefone, EAD, outros), para aumentar a abrangência das ações desenvolvidas na Atenção Básica? Quais?
O município implantou o e-SUS AB? Como utiliza?
Fichas Coleta de dados Simplificados (CDS) ( )sim ( )não
Prontuário eletrônico (PEC) ( )sim ( )não
Envio da produção ao Ministério da Saúde
( ) Direto da UBS ( ) Somente pela secretaria de saúde – UBS entrega produção via pen drive ( ) Somente pela secretaria de saúde – UBS entrega produção via e-mail
O Sr(a) tem conhecimento sobre a política nacional de saúde integral da população do campo, da floresta e das águas? Essa política influenciou alguma de suas ações como gestor?

7. CIR/Gestão estadual
O Sr(a) participa da Comissão Intergestores Regional (CIR) na sua região?
Com qual frequência ocorre a reunião da CIR?
Quando o Sr(a) participou pela última vez?
Quais os temas abordados na CIR?
A CIR tem discutido temas relacionados ao fortalecimento da rede regional de atenção à saúde?
O que o Sr(a) pensa sobre a atuação da SES ou da regional de saúde para o enfrentamento das barreiras de acesso aos serviços de APS e demais serviços nos municípios rurais?
Há estratégias estaduais para fortalecer a AB na região?
A coordenação regional do Estado oferece algum apoio técnico (ex: imunização, vigilância epidemiológica, programas da AB)?
A secretaria estadual de saúde fornece algum apoio financeiro aos municípios?

8. Relação APS e AE ambulatorial e hospitalar
Qual é a rede de referência da atenção especializada e de apoio diagnóstico disponível para o município? (Ou seja, quando os pacientes precisam ser encaminhados para atenção especializada ou apoio diagnóstico hospitalar, quais são as referências)?
Há oferta de algum serviço especializado na UBS? Como se dá esta oferta? (atendimento ambulatorial de especialista periodicamente? Casos atendidos em juntas médicas/ profissionais?)

Quais são os principais prestadores de atenção especializada ambulatorial do SUS na região?
Quais são os hospitais de referência para internação do SUS na região?
Quais são os fluxos para a atenção especializada (ambulatorial, diagnóstico e hospitalar) desde a AB?
Como avalia a oferta e suficiência de procedimentos especializados (consultas, exames, insumos, internação) na região de saúde?
Identifica vazios assistenciais? Em quais áreas/procedimentos?
Quando o usuário precisa de algum recurso não disponível na UBS, como se dá o acesso? (agendamento de exames, transporte, encaminhamentos, reserva de leito, urgência)
De que forma as populações de áreas rurais remotas ou de mais difícil acesso do seu município, acessam os serviços especializados?
Existe casas de apoio para os pacientes do seu município que necessitam de tratamentos mais prolongados? O Sr(a) pode descrever como as casas de apoio funcionam?
Existe central de regulação para procedimentos especializados (atenção ambulatorial e hospitalar)? É municipal, regional ou estadual? Como se dá o funcionamento da regulação para marcação de consulta especializada ou atenção hospitalar a partir da UBS?
Na sua opinião, quais são os principais problemas da regulação na região?
Existe algum instrumento ou estratégia para facilitar a comunicação entre AB e AE? Quais?
Os recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) são utilizados para facilitar a comunicação entre AB e AE? Quais?

9. Transporte sanitário e rede de Urgência

O município disponibiliza transporte sanitário para tratamento fora de domicílio (TFD)? Para quais situações?
Existe transporte oferecido pela SMS para populações que vivem nas áreas mais remotas do município? (Ir até a UBS ou outra situação). Quais os problemas relacionados a essa questão?
O SAMU ou serviço de urgência similar atende áreas rurais e remotas mais distantes da sede municipal? De que forma?
Como se organiza o transporte de profissionais para as ações da equipe?
No seu município, qual a maior distância e tempo percorridos para acesso dos usuários a atenção básica? E para acesso a atenção especializada? E para a hospitalar?
O Sr(a) considera esse tempo aceitável? O que seria aceitável como tempo de deslocamento para o acesso da atenção especializada?

10. Força de trabalho em áreas rurais e remotas

As equipes do seu município, comumente, tem falta de profissionais? Quais? E rotatividade de profissionais?
Você identifica problemas para atração e fixação de profissionais?
Você identifica estratégias/incentivos da gestão municipal para atração e fixação de profissionais na AB, especialmente nas áreas remotas e rurais?
Você identifica ações de capacitação ou educação permanente para a equipe de Atenção Básica? Quais? Para quais membros da equipe? Ocorrem com qual frequência?
Existe variação de carga horária de médicos e enfermeiros no seu município nas áreas rurais? E variação salarial?
Há disputa de profissionais para AB entre os municípios da região de saúde?
O município possui programas de integração ensino-serviço (estágio, PET, preceptoria, residência, internato)? Pode nos falar sobre essa experiência?
Qual o número de médicos PMM em seu município atualmente? Desde quando recebeu médicos do PMM (mês/ano?) Nacionalidade?
Houve ampliação da cobertura AB a partir do PMM ou continuou o mesmo número de EqAB?
Houve algum tipo de mudança nesta relação após o PMM na região?
Você conhece o supervisor do PMM? O supervisor contribui para aperfeiçoamento do processo de trabalho da equipe? De que forma?
Como o Sr.(a) avalia a atuação dos médicos do PMM na AB? Há diferenças em relação à atuação dos médicos que não são do PMM?

Qual é a sua avaliação em relação ao PMM?
Considera importante a continuidade do PMM? Por que?
A saída dos médicos cubanos teve algum impacto nas UBS do município? Qual?

11. Intersetorialidade e Participação da comunidade
Qual a composição do Conselho municipal de saúde? Quais os temas discutidos? Quando foi a última reunião do CMS? (data e em meses)
Como se dá a participação local na tomada de decisão sobre a implementação da política de saúde/atenção básica? (associações comunitárias, religiosas, conselhos locais, associações de trabalhadores)
A saúde se relaciona com outros setores para implementar algum programa? Como?
Quais atores locais influenciam na tomada de decisão sobre a atenção básica no município? E nas áreas rurais e remotas? Pode falar sobre a atuação dos atores locais nesse processo?

12. Participação no PMAQ
Como foi sua experiência com o PMAQ?
A SMS adota alguma estratégia junto às EqAB para participação no PMAQ? Quais?
O Sr(a) pode nos falar sobre o processo de preparação do município para participar da avaliação do PMAQ?
O Sr(a) identifica efeitos na organização e nas práticas da AB decorrentes da participação das equipes no PMAQ? Pode nos falar sobre estes efeitos?

Traçadores: Câncer de Colo de Útero; Hipertensão arterial; Pré-natal, parto e puerpério

13. Prevenção de câncer de colo de útero
As UBS do município fazem preventivo?
Quais as ações realizadas para o rastreamento/controle do CCU? (busca ativa, divisão de trabalho entre profissionais, educação em saúde, fluxo do exame, captação)
Qual laboratório realiza a análise de preventivos? Público ou privado? Há certificação de qualidade do laboratório?
A colposcopia é realizada no município?
O município implantou/alimenta o SISCAN/SISCOLO?
A gestão faz algum monitoramento de como está o controle do CCU? De que forma?
Como avalia a atuação do seu município no desenvolvimento das ações de CCU?

14. Hipertensão arterial sistêmica (HAS)
As UBS do município fazem controle dos usuários com hipertensão arterial? Como?
Quais as ações das equipes AB para prevenção e acompanhamento da HAS? (busca ativa, divisão de trabalho entre profissionais, educação em saúde, estratificação de risco cardiovascular, fluxo para especialistas, seguimento)
Como é acesso aos medicamentos para HAS? As UBS dispensam medicamentos para HAS? ("Aqui tem farmácia popular?")
A gestão faz algum monitoramento de como está o controle da HAS? De que forma?
Como avalia a atuação das equipes de atenção básica do município no desenvolvimento das ações de atenção à hipertensão arterial na AB?

15. Pré natal, parto e puerpério
As UBS do município fazem pré natal e puerpério? Como?
Quais as ações das equipes AB para atenção à gravidez, parto e puerpério? (busca ativa, divisão de trabalho entre profissionais, educação em saúde, pré natal de risco, assistência ao parto e puerpério, fluxo para especialista)
Quais são os recursos municipais disponíveis para que as equipes possam realizar o cuidado a gestante e puérpera (USG obstétrica, morfológica, testes rápidos, sonar)?
Como se dá a realização de exame para o acompanhamento pré-natal? Exames são coletados na

UBS? (Qual é a logística para realização dos exames, desde a coleta até a entrega de resultados)
A gestão faz algum monitoramento de como está a atenção à gravidez, parto e puerpério? Como?
Tem algum lugar definido para o parto e informado à gestante no pré-natal? Como o município tenta garantir que essa gestante consiga acessar a maternidade?
Como é feito o cuidado ao pré-natal na gravidez de alto risco?
Houve casos de mortalidade materna no município no último ano? Quantos? Houve investigação do óbito materno? E casos de sífilis congênita?
Houve casos de mortalidade neonatal no município no último ano? Quantos? Houve investigação do óbito neonatal? Qual a causa?
Como avalia a atuação das equipes de atenção básica do município no desenvolvimento das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério?

16. Em síntese:
Quais os principais avanços em relação a atenção básica no seu município?
Quais os principais desafios em relação a atenção básica no seu município?
O que o sr(a) considera que seria a melhor estratégia para garantir o acesso à atenção à saúde no SUS para populações que vivem em áreas rurais?

Muito obrigada (o)!!!

