



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA



KARINA VASCONCELOS RODRIGUES FRIAS

**ORGANIZAÇÃO E BUSCA POR CUIDADOS EM SAÚDE EM MUNICÍPIO RURAL
REMOTO: UMA ANÁLISE A PARTIR DA TEORIA DOS SUBSISTEMAS DE
ARTHUR KLEINMAN**

Niterói – RJ

FEVEREIRO/2021

KARINA VASCONCELOS RODRIGUES FRIAS

**ORGANIZAÇÃO E BUSCA POR CUIDADOS EM SAÚDE EM MUNICÍPIO RURAL
REMOTO: UMA ANÁLISE A PARTIR DA TEORIA DOS SUBSISTEMAS DE
ARTHUR KLEINMAN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa:
Cuidado em Saúde: Teoria e Práxis

Orientadora:
Prof. Dra. Patty Fidelis de Almeida

Niterói – RJ

FEVEREIRO/2021

Ficha catalográfica automática - SDC/BFM
Gerada com informações fornecidas pelo autor

F897o Frias, Karina Vasconcelos Rodrigues
ORGANIZAÇÃO E BUSCA POR CUIDADOS EM SAÚDE EM MUNICÍPIO RURAL
REMOTO: UMA ANÁLISE A PARTIR DA TEORIA DOS SUBSISTEMAS DE
ARTHUR KLEINMAN / Karina Vasconcelos Rodrigues Frias ; Patty
Fidelis de Almeida, orientadora. Niterói, 2021.
104 f. : il.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
Niterói, 2021.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGSC.2021.m.10749328703>

1. Saúde da População Rural. 2. Acesso aos Serviços de
Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Rural Remoto. 5.
Produção intelectual. I. Almeida, Patty Fidelis de,
orientadora. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de
Saúde Coletiva. III. Título.

CDD -

KARINA VASCONCELOS RODRIGUES FRIAS

ORGANIZAÇÃO E BUSCA POR CUIDADOS EM SAÚDE EM MUNICÍPIO RURAL
REMOTO: UMA ANÁLISE A PARTIR DA TEORIA DOS SUBSISTEMAS DE ARTHUR
KLEINMAN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Patty Fidelis de Almeida (Orientadora)
Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. Márcia Cristina Rodrigues Fausto (Examinadora)
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Leandro Marcial Amaral Hoffmann (Examinador)
Universidade Federal Fluminense

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, por ter me dado a vida, me aberto essa porta e me dado condições de trilhar esse caminho.

À minha amada mãe Ivany, amiga e companheira, que me deu forças e ânimo para realizar esse sonho. Minha maior incentivadora e investidora! Sempre cuidou de tudo para que eu pudesse me dedicar integralmente à pesquisa. Obrigada pelo amor e carinho incondicional mãe. Essa vitória também é sua!

Ao meu marido André, que me deu suporte para comparecer às aulas e compromissos exigidos pelo curso e compreendeu as minhas ausências. Muito obrigada por me apoiar e suportar.

À minha querida irmã Laryssa, que mesmo longe, em outro país, sempre esteve perto. Entendeu quando não podíamos conversar, me deu apoio, me fez rir e sempre foi tão companheira, muito obrigada por sempre me ajudar a ir pra frente.

À minha querida orientadora Patty, que me acolheu com todo carinho, foi compreensiva, companheira, atenciosa e exigente. Patty, você foi uma mãe para mim nesta pesquisa. Sempre vou me lembrar de você com muito carinho e terei orgulho de dizer que fui sua orientanda. Muito obrigada, do fundo do meu coração!

Ao meu cãozinho Madruga que ficou ao meu lado por horas a fio enquanto eu escrevia. Sua companhia doce e silenciosa me alentaram em momentos de angustia.