SÍNTESE DO ENTREVISTADOR

Para auto-preenchimento do entrevistador logo após a entrevista
O território de atuação das equipes AB e dos ACS está bem definido? ( ) sim ( ) não
O gestor mencionou especificidades das populações de área rural onde as equipes atuam? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especificar:_____
Rede geral de abastecimento de água com sistema de tratamento na sede ( ) sim ( ) não.
Como funciona o abastecimento de água em áreas rurais? Especifique:
O gestor mencionou a existência de alguma situação climática que provoca o isolamento da população no município? Quais? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especificar:_____
O gestor reconhece algum tipo de barreiras (geográficas, organizacionais e financeiras) para o acesso da população residente no município às unidades básicas de saúde? ( ) sim ( ) não.
( ) Barreiras geográficas. Especifique:
( ) Barreiras organizacionais. Especifique:
( ) Barreiras financeiras. Especifique:
( ) Outras. Especifique:
Qual o maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a UBS?

Oferta de ações de atividades/serviços nas UBS
Imunização ( ) sim ( ) não
Coleta de preventivo ( ) sim ( ) não
Pré natal ( ) sim ( ) não
Dispensação de medicamentos ( ) sim ( ) não
Coleta de material para exames de sangue, urina ( ) sim ( ) não
Testes rápidos para gestante ( ) sim ( ) não
Grupos de educação em saúde ( ) sim ( ) não
Apoio do NASF ( ) sim ( ) não
Apoio do CAPS ( ) sim ( ) não
Estratégia específica para organização do processo de trabalho em áreas rurais e remotas? ( ) sim ( ) não Se SIM, especifique:
Desenvolvimento de ações específicas junto às populações tradicionais? ( )sim ( )não. Se SIM, especifique:
Acesso do usuário a atenção especializada no SUS: ( ) No município ( ) Na região de saúde

( ) Na capital

Fluxo para atenção especializada
Marcação da consulta especializada/exame pela UBS ( )Sim ( )Não
Marcação pelo usuário no setor de marcação ( )Sim ( )Não
Acompanhamento da marcação de consulta especializada pela UBS ( )Sim ( )Não
Principal dificuldade de acesso à atenção especializada?
Qual o maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a atenção especializada ou hospital?
Comunicação entre AB e AE? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique:
Disponibilidade de transporte sanitário para os pacientes de áreas mais distantes do município? ( ) sim ( ) não
Organização do transporte sanitário (TFD) no município? ( ) sim ( ) não
Meios de transporte disponíveis para população das áreas de mais difícil acesso. Especifique:
Disponibilidade de transporte para profissionais acessarem UBS mais distantes? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique:_____
Casas de apoio para TFD ( ) Sim ( ) Não
Participação da comunidade na AB? ( ) sim ( ) não Se SIM, especifique:_____
Última reunião do CMS (em meses):
Falta de profissionais nas equipes? ( ) sim ( ) não. Se SIM, Especifique:_____
Rotatividade de profissionais nas equipes? ( ) sim ( ) não. Se SIM, Especifique:_____
O gestor identificou problemas para atração e fixação de profissionais? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique:_____
Há/houve médico do PMM no município do gestor entrevistado? ( ) sim ( ) não
O gestor identificou algum impacto com a saída dos médicos cubanos na UBS de sua atuação? ( ) sim ( ) não. Especifique: _____
O gestor participa da CIR? ( ) Sim ( ) Não. Se SIM, especifique quando participou pela última vez:
O gestor identificou efeitos na organização e nas práticas da equipe AB decorrentes da participação no PMAQ? Se SIM, Especifique:_____

Prevenção do câncer de colo de útero
Todas as UBS do município fazem preventivo? ( ) Sim ( ) Não
Ações realizadas:
Busca ativa ( ) Sim ( ) Não ( ) Irregular
Coleta de preventivo pelo(a) médico(a) ( ) Sim ( ) Não
Coleta de preventivo pelo(a) enfermeiro(a) ( ) Sim ( ) Não
Grupos de educação em saúde ( ) Sim ( ) Não ( ) Irregular
Laboratório que realiza citologia ( ) Público ( ) Privado
Certificação de qualidade pelo laboratório ( ) Sim ( ) Não ( ) Desconhece
Colposcopia é realizada no município ( ) Sim ( ) Não

Hipertensão arterial
UBS do município fazem controle dos usuários com hipertensão arterial ( ) Sim ( ) Não
Ações realizadas:
Busca ativa ( ) Sim ( ) Não ( ) Irregular
Acompanhamento HAS pelo(a) médico(a) ( ) Sim ( ) Não
Acompanhamento HAS pelo(a) enfermeiro(a) ( ) Sim ( ) Não
Grupos de educação em saúde ( ) Sim ( ) Não
Estratificação de risco cardiovascular ( ) Sim ( ) Não
Dispensação de medicamentos HAS pela UBS ( ) Sim ( ) Não

Pré natal, parto e puerpério
UBS do município fazem pré natal ( ) Sim ( ) Não

UBS do município fazem consulta de puerpério ( ) Sim ( ) Não
Parto ( ) No município ( )Na região ( )Na capital
Parto de gestação de alto risco ( ) No município ( )Na região ( ) Na capital
Ações realizadas:
Busca ativa ( ) No município ( )Na região ( ) Na capital
Acompanhamento pré-natal pelo(a) médico(a) ( ) Sim ( ) Não
Acompanhamento pré-natal pelo(a) enfermeiro(a) ( ) Sim ( ) Não
Grupos de educação em saúde ( ) Sim ( ) Não
Lugar definido para o parto e informado à gestante no pré-natal ( ) Sim ( ) Não
Pré natal de gravidez de alto risco ( ) No município ( )Na região ( ) Na capital
Casos de mortalidade materna no município no último ano ( ) Sim ( ) Não
Casos de mortalidade neonatal no município no último ano ( ) Sim ( ) Não

Observações do entrevistador - **questões-chave:**
_____
_____
_____

Observações do entrevistador - eventos imprevistos, impressões sobre a entrevista, etc:
_____
_____
_____

Data da entrevista:
Hora de Início: Final:
Duração:

Entrevistador 1: _____
Entrevistador 2: _____
Entrevistador 3: _____

ANEXO 2 - Roteiro de entrevista – Profissionais (médico e enfermeiro) – Pesquisa Nacional Atenção Primária à Saúde em Territórios rurais e remotos do Brasil

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL

Roteiro de Entrevista - PROFISSIONAIS DE SAÚDE (Médico e Enfermeiro)

Objetivos específicos

Conhecer o processo de trabalho das equipes de atenção primária e como se conformam as intervenções em saúde em territórios rurais e remotos;
Identificar modos de organização dos serviços de AB em territórios rurais e remotos;
Analisar a configuração dos fluxos regionais para garantia de continuidade dos cuidados desde a perspectiva dos municípios rurais e remotos.

Data da entrevista:
Hora de Início: **Final:** **Duração:**
Entrevistadores:

Entrevistador:
- *Após apresentação introduzir os objetivos gerais da pesquisa, ler e solicitar assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;*
- *Estar atento aos objetivos do estudo que constam no cabeçalho.*

Perfil do (a) entrevistado(a)

Tipo de território:
( ) Matopiba ( ) Vetor Centro Oeste ( ) Norte Águas ( ) Norte Estradas
( ) Norte de Minas ( ) Semiárido
Município/UF:
Tipo de entrevista:
Código ID:
Entrevistado (a):
Idade:
Sexo: ( ) M ( ) F
Formação profissional (graduação):
Universidade/Estado/País que concluiu a graduação:
Em que ano finalizou a graduação:
Pós-graduação:
Função atual:
Tempo de atuação nesta equipe (em meses):
Tempo de atuação em equipes ESF (em meses):
Outra experiência anterior na AB: ( ) sim ( ) não
No mesmo município: ( ) sim ( ) não ( ) Não se aplica
Se em outro município. Em qual município/regional/estado:
Trabalho anterior:
Representação em órgão colegiado (*ex: conselho local ou municipal de saúde, representação sindical, outros*). Se sim, qual:

Local de trabalho atual (instituição/município):

Endereço profissional completo:
E-mail:
Telefone:
Vínculo Trabalhista no município:
Outro vínculo (além do cargo ocupado atualmente): ( ) sim ( ) não
Qual:
Instituição:

Características do território e população

Quais são as características da população residente na sua área de atuação? (Tamanho, faixa etária, sexo, povos e populações tradicionais, migração)

Quais são as condições de saneamento, abastecimento de água e esgotamento sanitário na sede do município? E como acontece em regiões rurais/de difícil acesso? (cisternas, reservatórios, microssistemas)

Especificidades da área rural: Quais os problemas de saúde que são mais comuns no seu território? Tem algum problema específico de área rural? Tem alguma ação específica que é realizado na área rural, seja da área da saúde ou por outros setores? (Malária, acidentes, agrotóxicos)

No território de atuação da equipe existe casos de exposição e intoxicação (contaminação direta ou indireta e/ou envenenamento por: agrotóxicos, alimentos, água contaminada, animais peçonhentos, outros).

Existe alguma situação climática em que as populações da sua área de atuação ficam isoladas ou precisam mudar de endereço temporariamente? (Cheias, secas)

Como está definida a área de atuação/adscrição da equipe de AB? E dos ACS?

Nº de microáreas: _____

Nº de ACS ativos: _____

Nº médio de famílias por microárea: _____

Nº total de pessoas cadastradas na equipe: _____

Áreas descobertas: _____

Existe mapa do território na UBS?

Acesso

Na sua experiência quando o usuário precisa de atendimento, qual o primeiro serviço de saúde ou recurso da comunidade que ele procura? (UBS, UPA/urgência, hospital, farmácia, serviço particular, outros)? Existem outros serviços que a população procura?

O Sr (a) reconhece algum tipo de barreira para o acesso da população residente da sua área de atuação às unidades básicas de saúde? Tem alguma barreira geográfica (distância, rio, tipo de transporte); Tem alguma barreira organizacional (horário de profissionais, ausência de algum profissional); Tem alguma barreira financeira? Pode falar sobre elas e dar exemplos?

Qual a maior distância e tempo percorridos para acesso das populações de áreas rurais para chegar à atenção básica? E acesso à atenção especializada? E para a hospitalar?

Estrutura da oferta AB

Como é a estrutura da UBS onde você atua?

A UBS onde você atua foi reformada ou está em reforma? Quais foram as melhorias decorrentes dessa reforma?

Quais os dias e horários de funcionamento da UBS?

Quais são os recursos disponíveis para que a equipe possa desenvolver ações de saúde? Fale sobre: medicamentos, coleta, encaminhamento, análise e resultado de exames, insumos, equipamentos, vacinas ou outros serviços disponíveis na UBS

Estrutura física	Consultório Médico ( )sim ( )não
	Consultório de enfermagem ( )sim ( )não

	Consultório de odontologia ( )sim ( )não
	Sala de dispensação de medicamentos ( )sim ( )não
	Sala de vacina ( )sim ( )não
Equipamentos/ Insumos	Aparelho de nebulização ( )sim ( )não
	Geladeira exclusiva para vacina ( )sim ( )não
	Glicosímetro com fita ( )sim ( )não
	Vacina tetravalente ou pentavalente ( )sim ( )não
	Teste rápido para sífilis ( )sim ( )não
	Teste rápido para HIV ( )sim ( )não
Equipamentos de TIC	Computador ( )sim ( )não
	Acesso à internet ( )sim ( )não

A equipe utiliza telessaúde? Para que? Como?
A equipe utiliza outras tecnologias de informação e comunicação - TIC (prontuário eletrônico, internet, telefone, Educação a distância - EAD, outros), para aumentar a abrangência das ações desenvolvidas na Atenção Básica? Quais?
A equipe utiliza e-SUS AB? ( )sim ( )não
Fichas Coleta de dados Simplificados (CDS) ( )sim ( )não
Prontuário eletrônico (PEC) ( )sim ( )não
Envio da produção ao Ministério da Saúde ( ) Direto da UBS ( ) Somente pela secretaria de saúde – UBS entrega produção via pen drive ( ) Somente pela secretaria de saúde – UBS entrega produção via e-mail ( ) Somente pela secretaria de saúde – UBS entrega ficha para digitação na Secretaria

Processo de trabalho
Fale-nos sobre a composição da sua equipe AB (quantas equipes na UBS; Quais profissionais compõem cada equipe; outros profissionais além da equipe mínima; existência de saúde bucal, apoio matricial – NASF AB, ACS e outros profissionais além da equipe mínima, caso haja).
Quais as ações realizadas pela equipe?
Consulta médica ( ) sim ( ) não
Consulta de enfermagem ( ) sim ( ) não
Consulta de odontologia ( ) sim ( ) não
Imunização ( ) sim ( ) não
Coleta de preventivo ( ) sim ( ) não
Acompanhamento de hipertensão e diabetes ( ) sim ( ) não
Saúde da mulher: ( ) sim ( ) não
Pré-natal ( ) sim ( ) não
Saúde da criança: ( ) sim ( ) não
Saúde mental: ( ) sim ( ) não
Dispensação de medicamentos ( ) sim ( ) não
Coleta de material para exames de sangue, urina ( ) sim ( ) não
Grupos de educação em saúde ( ) sim ( ) não. Quais?
Desenvolve PSE ( ) sim ( ) não
Suturas: ( ) sim ( ) não
Remoção de cerume: ( ) sim ( ) não
Retirada de unha encravada: ( ) sim ( ) não
Programa de hanseníase: ( ) sim ( ) não
Dispensa medicamentos para hanseníase: ( ) sim ( ) não
Programa de tuberculose: ( ) sim ( ) não
Dispensa medicamentos para tuberculose: ( ) sim ( ) não
Nas áreas/populações de difícil acesso são ofertadas as mesmas ações? Quais as especificidades da atuação das equipes nas áreas rurais?
Essas ações são compartilhadas entre os médicos e enfermeiros? Quais? Como?
Como está organizada a agenda da equipe (demanda espontânea e programada)?

Como se organiza o processo de trabalho das EqAB para o atendimento à demanda espontânea?
Há apoio assistencial do NASF? Como é esse apoio? Quais profissionais compõem?
Há apoio assistencial do CAPS? Como é esse apoio? Quais profissionais compõem?
A equipe realiza reuniões de equipe? Quais os assuntos trabalhados? Ocorrem com que periodicidade? Quem participa?
Como são estabelecidas prioridades de ações da equipe? A equipe utiliza indicadores de saúde para estabelecer estas prioridades? Pode dar exemplos de atividades realizadas a partir dos indicadores de saúde?
Quais são as ações de urgência desenvolvidas pela equipe?
Caso realize ações de urgência, como a equipe se organiza para esse atendimento?
E quando as urgências ocorrem fora do horário da UBS? Há equipe de plantão na UBS? (Composição da equipe de plantão; médico/enfermeiro acionado em casa; SAMU? Hospital? UPA?)
Tem medicação para urgência básica? (pico hipertensivo, crise asmática, dor abdominal, febre alta)
Quais são as situações mais comuns de demanda de atendimento de urgência e emergência em áreas e difícil acesso?
Pode dar um exemplo de situação de urgência de áreas rurais que o(a) sr(a) atendeu?

5. Interculturalidade
Que tipo de cuidadores tradicionais e práticas populares existem no território? (garrafadas, parteiras, curandeiros, benzedeiras, pajés, puxadores, outros)
Como é a articulação entre cuidadores tradicionais e as equipes?
A equipe/profissionais desenvolvem ações específicas junto às populações tradicionais (identificar a que tem no município). Pode falar sobre essas ações, como são desenvolvidas?
As estruturas das UBS são adaptadas para atendimento a populações específicas (indígenas, quilombolas, ribeirinhos) – *Perguntar somente quando possuir essa população*

6. Relação AB e AE ambulatorial e especializada
Há oferta de algum serviço especializado na UBS? Como se dá esta oferta? (atendimento ambulatorial de especialista periodicamente? Casos atendidos em juntas médicas/ profissionais?)
Quando o usuário precisa de algum serviço não disponível na UBS, como se dá o acesso? (Agendamento de consultas, exames, internação)
Como a consulta/exame especializado é agendado?
A marcação da consulta especializada/exame pela UBS ( ) sim ( ) não
Marcação pelo usuário no setor de marcação ( ) sim ( ) não
Acompanhamento da marcação de consulta especializada pela UBS ( ) sim ( ) não
Quando o usuário é acompanhado por especialista, como acontece o acompanhamento pela equipe de AB? Há troca de informações entre o profissional da AB e especialistas (ambulatorial e internação)
Há compartilhamento de responsabilidades pela coordenação do cuidado entre a equipe de AB e os profissionais da AE?
Há espaços de diálogos, discussão de casos clínicos entre os trabalhadores da AB e AE em âmbito municipal? e regional?
Algum recurso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) é utilizado para facilitar a comunicação entre AB e AE? Qual?

7. Transporte sanitário e rede de urgência
O município disponibiliza transporte sanitário para os pacientes de áreas mais distantes do município? De que forma?
Há algum transporte coletivo regular nas áreas mais distantes?
O município disponibiliza transporte sanitário para tratamento fora de domicílio (TFD)? Para quais situações?
Como se organiza o transporte de profissionais para as ações da equipe?
O SAMU ou serviço de urgência similar atende áreas de rurais/ de difícil acesso? De que forma?

Existe casas de apoio municipais/regionais/estaduais para os pacientes? Onde se localizam?

8. Força de trabalho em áreas rurais de difícil acesso
A sua equipe AB, comumente, tem falta de profissionais? Quais? E rotatividade de profissionais?
Qual a carga horária de trabalho do médico e enfermeiro na sua UBS? Eles trabalham todos os dias da semana?
Quais as estratégias da equipe para lidar com a falta/rotatividade de profissionais?
A elevada rotatividade de médicos afetou o trabalho da enfermagem? Como?
A elevada rotatividade de enfermeiros afetou o trabalho do médico? Como?
Você identifica problemas para atração e fixação de profissionais?
Você identifica estratégias/incentivos da gestão para atração e fixação de profissionais, especialmente nas áreas rurais de difícil acesso?
A equipe AB atua como espaço de formação para os programas de integração ensino-serviço (estágio, PET, preceptoria, residência, internato)? Pode nos falar sobre essa experiência?
Você identifica ações de capacitação ou educação permanente para a equipe de Atenção Básica? Quais? Para quais membros da equipe? Ocorrem com qual frequência?
Na sua equipe há/houve médico do PMM? Desde quando (mês/ano)? Nacionalidade?
Você conhece o supervisor do PMM? O supervisor contribui para aperfeiçoamento do processo de trabalho da equipe? De que forma?
Houve mudanças no processo de trabalho da equipe com a presença do médico do PMM? Pode falar sobre essas mudanças?
Como você avalia a atuação do médico do PMM? Há diferenças em relação a atuação de médicos que não são do PMM?
Considera importante a continuidade do PMM? Por que?
A saída dos médicos cubanos teve algum impacto na sua UBS? Qual?

9. Intersetorialidade e Participação da comunidade
Há alguma forma de participação da comunidade na AB? (Conselho local de saúde)
Como se dá a participação da comunidade em relação às ações e práticas de saúde desenvolvidas pela equipe/profissionais de saúde? (associações comunitárias, religiosas, conselhos locais, associações de trabalhadores)
A equipe AB desenvolve ações em parceria com outros setores de políticas públicas (educação, assistência social, meio ambiente, etc)? Pode nos falar sobre essas ações intersetoriais?
Existe algum tipo de articulação da UBS com a Academia da saúde? Como?
A equipe acompanha as condicionalidades do Programa Bolsa Família? Quantas famílias da sua área recebem bolsa família?