À todos vocês que fizeram parte da minha trajetória no mestrado em saúde coletiva, muito obrigada, eu não teria conseguido sem vocês.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	7
2. INTRODUÇÃO	9
3. REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 A ANTROPOLOGIA MÉDICA: OUTRAS FORMAS DE COMPREENSÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	15
3.2 OS SISTEMA DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DE ARTHUR KLEINMAN	18
3.3 OS DESAFIOS DO ACESSO À SAÚDE EM ÁREAS RURAIS	23
4. PERCURSO METODOLÓGICO	31
4.1. TIPO DE ESTUDO	31
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	32
4.2.1 A Região Amazônica.....	32
4.2.2 O Município de Assis Brasil.....	35
4.3. INSTRUMENTOS DE PESQUISA	40
4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA	40
4.4.1 Gestores da Saúde.....	40
4.4.2 Profissionais das Equipes de Saúde da Família.....	41
4.4.3 Usuários	41
4.5. ANÁLISE DE DADOS	42
4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
5. RESULTADOS	44
5.1 ARTIGO 1: SUBSISTEMA DE CUIDADOS INFORMAL E POPULAR EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO RURAL REMOTO DA REGIÃO AMAZÔNICA, BRASIL	44
5.2 ARTIGO 2: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM UM MUNICIPIO RURAL REMOTO DO NORTE DO BRASIL	59
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	84

LISTA DE SIGLAS

APS - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ONG - ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL

PNAB - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

UBS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

PSF - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

ESF - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PMAQ - PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

PMM- PROGRAMA MAIS MÉDICOS

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

MRR – MUNICÍPIO RURAL REMOTO

CIR – COMISSÕES INTERGESTORAS REGIONAIS

HAS – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

CCU – CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

PPP – PARTO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

PNS – PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

IDH – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

IDHM – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL

ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

NASF – NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

SMS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UF – UNIDADES FEDERATIVAS

SINASC – SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1- Indicadores socioemográficos, 2000 a 2020, Assis Brasil, AC, 2020	37
Quadro 2 – Equipamentos de saúde, Assis Brasil, AC, 2020.....	40
Quadro 3 - Matriz de análise subsistemas de saúde - formal/profissional, popular e informal.....	43
Quadro 4: Caracterização dos participantes da pesquisa, Assis Brasil, AC, 2019.....	47
Quadro 5: Caracterização dos participantes da pesquisa, Assis Brasil, AC, 2019.....	62
Quadro 6: Estabelecimentos e equipes de Saúde da Família, Assis Brasil, AC, 2019.....	65
Quadro 7: Falas expressivas dos informantes-chave segundo categorias de análise, Assis Brasil, AC, 2019.....	71
Tabela 1: Características do Território e População, Assis Brasil, AC, 2020.....	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- A Tríplice fronteira entre Brasil (Assis Brasil), o Peru (Iñapari) e a Bolívia (Bolpebra), Assis Brasil, AC, 2020.....	36
Figura 2 – Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde, Assis Brasil, AC, 2019.....	39