10. Participação no PMAQ
Como foi sua experiência com o PMAQ?
O Sr(a) pode nos falar sobre o processo de preparação da sua equipe para participar da avaliação do PMAQ?
O Sr(a) identifica efeitos na organização e nas práticas da sua equipe AB decorrentes da participação no PMAQ?
Traçadores: Câncer de Colo de Útero; Hipertensão arterial; Pré-natal, parto e puerpério

11. Prevenção de câncer de colo de útero
A UBS faz preventivo?
Como é a divisão do trabalho entre médico e enfermeiro na prevenção do CCU?
O ACS tem algum papel específico na prevenção ao CCU?
Faz busca ativa das mulheres que não realizaram o preventivo? Como?
Faz alguma atividade de educação em saúde para prevenção do CCU?
Quanto tempo demora para receber o resultado do preventivo?
Se o exame der alterado, o que é feito?
Como é o acesso/fluxo da usuária a consulta com ginecologista e/ou colposcopia?
Como se dá o seguimento das mulheres em tratamento?

Há apoio psicológico e nutricional para as mulheres com diagnóstico de CCU?
Como avalia a atuação da sua UBS no desenvolvimento das ações de CCU?

12. Hipertensão arterial sistêmica (HAS)
A UBS faz controle dos usuários com hipertensão arterial? Como?
Como é a divisão do trabalho entre médico e enfermeiro no cuidado a HAS?
O ACS tem algum papel específico no cuidado à pessoas com HAS?
Faz busca ativa para captação de HAS? (novos usuários e usuários com acompanhamento em atraso)? Como?
Faz alguma atividade de educação em saúde para prevenção e controle da HAS?
Faz estratificação de risco cardiovascular?
Como é acesso aos medicamentos para HAS? A UBS dispensa medicamentos para HAS? ("Aqui tem farmácia popular?")
Fornece informações sobre cuidados de higiene bucal ou prótese dentária?
Como é o acesso/fluxo do usuário a especialistas quando necessário? (fundo de olho, HAS refratária)
Como se dá o seguimento dos usuários com HAS quando encaminhados ao especialista?
Como avalia a atuação das equipes de atenção básica da sua UBS no desenvolvimento das ações de atenção à hipertensão arterial na AB?

13. Pré-natal, parto e puerpério
A UBS faz acompanhamento de pré-natal e puerpério? Como?
Como é a divisão do trabalho entre médico e enfermeiro no cuidado a gestante e puérpera?
O ACS tem algum papel específico no cuidado à mulheres em pré-natal, parto ou puerpério?
No acompanhamento de pré-natal, há participação do(a) parceiro(a)?
Quais são os recursos disponíveis para que a equipe possa realizar o cuidado a gestante e puérpera? (teste de gravidez, testes rápidos, vacinação, ácido fólico, sulfato ferroso)
Realiza preventivo durante o pré-natal, após o 3º mês?
Faz busca ativa para captação de gestantes? (Para inscrição no pré natal no1º trimestre e faltosas) Como?
Faz alguma atividade de educação em saúde para gestante e puérpera?
Identifica gestantes de alto risco?
Como é o acesso/fluxo das gestantes de alto risco ao especialista?
Como se dá o seguimento da gestante de alto risco?
Tem algum lugar definido para o parto e informado à gestante no pré-natal?
Como avalia a atuação das equipes de atenção básica da sua UBS no desenvolvimento das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério?
Houve casos de mortalidade materna na área da UBS no último ano? Quantos? Houve investigação do óbito materno? E casos de sífilis congênita?
Houve casos de mortalidade neonatal na área da UBS no último ano? Quantos? Houve investigação do óbito neonatal? Qual a causa?

14. Em síntese:
Quais os principais avanços em relação a atenção básica na sua UBS/município?
Quais os principais desafios em relação a atenção básica na sua UBS/município?
O que o(a) sr(a) considera que seria a melhor estratégia para garantir o acesso à atenção à saúde no SUS para populações que vivem em áreas rurais de difícil acesso?

Muito obrigada(o)!!!

Síntese do entrevistador

Para autopreenchimento do entrevistador logo após a entrevista
O território de atuação do profissional está definido? ( ) sim ( ) não

Nº de microáreas: _____
Nº de ACS ativos: _____
Nº médio de famílias por microárea: _____
Nº total de pessoas cadastradas na equipe: _____
Áreas descobertas: ( ) sim ( ) não. Quais?_____
O profissional identificou características da população residente na sua área de atuação? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique._____
O profissional mencionou especificidades da área rural onde atua? ( ) sim ( ) não ( ) Não se aplica: Se SIM, especifique. _____
O profissional mencionou a existência de alguma situação climática que provoca o isolamento da população na sua área de atuação? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especificar:_____
Rede geral de abastecimento de água com sistema de tratamento na sede ( ) sim ( ) não.
Abastecimento de água em áreas rurais. Especifique: _____
Tipo de esgotamento sanitário_____
O profissional reconhece algum tipo de barreira para o acesso da população residente da sua área de atuação às unidades básicas de saúde? ( ) sim ( ) não
( ) Barreiras geográficas. Especifique:
( ) Barreiras organizacionais. Especifique:
( ) Barreiras financeiras. Especifique:
( ) Outras. Especifique:
Qual o maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a UBS?

Estrutura da UBS

Consultório Médico ( ) sim ( ) não
Consultório de enfermagem ( ) sim ( ) não
Consultório de odontologia ( ) sim ( ) não
Sala de dispensação de medicamentos ( ) sim ( ) não
Sala de vacina ( ) sim ( ) não
Aparelho de nebulização ( ) sim ( ) não
Geladeira exclusiva para vacina ( ) sim ( ) não
Glicosímetro com fita ( ) sim ( ) não
Vacina tetravalente ou pentavalente ( ) sim ( ) não
Teste rápido para sífilis ( ) sim ( ) não
Teste rápido para HIV ( ) sim ( ) não
Computador ( ) sim ( ) não
Acesso à internet ( ) sim ( ) não

Oferta de ações de atividades/serviços na UBS
Imunização ( ) sim ( ) não
Coleta de preventivo ( ) sim ( ) não
Pré-natal ( ) sim ( ) não
Dispensação de medicamentos ( ) sim ( ) não
Coleta de material para exames de sangue, urina ( ) sim ( ) não
Testes rápidos para gestante ( ) sim ( ) não
Grupos de educação em saúde ( ) sim ( ) não Se SIM quais:_____
Apoio do NASF ( ) sim ( ) não. Se SIM de quais profissionais_____
Apoio do CAPS ( ) sim ( ) não
Desenvolvimento de ações específicas junto às populações tradicionais? ( ) sim ( ) não. SE SIM, Quais_____
Nas áreas rurais são ofertadas as mesmas ações? ( ) sim ( ) não
Estratégia específica para organização do processo de trabalho em áreas de difícil acesso
( ) sim ( ) não Se SIM, especifique:

Tecnologias de Informação e Comunicação (TICS)
A equipe utiliza telessaúde? ( ) sim ( ) não Se SIM, especifique:
A equipe utiliza e-SUS AB? ( ) sim ( ) não
Fichas Coleta de dados Simplificados (CDS) ( )sim ( )não
Prontuário eletrônico (PEC) ( )sim ( )não
Envio da produção ao Ministério da Saúde : ( ) Direto da UBS ( ) Somente pela secretaria de saúde

Fluxo para atenção especializada
Acesso do usuário a atenção especializada no SUS: ( ) No município ( ) Na região de saúde ( ) Na capital
Marcação da consulta especializada/exame pela UBS ( ) sim ( ) não
Marcação pelo usuário no setor de marcação ( ) sim ( ) não
Acompanhamento da marcação de consulta especializada pela UBS ( ) sim ( ) não
Principal dificuldade de acesso à atenção especializada _____
Qual o maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a atenção especializada ou hospital?
Disponibilidade de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para facilitar a comunicação entre AB e AE? ( ) sim ( ) não
Disponibilidade de transporte sanitário para os pacientes de áreas mais distantes do município? ( ) sim ( ) não
SMS organiza transporte sanitário para atendimento fora do município? ( ) sim ( ) não
Meios de transporte coletivo disponíveis para população das áreas de mais difícil acesso? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique?_____
Disponibilidade de transporte para profissionais acessarem UBS mais distantes? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique:_____
Formas de participação da comunidade na AB? ( ) sim ( ) não
Outros setores envolvidos com ações para o desenvolvimento do seu município. ( ) sim ( ) não Se SIM, quais?_____
Falta de profissionais na sua equipe? ( ) sim ( ) não. Se SIM, Especifique:_____
Estratégias da equipe para lidar com a falta/rotatividade de profissionais? ( ) sim ( ) não. Especifique:_____
Problemas para atração e fixação de profissionais? ( ) sim ( ) não. Especifique:_____
Há/houve médico do PMM na equipe do profissional entrevistado? ( ) sim ( ) não
O profissional identificou algum impacto com a saída dos médicos cubanos na UBS de sua atuação? ( ) sim ( ) não. Especifique: _____
O profissional identificou efeitos na organização e nas práticas da equipe AB decorrentes da participação no PMAQ? Se SIM, Especifique:_____

Prevenção do câncer de colo de útero
A equipe faz preventivo? ( ) sim ( ) não
Busca ativa ( ) sim ( ) não ( ) Irregular
Coleta de preventivo pelo(a) médico(a) ( ) sim ( ) não
Coleta de preventivo pelo(a) enfermeiro(a) ( ) sim ( ) não
Grupos de educação em saúde ( ) sim ( ) não ( ) Irregular
Colposcopia é realizada no município ( ) sim ( ) não