RESUMO

Municípios brasileiros caracterizados como rurais remotos apresentam contextos territoriais marcados por características geográficas, econômicas, políticas, históricas e culturais específicas que afetam diretamente a vida das pessoas que vivem nessas localidades e o alcance das políticas e serviços públicos, entre os quais os de saúde. Estudos identificam que essas populações enfrentam barreiras adicionais na busca por cuidados em saúde e que, por esta razão, demandam uma compreensão ampliada de como se organizam e se relacionam os sistemas formais e informais envolvidos nos processos de atenção. O objetivo deste trabalho é analisar como se configuram os três subsistemas de cuidados em saúde – informal, profissional e popular - em um município rural remoto da região norte do país. Foi realizado estudo de caso em Assis Brasil, estado do Acre, por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores municipais, regionais e estadual; médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família (ESF); e usuários selecionados a partir de eventos traçadores – pré-natal, parto e puerpério, câncer do colo do útero e hipertensão arterial sistêmica. A análise de conteúdo temática foi guiada pela teoria de Arthur Kleinman segundo a qual em qualquer sociedade complexa podem ser identificados três subsistemas de cuidado à saúde que funcionam de maneira sobreposta e não excludente: o informal (*popular sector* - família, comunidade, rede de amigos, grupos de apoio e auto-ajuda), o popular (*folk sector* - agentes especializados seculares ou religiosos, mas não reconhecidos legalmente na sociedade) e o subsistema profissional/formal (*professional sector*) que se relaciona à disponibilidade e utilização dos serviços formais de saúde. Identificou-se que o subsistema informal desempenha triplo papel na composição dos cuidados em saúde: na perspectiva da solidariedade e empatia; no preenchimento de lacunas das políticas e dos serviços de saúde; e também na complementariedade de ações desenvolvidas pelo sistema formal, o SUS. O sistema popular atuava em complementariedade com o sistema formal, com uso pontual ou longitudinal de seus recursos; e em substituição às práticas formais. O subsistema formal figurou como principal ponto de acesso aos serviços de saúde, em pese várias limitações. Distribuição desigual de estabelecimentos de saúde no território com áreas descobertas; dificuldade de acesso aos serviços devido a condições climáticas e barreiras econômicas para custeio de transporte; alto fluxo de atendimento a estrangeiros e população indígena; promoção de ações de saúde itinerantes na área rural; insuficiência de medicamentos; dificuldades de atração e fixação de profissionais; escassez de recursos tecnológicos e ausência de acesso à internet nas UBS foram alguns resultados encontrados em relação ao subsistema formal. Os resultados mostram que a organização dos serviços e o acesso à saúde apresentam elementos dos três subsistemas, ora complementares, ora substitutivos diante dos constrangimentos ao adequado funcionamento do sistema público. De toda forma, a compreensão ampliada da busca por cuidados em contexto marcado por diversas especificidades, como os territórios rurais remotos, pode contribuir para a oferta de cuidados mais apropriados na perspectiva da atenção à saúde, como também mais culturalmente sensíveis.

Descritores: Saúde da População Rural; Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Municípios Rurais Remotos.

ABSTRACT

Brazilian municipalities characterized as remote rural areas have territorial contexts marked by specific geographical, economic, political, historical and cultural characteristics that directly affect the lives of people living in these locations and the reach of public policies and services, including health care. Studies have identified that these populations face additional barriers in the search for health care and, for this reason, demand an expanded understanding of how the formal and informal systems involved in the care processes are organized and related. The objective of this work is to analyze how the three subsystems of health care - informal, professional and popular - are configured in a remote rural municipality in the northern region of the country. A case study was carried out in Assis Brasil, state of Acre, through semi-structured interviews with municipal, regional and state managers; doctors, nurses and community health agents (CHAs) of the Family Health Strategy (FHS); and users selected based on tracer events - prenatal, delivery and puerperium, cervical cancer and systemic arterial hypertension. The thematic content analysis was guided by Arthur Kleinman's theory according to which in any complex society three health care subsystems can be identified, functioning in an overlapping and not excluding manner: the informal (popular sector - family, community, network of friends, support and self-help groups), the folk (secular or religious specialized agents, but not legally recognized in society) and the professional/formal subsystem (professional sector) that relates to the availability and use of formal health services. It was identified that the informal subsystem plays a triple role in the composition of health care: from the perspective of solidarity and empathy; in filling gaps in health policies and services; and also in the complementarity of actions developed by the formal system, the SUS. The popular system acted in complementarity with the formal system, with occasional or longitudinal use of its resources; and in substitution of formal practices. The formal subsystem figured as the main access point to health services, despite several limitations. Unequal distribution of health facilities in the territory with uncovered areas; difficulty in accessing services due to climatic conditions and economic barriers to the cost of transportation; high flow of care for foreigners and indigenous people; promotion of itinerant health actions in rural areas; insufficient medication; difficulties in attracting and retaining professionals; scarcity of technological resources, and lack of Internet access in the PHUs were some of the results found in relation to the formal subsystem. The results show that the organization of services and access to health have elements of the three subsystems, sometimes complementary, sometimes substitutive, when faced with the constraints to the proper functioning of the public system. In any case, the expanded understanding of the search for care in a context marked by several specificities, such as remote rural territories, can contribute to the offer of more appropriate care from the perspective of health care, as well as more culturally sensitive.