Hipertensão arterial
A equipe faz controle dos usuários com hipertensão arterial ( ) sim ( ) não
Busca ativa ( ) sim ( ) não ( ) Irregular
Acompanhamento HAS pelo(a) médico(a) ( ) sim ( ) não
Acompanhamento HAS pelo(a) enfermeiro(a) ( ) sim ( ) não
Compartilhamento do cuidado entre médico(a) e enfermeiro(a) ( ) sim ( ) não

Grupos de educação em saúde ( ) sim ( ) não
Estratificação de risco cardiovascular ( ) sim ( ) não
Dispensação de medicamentos HAS pela UBS ( ) sim ( ) não

Pré-natal, parto e puerpério
Equipe faz pré-natal ( ) sim ( ) não
Equipe faz consulta de puerpério ( ) sim ( ) não
Parto ( ) No município ( )Na região ( )Na capital
Parto de gestação de alto risco ( ) No município ( )Na região ( ) Na capital
Busca ativa ( ) sim ( ) não ( ) Irregular
Acompanhamento pré-natal pelo(a) médico(a) ( ) sim ( ) não
Acompanhamento pré-natal pelo(a) enfermeiro(a) ( ) sim ( ) não
Compartilhamento do cuidado entre médico(a) e enfermeiro(a) ( ) sim ( ) não
Grupos de educação em saúde ( ) sim ( ) não
Lugar definido para o parto e informado à gestante no pré-natal ( ) sim ( ) não
Pré-natal de gravidez de alto risco ( ) No município ( )Na região ( ) Na capital
Casos de mortalidade materna na sua área no último ano ( ) sim ( ) não. Quantos____
Casos de mortalidade neonatal na sua área no último ano ( ) sim ( ) não. Quantos____
Casos de sífilis congênita na sua área no último ano ( ) sim ( ) não. Quantos____

Observações do entrevistador - **questões-chave:**
_____
_____
_____
_____

Observações do entrevistador - eventos imprevistos, impressões sobre a entrevista, etc:
_____
_____
_____
_____

Data da entrevista:
Hora de Início: Final:
Duração:

Entrevistador 1: _____
Entrevistador 2: _____
Entrevistador 3: _____

ANEXO 3 - Roteiro de entrevista – Agente Comunitário de Saúde – Pesquisa Nacional Atenção Primária à Saúde em Territórios rurais e remotos do Brasil

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL

Roteiro de Entrevista - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Objetivos específicos
Reconhecer as estratégias desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde - ACS para responder às necessidades em saúde das populações residentes em áreas rurais e remotas;
Identificar especificidades do trabalho do ACS em municípios rurais e remotos;
Conhecer as dificuldades da população em municípios rurais remotos para acesso e uso dos serviços de saúde;
Conhecer o trabalho do ACS na Estratégia Saúde da Família - ESF e na Estratégia Agentes Comunitários de Saúde – EACS.

Data da entrevista:
Hora de Início: **Final:** **Duração:**
Entrevistadores:

Entrevistador:
- *Após apresentação introduzir os objetivos gerais da pesquisa, ler e solicitar assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE);*
- *Estar atento aos objetivos do estudo que constam no cabeçalho;*

Perfil do (a) entrevistado (a)

Tipo de território:
( ) Matopiba ( ) Vetor Centro Oeste ( ) Norte Águas ( ) Norte Estradas
( ) Norte de Minas ( ) Semiárido
Município/UF:
Tipo de entrevista:
Código ID:
Entrevistado (a):
Idade:
Sexo: ( ) M ( ) F
Tempo como ACS (em meses):
Escolaridade: ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental ( ) Médio incompleto
( ) Médio ( ) Superior incompleto ( ) Superior
Representação em órgão colegiado (*ex: conselho local ou municipal de saúde, representação sindical, outros*). ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual:
Trabalho anterior:
No mesmo município: ( ) Sim ( ) Não
Local de trabalho atual (instituição/município):
Endereço profissional:
E-mail:
Telefone de contato:

Vínculo Trabalhista no município:
Outro vínculo além de ACS: ( ) Sim ( ) Não Qual:
Instituição:

Introdução

Antes de começarmos a abordar os temas da pesquisa, gostaríamos que nos contasse um pouco da sua experiência profissional até se tornar ACS, aqui no município/estado e/ou fora dele.
Desde quando trabalha como ACS, mora na área de atuação? Como foi o processo seletivo?
Qual o tipo da sua equipe (ESF, EACS, ESFR, ESFF)?

1. Características do território e população

Como foi definida sua microárea/ território de atuação?
O Sr.(a) é responsável pelo acompanhamento de quantas pessoas e famílias?
Quais são as características da população residente em sua área de atuação? (Tamanho, faixa etária, sexo, povos e populações tradicionais, assentados, MST, indígenas, quilombolas)
Como é a questão de saneamento básico no seu território: Abastecimento de água, tratamento, coleta e destino de lixo, esgotamento, destino dos dejetos?
Quais os principais problemas sociais/ambientais/geográficos que você percebe no seu território? Tem algum problema específico de área rural?
Existe alguma situação climática em que as populações da sua área de atuação ficam isoladas ou precisam mudar de endereço temporariamente? (Cheias, secas)
Nestes casos, como o Sr.(a)faz para acompanhar estas pessoas/famílias?
No território de atuação da equipe existe casos de exposição e intoxicação (contaminação direta ou indireta e/ou envenenamento por: agrotóxicos, alimentos, água contaminada, animais peçonhentos, outros).
Quais os problemas de saúde que são mais comuns no seu território? Tem algum problema específico de área rural?
Tem alguma ação específica realizada na área rural, seja da área da saúde ou por outros setores? (Malária, acidentes, agrotóxicos)

2. Acesso à UBS

Em sua opinião quando a população de sua área precisa de atendimento em saúde, quais os serviços ou recursos da comunidade procura primeiro? (UBS, UPA/urgência, hospital, farmácia, consultório particular, outros).
O Sr.(a) reconhece algum tipo de dificuldade/barreira para o acesso da população da sua área à UBS? O(a) Sr.(a) poderia dar exemplo de alguma barreira/dificuldade:
Geográfica (distância, rio, tipo de transporte)
Organização da UBS e da equipe (horários de profissionais, ausência de algum profissional)
Financeira que dificulta o acesso da população a esta UBS
Qual a maior distância e tempo percorridos para acesso da população de sua área à UBS?
Qual a forma habitual de deslocamento dos usuários da casa até a UBS: ( ) a pé; ( ) de ônibus; ( ) de carro próprio; ( ) outro meio. Especifique:_____
Tempo gasto para deslocamento da casa até UBS: ____minutos
Quando é necessário tomar uma condução, quanto um usuário gasta com condução para ir e voltar da UBS: ___Reais

3. Estrutura da UBS

Quais os dias e horários de funcionamento da UBS?
Como é a estrutura da UBS onde você trabalha? Considera a infraestrutura adequada para atendimento da população? E para o desenvolvimento do seu trabalho?
A UBS disponibiliza os instrumentos necessários para desenvolver o trabalho nas comunidades e visitas? (ex: balança, folhetos educativos, fichas e-SUS, hipoclorito, sais de reidratação oral, protetor solar, uniforme, identificação funcional)
O/a Sr/a necessita de transporte para realizar o seu trabalho? Há disponibilidade de transporte para realização de seu trabalho no território? Quem fornece o transporte? É adequado e suficiente

para realizar suas atividades de ACS?

4. Processo de trabalho – escopo de práticas

Fale-nos sobre a composição da sua equipe AB (existência de saúde bucal, apoio matricial – NASF, agentes de endemias, e outros profissionais além da equipe mínima, caso haja).
Como é o seu trabalho na UBS? Que tipo de ações realiza dentro da UBS?
Realiza acolhimento ( ) sim ( ) não. Como?
Quais as atividades que você desenvolve no território? Pode nos falar quais as atividades que você como ACS realiza na sua rotina diária /semanal? Tendo como exemplo a última semana de trabalho que atividades o/a Sr/a realizou?
Escopo das práticas: Quais as ações realizadas?
Acompanhamento do pré-natal ( ) sim ( ) não. Como?
O (a) Sr(a) sabe quantas gestantes tem na sua área?
Acompanhamento do hipertensão ( ) sim ( ) não. Como?
O (a) Sr(a) sabe quantos hipertensos tem na sua área?
Acompanhamento de diabetes ( ) sim ( ) não. Como?
O (a) Sr(a) sabe quantos diabéticos tem na sua área?
Acompanhamento de caderneta vacinal ( ) sim ( ) não. Como?
Acompanhamento de puericultura ( ) sim ( ) não. Como?
O (a) Sr(a) sabe quantos menores de dois anos tem na sua área?
Acompanhamento de pessoas com tuberculose ( ) sim ( ) não. Como?
O (a) Sr(a) sabe quantas pessoas com tuberculose tem na sua área?
Acompanhamento de hanseníase ( ) sim ( ) não. Como?
O (a) Sr(a) sabe quantas pessoas com hanseníase tem na sua área?
Acompanhamento de pessoas acamadas? ( ) sim ( ) não. Como?
O (a) Sr(a) sabe quantas pessoas acamadas tem na sua área?
Acompanhamento de pessoas de saúde mental? ( ) sim ( ) não. Como?
O (a) Sr(a) sabe quantas pessoas de saúde mental tem na sua área?
Realiza visita domiciliar ( ) sim ( ) não
Como é a visita domiciliar? O que faz na visita domiciliar? (Faz orientações sobre alimentação saudável? Controlar o peso? Dieta? Reduzir o sal na comida? Sobre a necessidade de realizar exercícios físicos? Para não fumar?)
Informa sobre a importância da água potável ou cisterna? ( ) sim ( ) não
Realiza busca ativa ( ) sim ( ) não
Caso um usuário em acompanhamento falte à consulta marcada o/a sr/a procura o usuário?
O(a) Sr(a) comunica usuários sobre a marcação de consultas?
Como são realizadas as atualizações de cadastro das famílias do seu território?
Existe mapa do território na UBS em que atua?