Key words: Rural Population Health; Access to Health Services; Primary Health Care; Remote Rural Municipalities.

1. APRESENTAÇÃO

Sou Psicóloga recém-formada e antes dessa graduação me formei em Música. Durante todo meu percurso acadêmico me propus a trabalhar e estagiar em locais singulares, a explorar diferentes realidades fugindo do trivial. Essas experiências despertaram em mim um olhar curioso para a multiculturalidade e as diferentes condições de vida e saúde de pessoas que habitam a mesma cidade.

O desejo de fazer mestrado surgiu ainda na primeira graduação, quando admirava o conhecimento daqueles que me ensinavam. Ao começar a ensinar em escolas regulares e me deparar com situações singulares, senti que precisava compreender mais a fundo meu material de trabalho, o ser humano. Então me propus a estudar Psicologia, área pela qual sempre me afeiçoei. Durante o curso tive a oportunidade de participar de uma pesquisa no estágio em iniciação científica na Fiocruz e nesse momento tive absoluta certeza que deveria seguir neste caminho. Antes mesmo de terminar o curso de Psicologia ingressei no mestrado sedenta por aprender.

Algum tempo depois de ingressar no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, fui convidada pela minha orientadora a fazer parte de uma pesquisa mais ampla. Um projeto encantador que busca reconhecer as características da organização da atenção básica e sua relação com a rede para garantia de atenção integral e integrada, em territórios brasileiros classificados como rurais e remotos. Aceitei o convite e veio a busca pelo objeto e desenho do meu projeto. Mesmo insegura aceitei o desafio e me debrucei sobre muitas leituras para fundamentar o meu tema. Eram muitas questões novas e, conseqüentemente, surgiram muitas dúvidas, indagações e vontade de encontrar respostas.

Os momentos de orientação e as disciplinas cursadas durante o primeiro ano me ajudaram a situar a realidade institucional e política da qual iríamos falar. Passei a melhor compreender os fundamentos do SUS e como é estruturado. Fiquei maravilhada com tamanha complexidade do sistema, embora muitos sejam os desafios. Passei então a refletir sobre as estratégias que gestores, profissionais e população desenvolvem para atender às necessidades em saúde dentro de realidades socioculturais e econômicas complexas.

A análise das entrevistas realizadas em um Município Rural Remoto do estado do Acre, meu principal material de trabalho, me possibilitou conhecer e compreender a realidade

dos usuários e profissionais de Assis Brasil, muito diferente do que até então conhecia como moradora de um grande centro urbano. Essa experiência me fez pensar nos inúmeros cenários que coexistem dentro do Brasil e na necessidade de considerar essa diversidade ao elaborar políticas públicas. Assim, meu desejo é que o tempo e dedicação a esse estudo possam contribuir, de alguma maneira, para o fortalecimento do SUS e aprimoramento das ações locais em saúde no contexto nos interiores do país.

2. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um componente fundamental dos sistemas de saúde. Tal importância ancora-se em evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotam como base de seus sistemas, que se reflete em melhores indicadores de saúde, fluxo dos usuários, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior utilização de práticas preventivas, satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades no acesso aos serviços (STARFIELD, 2002; OPAS, 2011).

A Declaração de Alma – Ata, em 1978, foi um marco que responsabilizou os governos pela saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, como uma das mais importantes metas mundiais por se tratar de um direito humano fundamental. Para que todos alcançassem acesso à saúde seria necessária a articulação de diversos setores sociais e econômicos, além do setor saúde. A partir de Alma-Ata a discussão se ampliou enfatizando-se os determinantes sociais ligados ao processo saúde doença e à necessidade de redução das desigualdades. Ainda assim, a implementação da APS nos diversos contextos mundiais e de sistemas de saúde seguiram formatos diversos, desde proposições mais abrangentes, até concepções que trilham o caminho da seletividade (GIOVANELLA, 2006).

Em cenário nacional, o debate sobre a adesão às proposições de APS mais abrangentes entrou na agenda de reforma setorial em meados da década de 1970, no contexto da reforma sanitária brasileira. Nos anos seguintes, o Brasil enfrentou crises econômicas e esgotamento do modelo ditatorial que se refletiram no estado de saúde da população. Com a Constituição Brasileira de 1988 criaram-se as bases legais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e determinou-se a responsabilidade do Estado em prestar assistência médica para todos por meio de um serviço nacional de saúde na perspectiva de seguridade social, cuja implementação inicia-se em 1990 (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Nos anos subsequentes à Constituição de 1988, um conjunto de iniciativas buscou fortalecer as ações de saúde com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do modelo de atenção, visando especialmente à promoção da saúde e prevenção de agravos. O Programa Saúde da Família (PSF), instituído pelo Ministério da Saúde em 1994, se insere nesse contexto. Em um primeiro momento, foi implantado como programa focalizado destinado a populações pobres e vulneráveis, com cesta restrita de serviços e baixa articulação com o restante da rede assistencial. Posteriormente, a adoção da Saúde da Família como estratégia, deu à APS um caráter mais abrangente, como modelo para a atenção

básica no SUS, que deve estar articulada aos demais níveis e orientar a reestruturação do sistema (GIONAVELLA e MENDONÇA, 2008). A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi a principal política para implementação de uma concepção abrangente, inspirada nos princípios de Alma-Ata. A partir de então, observou-se aumento do acesso às ações e serviços de saúde, com alguma redução das desigualdades e obtenção de melhores resultados (CASTRO et al., 2019).

No entanto, muitos desafios persistem para garantia de acesso à população que reside no diverso território brasileiro. Diante da grande extensão territorial, diversidade de biomas e desigualdades socioeconômicas, as experiências de acesso e uso dos dispositivos de saúde são diferentes e a maneira como cada indivíduo e sua família vivenciam o processo de adoecimento também, determinado, entre outros fatores, pelas condições de acesso e disponibilidade de serviços (GULLIFORD, 2017).

As diferenças entre urbano e rural não se concentram apenas em características territoriais e populacionais, mas se revelam como desigualdades quando comparados concentração de renda, acesso a bens e serviços, escolaridade, etc. Estas iniquidades, com frequência, transferem-se para o campo da saúde, tornando-se visíveis seja nas desiguais condições de saúde dos diferentes grupos, na exposição aos riscos ou no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde. Não por acaso, grande parte das desigualdades observadas no campo da saúde está diretamente relacionada às observadas em outros planos da vida social (MARMOT, 2015; BARTLEY, 2004).

As desigualdades na saúde geram desiguais possibilidades de usufruir dos avanços científicos e tecnológicos, bem como diferentes chances de exposição aos fatores que determinam a saúde e a doença e, por fim, nas diferentes chances de adoecimento e morte. Da mesma forma que as desigualdades sociais, as da/em saúde têm persistido em todos os países independente do grau de desenvolvimento alcançado (MARMOT, 2015; DEATON, 2015; BARTLEY, 2004)

Segundo o Banco Mundial (2016), apesar dos índices de desigualdade e pobreza terem sido reduzidos nas últimas duas décadas, o Brasil mantém-se entre os países mais desiguais do mundo. As extremas diferenças entre as áreas urbanas e rurais, que refletem diferentes estágios de desenvolvimento socioeconômico, contribuem para a desigualdade no que se refere às condições e ao acesso a uma série de itens básicos para a qualidade de vida (KAGEYAMA e HOFFMANN, 2004). O acesso à saúde pode ser considerado um dos determinantes fundamentais da qualidade de vida e do desenvolvimento socioeconômico. É uma das

dimensões sugeridas pelo Banco Mundial (2017) para a mensuração da pobreza multidimensional.