5. Processo de trabalho – grupos e articulação com outros profissionais

O(a) senhor(a) organiza ou participa de algum grupo com usuários? Como são organizados os grupos? (Para quais temas, como são os grupos e qual a sua frequência?)
Os grupos são sobre quais temas? (Ex.: hiperdia, planejamento familiar, etc) Detalhe os principais conteúdos. O que é feito no grupo?
Onde o grupo é realizado? UBS? Na comunidade?
Qual é a forma dos encontros? (palestras, oficinas, rodas de conversa, consulta coletiva?)
Quem conduz/coordena o grupo?
Quem participa dos grupos? Quantas pessoas em geral participam?
Com que frequência os grupos são realizados?
Participa de reunião de equipe com outros profissionais além do enfermeiro?
O(a) sr(a) desenvolve ações integradas com o agente de combates a endemias (ACE)? Quais?
Existe Academia da Saúde aqui? Há algum tipo de articulação da UBS com a Academia da Saúde? O Sr(a) participa de alguma atividade na Academia da Saúde?
Qual foi a ação/acompanhamento mais difícil que já teve que realizar nas áreas rurais de difícil acesso do seu território?

6. Formação e qualificação para o trabalho do ACS
Existe algum profissional da equipe AB responsável por acompanhar ou fazer a supervisão de seu trabalho? Quem? Como é realizada? *(entrega da produção, número de visitas, número de gestantes, etc.)*
Existe algum profissional da equipe AB responsável por realizar suas atividades de formação? Quem? Como é realizada?
Quando iniciou o trabalho como ACS, que tipos de atividades de formação ou educação permanente para atuar como ACS você participou?
Mais recentemente, participou de alguma formação em saúde? Quais?
Qual o profissional da equipe de AB que o sr(a) tem maior proximidade para discussão de algum caso, realização de visita ou outra atividade na atenção básica?
O Sr(a) pode nos falar sobre o processo de preparação da sua equipe para participar da avaliação do PMAQ?

7. Interculturalidade
Existem cuidadores tradicionais e práticas populares em seu território de atuação? (garrafadas, parteiras, curandeiros, benzedeiras, pajés, puxadores, outros)
Como é a articulação entre cuidadores tradicionais e a sua equipe?
O Sr.(a) desenvolve ações específicas junto às populações tradicionais? Pode falar sobre essas ações, como são desenvolvidas?
A população faz uso de plantas medicinais?
A infraestrutura de sua UBS tem alguma adaptação especial para atendimento a populações específicas (indígenas, ribeirinhos)?

8. Relação AB e atenção especializada/hospitalar
Quando um usuário de sua área precisa de alguma consulta com especialista, como é feita a marcação e para onde, geralmente, os usuários são encaminhados?
Qual a maior distância e tempo percorridos para acesso ao serviço especializado?
Quando o usuário precisa de algum exame especializado, como é feita a marcação e para onde, geralmente, os usuários são encaminhados?
Quando a marcação da consulta com especialista ou exame é marcado, quem se responsabiliza por avisar ao usuário? Como é feita esta comunicação?
O Sr.(a) consegue acompanhar se o usuário foi à consulta/exame especializado? De que forma realiza este acompanhamento?
Quando um usuário de sua área precisa de uma internação hospitalar quais são os serviços de saúde disponíveis? Como consegue ser internado?
Qual a maior distância e tempo percorridos para acesso ao hospital?
Os usuários que recebem alta do hospital são acompanhados pela equipe AB/SF? Como? Como a equipe de AB é informada da alta hospitalar?
O Sr(a) percebe alguma dificuldade nesse acesso ao especialista, aos exames especializados e à internação no hospital? Quais são estas dificuldades?

9. Transporte sanitário e rede de urgência em áreas rurais
Há algum transporte coletivo regular nas áreas mais distantes?
A população conta com transporte oferecido pela prefeitura para acessar os serviços especializados e o hospital? Como está organizado este transporte? (barcos, compra de passagens, vans, outros)
Em uma situação de urgência, qual serviço a população procura? Como se dá o acesso?
O SAMU, ambulância ou outro serviço de urgência móvel atende as áreas acompanhada pelo Sr.(a)? De que forma?
Pode dar um exemplo de situação de urgência de áreas rurais que o(a) sr(a) acompanhou?

10. Intersetorialidade e Participação da comunidade
A comunidade/ população de seu território participa das ações desenvolvidas em sua UBS? De

que forma?
Você participa do conselho municipal de saúde? Como? O CMS funciona?
Há conselho local de saúde na UBS? Quem participa? Você participa do Conselho local de saúde?
A equipe realiza alguma atividade com outras organizações da área como associação de moradores, sindicato, igrejas, ONG? Como? para quais ações?
A equipe AB desenvolve ações em parceria com as escolas? Participa do PSE? (outros setores de políticas públicas educação, assistência social, meio ambiente, etc)?
A equipe AB desenvolve ações em parceria com o serviço social? Quais?
Acompanha condicionalidades do Bolsa Família?
Pode nos falar sobre as ações desenvolvidas com escolas, associação de moradores, assistência social, igrejas, etc (intersetoriais)? O Sr(a) participa destas ações? Qual é sua participação?
O(a) Sr(a). participa de alguma associação ou sindicato de ACS?

11. Força de trabalho em áreas rurais
A sua equipe AB, frequentemente, tem falta ou rotatividade de profissionais? Quais?
Quais são as estratégias de sua equipe AB para lidar com a falta de profissionais?
O Sr.(a) tem contato com estudantes que realizam estágio em sua UBS? Desenvolvem alguma atividade conjunta? Quais?
Na sua equipe há/houve médico do PMM? Desde quando (mês/ano)? Qual a nacionalidade?
Houve mudanças no processo de trabalho da equipe com a presença do médico do PMM? Pode falar sobre essas mudanças?
Como você avalia a atuação do médico do PMM? Há diferenças em relação à atuação de médicos que não são do PMM?
Considera importante a continuidade do PMM? Por que?
A saída dos médicos cubanos teve algum impacto na sua UBS? Qual?

12. Prevenção do câncer de colo de útero
O Sr.(a) acompanha os usuários na linha de cuidado para prevenção do câncer de colo de útero?
O que o Sr(a) considera como maior contribuição do seu trabalho junto a equipe AB para a prevenção do câncer de colo de útero?
Quais ações realiza para prevenção do câncer de colo de útero?
Convoca mulheres com preventivo atrasado ( ) sim ( ) não
Convoca mulheres que nunca realizaram ( ) sim ( ) não
Marca o preventivo ( ) sim ( ) não
Avisa sobre a marcação do preventivo ( ) sim ( ) não
Busca ativa no caso de falta ao preventivo ( ) sim ( ) não
Realiza/participa em grupo educativo sobre CCU ( ) sim ( ) não
Avisa sobre chegada de resultado do preventivo ( ) sim ( ) não
Avisa sobre marcação consulta especializada/exame, realização de visitas a mulheres em tratamento de lesão precursora ( ) sim ( ) não
Como avalia a atuação de sua equipe AB no desenvolvimento das ações de CCU?

13. Hipertensão arterial
O Sr.(a) acompanha os usuários com hipertensão arterial?
O que o Sr(a) considera como maior contribuição do seu trabalho junto a equipe AB para a prevenção e o acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial?
Quais ações realiza para cuidado da Hipertensão?
Visita domiciliar para informar a necessidade de fazer uma consulta para a pressão alta ( ) sim ( ) não
Medida da pressão durante a visita domiciliar ( ) sim ( ) não
Aviso sobre marcação de consulta na UBS ( ) sim ( ) não
Aviso sobre marcação consulta especializada/exame ( ) sim ( ) não
Busca ativa no caso de falta à consulta ( ) sim ( ) não
Orienta sobre: como cuidar da pressão alta ( ) sim ( ) não
Orienta sobre alimentação saudável ( ) sim ( ) não

Orienta sobre exercícios físicos ( ) sim ( ) não
Orienta para não fumar ( ) sim ( ) não
Orienta para controle do peso ( ) sim ( ) não
Durante a visita domiciliar o Sr.(a) verifica se os usuários estão tomando a medicação para pressão alta? ( ) sim ( ) não
Durante a visita domiciliar o Sr, ajuda a compreender ou organizar as medicações nas doses e horários certos? ( ) sim ( ) não
O Sr.(a) realiza algum outro tipo de procedimento junto aos usuários com HAS (glicemia, por exemplo? ( ) sim ( ) não
Como avalia a atuação de sua equipe AB no desenvolvimento das ações de atenção à hipertensão arterial?

14. Pré-natal, parto e puerpério
O Sr.(a) acompanha as usuárias na linha de cuidado para pré-natal, parto e puerpério?
O que o Sr(a) considera como maior contribuição do seu trabalho junto a equipe AB para o acompanhamento pré-natal, parto e puerpério?
Quais ações realiza para cuidado do pré-natal?:
Visita durante a gravidez ( ) sim ( ) não
Busca ativa no caso de falta à consulta ( ) sim ( ) não
Visita na maternidade ( ) sim ( ) não
Visita logo após o parto ( ) sim ( ) não
Orienta sobre alimentação ( ) sim ( ) não
Orienta sobre cuidados bebê ( ) sim ( ) não
Orienta sobre sinais de trabalho de parto ( ) sim ( ) não
Organiza/participa em atividade educativa em grupo sobre PPP (amamentação, vacina, higiene, outros?) ( ) sim ( ) não
Como avalia a atuação de sua equipe AB no desenvolvimento das ações de atenção ao pré-natal? E parto? E puerpério?