O acesso à saúde influencia, entre outros aspectos da vida social, a dinâmica demográfica, com impactos sobre a mortalidade e a expectativa de vida. É um elemento essencial do sistema de saúde ligado à organização dos serviços, ou seja, tudo aquilo referente à entrada no sistema e todo o tratamento que se sucede (SAWYER, 2002). Nesse sentido, pesquisas e políticas de saúde nas áreas rurais devem orientar-se à compreensão e redução dos efeitos das desigualdades nas condições de saúde, garantindo, por exemplo, o acesso universal e integral ao sistema (HARTLEY, 2008).

Nesse sentido, a reorganização do modelo de atenção e a interiorização dos serviços de saúde, em especial nas áreas rurais, são temas que devem permear a política pública no país, uma vez que se acredita que haja um maior potencial de vulnerabilidades dessa população devido à existência de problemas relacionados à baixa escolaridade, precariedade das moradias, dificuldades de transporte, de acesso aos serviços de saúde, a consultas médicas, entre outras (BARBIANE et al., 2014; DUNCAN e TARGA, 2014).

A condição de vulnerabilidade social e econômica de uma parcela da sociedade brasileira, há tempos, vem sendo alvo também do olhar de cientistas sociais. De longa data, sociólogos, antropólogos, cientistas políticos, economistas e até mesmo fotógrafos estudam, pesquisam e colocam em discussão a marginalidade, a exclusão, a pobreza e a miséria de um contingente dos brasileiros cuja cidadania não é fundamento legal de garantia e de extensão de seus direitos básicos (KOWARICK, 2009).

Os elevados níveis de pobreza que afligem a sociedade encontram seu principal determinante na estrutura da desigualdade brasileira (GOMES e PEREIRA, 2005). A região norte, por exemplo, apesar das políticas sociais implementadas nos últimos anos, historicamente, sofre com a falta de políticas para a melhoria da qualidade de vida das famílias, principalmente, quando comparadas com a região sul e sudeste do país. Portanto, as desigualdades na distribuição da renda e nas oportunidades de inclusão econômica e social vêm contribuindo significativamente para o aumento nos índices de vulnerabilidade das famílias desta região. Muitas vezes a exacerbação das vulnerabilidades ocorre devido à má destinação e distribuição dos recursos entre os diferentes grupos de pessoas e, são decorrentes dos processos econômicos, demográficos e políticos de determinado país (CARDONA, 2001).

O problema das desigualdades que impera no país tem adquirido relevância no setor saúde nos últimos 20 anos. Políticas públicas vêm sendo criadas para diminuir iniquidades e aumentar a abrangência das ações de promoção e prevenção. Além da superação das desigualdades ser um objetivo da própria Constituição Federal, passou a constituir um ponto de primeira importância nos discursos ou agendas governamentais, sobretudo entre os anos de 2002 a 2015 (CAMPELO et al., 2018). Nesse contexto, o acesso à saúde pode ser considerado um dos determinantes fundamentais da qualidade de vida e do desenvolvimento socioeconômico.

As discrepâncias entre o cenário rural e urbano no Brasil se tornou objeto de recente estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017) visando o censo que seria realizado em 2020. A “Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação” (IBGE, 2017) propõe tipologia para a caracterização dos espaços urbanos e rurais no Brasil. Densidade demográfica, localização em relação aos principais centros urbanos e tamanho da população estão entre os critérios fundamentais da metodologia, que ainda está em debate. Assim, a partir do cruzamento dessas variáveis, os municípios foram classificados em cinco tipos: urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto. De acordo com a nova classificação, 76% da população brasileira se encontra em áreas predominantemente urbanas, que correspondem a 26% do total de municípios. Por outro lado, a maior parte dos municípios (60,4%) foram classificados como predominantemente rurais, reunindo, no entanto, 17% da população.