15. Em síntese:
O Sr.(a) identifica alguma ação da prefeitura ou de algum órgão público para fortalecer a atenção básica em seu município? Quais?
Quais os principais pontos positivos da atenção básica em seu município?
Quais os principais problemas e desafios em relação à atenção básica em seu município?
Gostaria de fazer mais algum comentário?

Muito obrigada(o)!!!

Síntese do Entrevistador
O território de atuação do ACS está definido? ( ) sim ( ) não
Nº de famílias na microárea do ACS: _____
Nº de pessoas cadastradas na microárea: _____
O ACS identificou características da população residente na sua área de atuação?
( ) Sim ( ) Não. Se SIM, especifique. _____
O ACS mencionou especificidades da área rural onde atua? ( ) sim ( ) não ( ) Não se aplica
Se SIM, especifique. _____
O ACS mencionou a existência de alguma situação climática que provoca o isolamento da população na sua área de atuação? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especificar: _____
Abastecimento de água na área de atuação do ACS. Especifique: _____
Tipo de esgotamento sanitário na área de atuação do ACS _____
Primeiro serviço procurado pela população?
O ACS reconhece algum tipo de barreira para o acesso da população residente, na sua área de atuação, às unidades básicas de saúde? ( ) sim ( ) não

( ) Barreiras geográficas. Especifique:
( ) Barreiras organizacionais. Especifique:
( ) Barreiras financeiras. Especifique:
( ) Outras. Especifique:
Forma habitual de deslocamento dos usuários da casa até a UBS: ( ) a pé; ( ) de ônibus; ( ) de carro próprio; ( ) outro meio. Especifique:
Maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a UBS: _____
Se necessário tomar uma condução, quanto um usuário gasta com condução para ir e voltar da UBS: ___Reais

A UBS disponibiliza os instrumentos para o trabalho do ACS?
( ) sim ( ) não
Balança ( ) sim ( ) não
Folhetos educativos ( ) sim ( ) não
Fichas e-SUS ( ) sim ( ) não
Hipoclorito ( ) sim ( ) não
Sais de reidratação oral ( ) sim ( ) não
Uniforme ( ) sim ( ) não
Identificação funcional ( ) sim ( ) não
ACS utiliza algum transporte para realizar o seu trabalho? ( ) sim ( ) não. Se SIM especifique:_____

Composição da equipe:
Médico ( ) sim ( ) não
Enfermeiro ( ) sim ( ) não
Técnico enfermagem ( ) sim ( ) não
Nº de ACS_____
Outros integrantes: _____

Escopo das práticas
Realiza visita domiciliar ( ) sim ( ) não
Acompanhamento de caderneta vacinal ( ) sim ( ) não
Acompanhamento do pré-natal ( ) sim ( ) não
Sabe quantas gestantes tem na sua área: ( ) sim ( ) não
Acompanhamento de puericultura ( ) sim ( ) não
Acompanhamento do hipertensão ( ) sim ( ) não
Mede pressão nas visitas: ( ) sim ( ) não
Sabe o número de hipertensos de sua área: ( ) sim ( ) não
Sabe o número de diabéticos na sua área: ( ) sim ( ) não
Sabe o número de menores de dois anos de sua área: ( ) sim ( ) não
Acompanha pessoas com tuberculose ( ) sim ( ) não
Acompanhamento de hanseníase ( ) sim ( ) não
Sabe quantas pessoas acamadas tem na sua área: ( ) sim ( ) não
Comunica usuários sobre a marcação de consultas: ( ) sim ( ) não
Realiza atividades nas escolas: ( ) sim ( ) não
Realiza atividades na UBS: ( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique: _____
Realiza acolhimento ( ) sim ( ) não
Organiza ou participa de algum grupo com usuários? ( ) sim ( ) não. Se SIM, quais grupos? _____
Desenvolve ações integradas com o agente de combates a endemias (ACE)? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique: _____
Há profissional responsável por realizar atividades de supervisão do ACS: ( ) sim ( ) não. Quem?_____
Há profissional da equipe AB responsável por realizar atividades de formação do ACS:
( ) sim ( ) não

Realizou algum curso de formação no último ano: ( ) sim ( ) não
Desenvolve ações específicas junto às populações tradicionais? ( ) sim ( ) não. SE SIM. Quais?_____

Fluxo para atenção especializada
Acesso do usuário a atenção especializada no SUS: ( ) No município ( ) Na região de saúde ( ) Na capital
Marcação da consulta especializada/exame pela UBS: ( ) sim ( ) não
Marcação pelo usuário no setor de marcação: ( ) sim ( ) não
Acompanhamento da marcação de consulta especializada pela UBS ( ) sim ( ) não
ACS avisa o usuário sobre a marcação da consulta com especialista ou exame ( ) sim ( ) não
Principal dificuldade de acesso à atenção especializada _____
Qual o maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a atenção especializada ou hospital?
Disponibilidade de transporte sanitário para os pacientes de áreas mais distantes do município? ( ) sim ( ) não
SMS organiza transporte sanitário para atendimento fora do município? ( ) sim ( ) não
Meios de transporte coletivo disponíveis para população das áreas de mais difícil acesso? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique:_____
Disponibilidade de transporte para profissionais acessarem UBS mais distantes? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique:_____
Formas de participação da comunidade na AB ( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique: _____
ACS participa do conselho municipal de saúde ( ) sim ( ) não
ACS acompanha condicionalidades do Bolsa Família: ( ) sim ( ) não
Há falta de profissionais na sua equipe? ( ) sim ( ) não. Se SIM, Especifique:_____
Estratégias da equipe para lidar com a falta/rotatividade de profissionais? ( ) sim ( ) não Especifique:_____
Há/houve médico do PMM na equipe do ACS entrevistado? ( ) sim ( ) não
O ACS identificou algum impacto com a saída dos médicos cubanos na UBS de sua atuação? ( ) sim ( ) não ( ) Não se aplica. Se Sim especifique: _____

Prevenção de CCU
ACS acompanha os usuários na linha de cuidado para prevenção do câncer de colo de útero: ( ) sim ( ) não
Convoca mulheres com preventivo atrasado ( ) sim ( ) não
Convoca mulheres que nunca realizaram ( ) sim ( ) não
Marca o preventivo ( ) sim ( ) não
Avisa sobre a marcação do preventivo ( ) sim ( ) não
Busca ativa no caso de falta ao preventivo ( ) sim ( ) não
Realiza/participa em grupo educativo sobre CCU ( ) sim ( ) não
Avisa sobre chegada de resultado do preventivo ( ) sim ( ) não
Avisa sobre marcação consulta especializada/exame ( ) sim ( ) não
ACS realiza visitas a mulheres em tratamento de lesão precursora ( ) sim ( ) não

Acompanhamento HAS
ACS acompanha os usuários com hipertensão arterial: ( ) sim ( ) não

Ações realizadas pelo ACS para cuidado de usuários portadores de HAS:
Visita domiciliar para informar a necessidade de fazer uma consulta para a pressão alta ( ) sim ( ) não
Medida da pressão durante a visita domiciliar ( ) sim ( ) não
Aviso sobre marcação de consulta na UBS ( ) sim ( ) não
Aviso sobre marcação consulta especializada/exame ( ) sim ( ) não
Busca ativa no caso de falta à consulta ( ) sim ( ) não

Orienta sobre: como cuidar da pressão alta ( ) sim ( ) não
Orienta sobre alimentação saudável ( ) sim ( ) não
Orienta sobre reduzir o sal na alimentação ( ) sim ( ) não
Orienta sobre exercícios físicos ( ) sim ( ) não
Orienta para não fumar ( ) sim ( ) não
Orienta para controle do peso ( ) sim ( ) não
Durante a visita domiciliar o ACS verifica se os usuários estão tomando a medicação para pressão alta? ( ) sim ( ) não
Durante a visita domiciliar o ACS ajuda a compreender ou organizar as medicações nas doses e horários certos? ( ) sim ( ) não

Acompanhamento do Pré-natal, parto e puerpério pelo ACS
ACS acompanha as usuárias na linha de cuidado para pré-natal, parto e puerpério ( ) sim ( ) não

Ações realizadas pelo ACS para cuidado do PPP:
Visita durante a gravidez ( ) sim ( ) não
Busca ativa no caso de falta à consulta de pré-natal ( ) sim ( ) não
Visita na maternidade ( ) sim ( ) não
Visita logo após o parto ( ) sim ( ) não
Orienta sobre alimentação ( ) sim ( ) não
Orienta sobre cuidados bebê ( ) sim ( ) não
Orienta sobre sinais de trabalho de parto ( ) sim ( ) não
Organiza/participa em atividade educativa de grupo sobre PPP ( ) sim ( ) não

Observações do entrevistador - questões-chave:
_____
_____

Observações do entrevistador - eventos imprevistos, impressões sobre a entrevista, etc:
_____
_____

Data da entrevista:
Hora de Início: Final:
Duração:

Entrevistador 1: _____
Entrevistador 2: _____
Entrevistador 3: _____

ANEXO 4 - Sumário dos roteiros de entrevista – Usuários PPP, CCU e HAS – Pesquisa Nacional Atenção Primária à Saúde em Territórios rurais e remotos do Brasil

Trajetória assistencial usuária de pré-natal, parto e puerpério (PPP)
Perfil do entrevistado
Bloco 1. Antes do parto
Bloco 2. Acesso ao cuidado pré-natal
Bloco 3. Cuidado pré-natal e ações do ACS
Bloco 4. Cuidado pré-natal: acesso a exames, medicamentos
Bloco 5. Cuidado pré-natal e promoção da saúde
Bloco 6. Pré-natal de alto risco
Bloco 7. O cuidado no momento do parto: o percurso até a maternidade
Bloco 8. O cuidado no momento do parto: a internação e a assistência ao parto
Bloco 9. Cuidado ao parto: alta hospitalar
Bloco 10. Atenção e coordenação do cuidado pós-parto
Bloco 11. Programa Mais Médicos (para as UBS com PMM)
Bloco 12. Avaliação geral e considerações finais do entrevistado
Síntese do entrevistador

Trajetória assistencial usuária com lesão precursora de câncer de colo de útero (CCU)
Perfil do entrevistado
Bloco 1. O rastreamento do CCU
Bloco 2. O percurso da usuária até a rede secundária – consulta especializada
Bloco 3. O percurso da usuária até a rede secundária – exames especializados
Bloco 4. Tratamento da lesão precursora CCU
Bloco 5. O percurso da usuária até a rede secundária/terciária – apoio e avaliação
Bloco 6. Programa Mais Médicos (para as UBS com PMM)
Bloco 7. Avaliação geral e considerações finais da entrevistada
Síntese do entrevistador

Trajetória assistencial usuário(a) com hipertensão arterial sistêmica (HAS)
Perfil do entrevistado
Bloco 1. Diagnóstico da HAS
Bloco 2. Última consulta de HAS – Acesso
Bloco 3. Última consulta de HAS – Qualidade
Bloco 4. O cuidado da HAS: acesso, exames e medicamentos
Bloco 5. O cuidado da HAS e promoção da saúde
Bloco 6. O percurso do(a) usuário(a) até a rede secundária – consulta especializada
Bloco 7. O percurso do(a) usuário(a) até a rede secundária – exames especializados
Bloco 8. O percurso do(a) usuário(a) até a rede secundária – apoio e avaliação
Bloco 9. Programa Mais Médicos (para as UBS com PMM)
Bloco 10. Avaliação geral e considerações finais do entrevistado
Síntese do entrevistador

ANEXO 5 - Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa – ENSP/FIOCRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP/ FIOCRUZ

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil
Pesquisador: Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 92280918.3.0000.5240
Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ
Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.832.559

Apresentação do Projeto:
Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer consubstanciado número 2.811.790, emitido em 09/08/18.
Anteriormente o projeto recebeu o parecer: 2.778.111, emitido em 19/07/18 (pendente).

Trata-se de Projeto próprio da pesquisadora Márcia Cristina Rodrigues Fausto, com financiamento do Ministério da Saúde, no valor de R$ 291.000,00.

"Propõe-se nesse estudo discutir questões próprias das localidades buscando trazer à tona elementos comuns aos territórios rurais e remotos e a realidade da organização e funcionamento dos serviços de APS, além das formas e usos dos recursos externos aos sistemas de saúde feitos pelos cidadãos residentes nesses territórios para solucionar suas necessidades em saúde. Para tanto, buscar-se-á investigar a forma como estão
estruturados os serviços da APS nestes contextos; como se dá o processo de trabalho das equipes de APS e reconhecer a trajetória assistencial dos moradores e usuários dos serviços de APS. Serão utilizadas abordagens mistas e estratégias de pesquisa trianguladas de modo a abarcar o máximo de informações que permitam o aprofundamento do estudo.A compreensão a respeito das ações de planejamento e estratégias de gestão local para responder às necessidades em saúde das populações residentes em áreas

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

rurais remotas, também faz parte desse estudo. Serão realizadas entrevistas com gestores da Secretaria Municipal de Saúde e dos Distritos Rurais, Secretaria Estadual de Saúde e as respectivas estruturas regionais. Essas entrevistas serão norteadas por um roteiro que buscará compreender o quanto a gestão consegue incorporar as normas e diretrizes para implantação das ações de AB nestes contextos; as bases para o planejamento e gestão da atenção básica; estrutura e modelos organizacionais na AB; articulação com outros recursos do sistema de saúde loco-regionais; e identificação da existência de inovações tecnológicas para o enfrentamento das demandas em saúde, para compreensão da forma como se lida com as demandas pelos serviços de saúde
nestes contextos.Para conhecer o modo como estão organizados os serviços de APS e a forma como são desencadeadas as ações em saúde no processo de trabalho das equipes AB, serão realizadas entrevistas com profissionais da AB que atuam diretamente nos territórios rurais e remotos e tenham sob responsabilidade usuários residentes nestas áreas. Para o estudo importa que as equipes AB atuem em territórios rurais, estando ou não a UBS de vinculação localizada na área rural remota.A lógica de organização dos serviços de APS, a disponibilidade de ações e serviços e a condição para possibilitar o acesso adequado e oportuno, serão observadas a partir da percepção dos usuários dos serviços de APS, por meio da realização de entrevistas semi-estruturadas."

"Para definição dos municípios participantes do estudo partiu-se da proposta do IBGE (2017) seguindo a classificação estabelecida para áreas rurais e remotas. Dos 323 municípios classificados como rurais remotos, foram elencados aqueles que haviam participado do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica com equipes que atuam em áreas rurais, chegando a 162 municípios. Destes foram selecionados os que possuíam equipes de AB atuantes nas áreas rurais remotas e que no período de 2013 a 2018 contaram com médicos do Programa Mais Médicos (PMM)."

"O referido projeto não será realizado na cidade onde está localizada a instituição proponente. Será realizado em municípios localizados em áreas rurais e remotas, considerados como áreas de difícil acesso do país. Por esta razão os termos de Anuência serão recolhidos no momento em que a equipe de pesquisa for a campo. O estudo proposto visa abranger cerca de 95 municípios localizados nos seguintes estados: AC, AL, AP, AM, ES, BA, MA, MT, MS, MG, PA, PE, PI, PR, RO, RR, RJ e TO, havendo concordância e anuência do Ministério da Saúde para sua realização."

Tamanho da amostra:1.140
Gestor 380
Profissionais de Saúde 475
Usuários 285

"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 cadastrado no HIPERDIA que precisou de consulta com especialista nos últimos 12 meses."

Objetivo da Pesquisa:
Segundo a pesquisadora:
"Objetivo Primário:
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.
Objetivo Secundário:
• 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;• Conhecer a trajetória assistencial de cidadãos residentes em territórios rurais e remotos para acesso à atenção integral, desde os serviços de APS até os de maior densidade tecnológica a partir do cuidado ofertado nos serviços de APS;• Analisar a configuração dos fluxos regionais para garantia de continuidade dos cuidados desde a perspectiva dos municípios rurais e remotos."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Segundo a pesquisadora:

"Riscos:
A única possibilidade de risco nesta pesquisa é mínima e estaria relacionada ao desconforto ou constrangimento em falar sobre algum assunto em que não se sinta confortável. Para diminuir esse risco, os participantes serão esclarecidos que poderão, a qualquer momento, se negar a responder qualquer questão ou até mesmo se retirar da pesquisa, sem nenhuma repercussão para si, bem como indicar o local para entrevista de sua melhor conveniência.
Benefícios:
O benefício (direto ou indireto) está relacionado com a possibilidade da pesquisa identificar fatores que possam contribuir para melhoria da atenção básica nos contextos rurais e remotos e, consequentemente a melhoria da qualidade da atenção à população. Espera-se que o estudo forneça informações que subsidiem o aperfeiçoamento da Política Nacional de Atenção Básica"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Para as respostas foram apresentados, em 10/08/18:
-ProjetoAPSruraleremotomodificado13ago18.docx
-TCLEUsuariomodificado2.docx
-TCLEProfissionalmodificado2.docx
-TCLEGestormodificado2.docx
-FormulariorespostasapendenciasMarciaFausto10ago18.doc

Recomendações:
Vide "Considerações Finais a Critério do CEP"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
RETIRAR DOS TCLEs GESTOR E PROFISSIONAL:"...o uso das informações contidas no meu prontuário...", pois o projeto não usará prontuários.
ANÁLISE CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:
****

ATENÇÃO:

(A)***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO

(ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.

(B)***CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.***

(C)***PARA CASOS DE ATENDIMENTO SIMULTÂNEO DAS EXIGÊNCIAS (A) E (B), ENCAMINHAR SOMENTE A EMENDA.

****

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (www.ensp.fiocruz.br/etica).

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FolhaderostoMarciaFausto.pdf	21/08/2018 08:36:07	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	ProjetoAPSruraleremotomodificado13ago18.docx	14/08/2018 08:08:52	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1157087.pdf	10/08/2018 11:20:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUsuariomodificado2.docx	10/08/2018 11:19:32	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEProfissionalmodificado2.docx	10/08/2018 11:19:15	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGestormodificado2.docx	10/08/2018 11:18:35	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
Outros	FormulariorespostasapendenciasMarciaFausto10ago18.doc	10/08/2018 10:50:56	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAPSruraleremotomodificado.docx	06/08/2018 14:54:57	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
Outros	ROTEIROSDEENTREVISTASmodificado.docx	06/08/2018 14:21:46	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEProfissionalmodificado.docx	06/08/2018 14:20:20	Márcia Cristina Rodrigues Fausto	Aceito

ANEXO 6 - Aprovação do Artigo na Revista Cadernos de Saúde Pública

CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

Rio de Janeiro, 27 de novembro de 2020.

Ilmo(a) Sr(a). Juliana Gagno Lima:

Em nome do Conselho Editorial de Cadernos de Saúde Pública, comunicamos que o artigo de sua autoria, em colaboração com Lígia Giovanella, Márcia Cristina Rodrigues Fausto, Patty Fidelis de Almeida, intitulado "O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia", foi aprovado quanto ao seu mérito científico.

A conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.

Atenciosamente,

Marília Sá Carvalho Cláudia Medica Coeli Luciana Dias de Lima
Editoras

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Rua Leopoldo Bulhões 1480,
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Telefone: (+55 21) 2598-2511
Telefax: (+55 21) 2598-2737
cadernos@fiocruz.br
http://www.ensp.fiocruz.br/csp