Diversos estudos (HOFFMAN e KAGEYAMA, 2007; KAGEYAMA, 2008; ALBUQUERQUE e CUNHA 2012) também demonstram que zonas rurais têm maior potencial de vulnerabilidade e residir nestas localidades gera uma série de custos ao indivíduo, sejam relacionados à infraestrutura, como maior distância e dificuldade para acesso aos serviços públicos (CHAN et al., 2006), sejam aqueles associados às características sociais intrínsecas, como menor coesão social, maior nível de criminalidade e de estresse. Essas características, que, por si só, afetam o nível de bem-estar individual e da população, são potencializadas devido ao seu efeito sobre o estado de saúde (ANDRADE et al., 2013).

Para Travassos & Viacava (2007), o menor acesso e utilização de serviços de saúde entre as populações rurais seria fundamentalmente devido a fatores capacitantes, como o baixo poder aquisitivo e ausência de vínculo empregatício e plano de saúde. De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 o acesso aos serviços privados é limitado nas áreas rurais. Enquanto que a área urbana apresentou 31,7% de cobertura por plano de saúde, esse

percentual era cerca de cinco vezes menor da zona rural, 6,2% (IBGE, 2015). Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em janeiro de 2020 revelam que 24,25% da população brasileira tem acesso a plano de saúde médico. No entanto, desse total, as regiões Norte (10,4%) e Nordeste (12,2%), nas quais localizam-se a maior parte dos municípios rurais do Brasil (IBGE, 2017), apresentam as menores coberturas (BRASIL, 2020).

Além das questões relacionadas ao acesso, autores como Arthur Kleinman (KLEINMAN, 1980), a partir do referencial da antropologia médica, trazem a dimensão cultural do processo de adoecimento. Nessa perspectiva, além das condições de acesso e disponibilidade de serviços, a busca por cuidados também é determinada pelo contexto sócio-histórico-cultural em que o indivíduo está inserido.

Segundo o referencial teórico da antropologia médica, a doença, mais do que um evento biológico, é concebida como um processo experiencial cujo significado é elaborado através de episódios culturais e sociais (KLEINMAN, 1980; SILVA et al., 2004). Para Kleinman (KLEINMAN, 1980), as crenças e teorizações sobre saúde e doença, os modelos de organização dos serviços, as escolhas e avaliação das práticas terapêuticas e os comportamentos socialmente aceitos, incluindo relações de poder e papéis sociais dos diversos agentes no âmbito do setor saúde, constituem, em cada sociedade, um sistema cultural. Cada sistema de saúde seria composto por três subsistemas inter-relacionados: o informal (*popular sector* - família, comunidade, rede de amigos, grupos de apoio e auto-ajuda), o popular (*folk sector* - agentes especializados seculares ou religiosos, mas não reconhecidos legalmente na sociedade) e o subsistema profissional (*professional sector*) que se relaciona a aspectos referentes à disponibilidade e utilização dos serviços formais de saúde.

Tomando o constructo de Kleinman (KLEINMAN, 1980) como teoria balizadora para análise, o objetivo central deste trabalho foi investigar como se configuram os três subsistemas em um município rural remoto (MRR) da região norte do país. Buscou-se caracterizar a forma como os subsistemas se organizam, se relacionam e determinam a busca por cuidados em saúde e identificar quais circunstâncias orientam os usuários a procurar cuidados em cada um dos subsistemas. Essa abordagem nos possibilitou compreender o funcionamento e a dinâmica entre os subsistemas, se havia contraposição, se eram acionados de maneira independente, se havia associação, ou se eram acionados de maneira pontual e não contínua. Tal perspectiva nos parece importante para identificar estratégias mais apropriadas e sensíveis à organização do sistema de saúde que responda às necessidades da população em uma perspectiva mais ampliada. Acreditamos que o cenário dos MRR, sobretudo, localizados na região norte, pelas

complexidades e particularidades que os caracterizam possam ser melhor compreendidos à luz de referenciais mais amplos, que complementem as análises acerca da organização do sistema formal de saúde.

Os resultados desta dissertação estão apresentados no formato de dois artigos, precedidos por esta introdução, revisão da literatura que aborda conceitos da antropologia médica, seguido por um aprofundamento na teoria dos subsistemas de Arthur Kleinman, e também os desafios do acesso a saúde em MRR em distintos cenários. O capítulo seguinte, detalha o percurso metodológico, contendo informações sobre o cenário e participantes da pesquisa, instrumentos de coleta e análise de dados. O primeiro artigo centra-se na caracterização e análise dos componentes dos subsistemas informal e popular em saúde identificados no estudo de caso realizados no município de Assis Brasil, Acre. O segundo, faz uma análise da organização da APS e suas relações na rede de serviços a partir de um conjunto de elementos identificados na literatura e na experiências dos atores entrevistados. Por fim, apresentam-se as considerações finais que buscam articular os achados dos dois artigos.

Esperamos que os achados deste estudo possam contribuir à compreensão da dinâmica que determina a organização e busca por cuidados em MRR, à luz de referenciais mais ampliados, que possam informar políticas, ações e práticas de saúde mais afeitas aos contextos rurais do país.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A ANTROPOLOGIA MÉDICA: OUTRAS FORMAS DE COMPREENSÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A partir do século XX, alguns antropólogos, como Malinowski, Rivers, Clements se propuseram a examinar a medicina para além do paradigma ocidental. Com base nesses diversos estudos, foi gradativamente se firmando, nas ciências sociais, o campo da antropologia médica e da antropologia da doença, também conhecidas como antropologia em saúde (LANGDON, 1995). De acordo com Langdon (1995) a antropologia da saúde tem sua história marcada por quatro abordagens: a tradicional, a aplicada, a ecológica e a interpretativa.

A partir de 1920, antropólogos como Clements, Rivers e Ackernecht desenvolveram os primeiros estudos com relação à abordagem tradicional sobre a medicina primitiva. O método adotado nesses estudos era o utilizado na medicina científica, que se iniciava pela etiologia para entender o diagnóstico e determinar o tratamento em povos considerados primitivos. No entanto, tal medicina era considerada inferior qualitativamente à medicina científica, que, por sua vez, era caracterizada como o único sistema eficaz (LANGDON, 1995).

Após a Segunda Guerra Mundial ganhou ênfase a abordagem da antropologia aplicada para a implantação de projetos na área da saúde e países de terceiro mundo. Helman (2003) destaca como ponto positivo desta abordagem a consideração de aspectos como crenças da comunidade sobre saúde e doença, além do contexto político e econômico.

Já a abordagem ecológica se constitui com base em um modelo sistêmico, que leva em consideração as múltiplas causas das doenças e sua interação com a cultura, a sociedade e a natureza na determinação do estado de saúde de um grupo, porém não relativiza a biomedicina e considera a doença uma entidade e não uma experiência (AMADIGI et al., 2009).

Com o desenvolvimento da corrente interpretativa em antropologia, que surge na década de 1970, apresenta-se uma nova concepção da relação entre indivíduo e cultura, que propõem a integração da dimensão contextual na abordagem dos problemas de saúde. Nessa perspectiva, considera-se que as percepções, as interpretações e as ações, até mesmo no campo da saúde, são culturalmente construídas. A abordagem interpretativa estabelece ligação entre as formas de pensar e as formas de agir dos indivíduos de um grupo, ou seja, entre os aspectos cognitivos e pragmáticos da vida humana e ressalta a importância da cultura na construção de todo fenômeno humano.

A abordagem interpretativa tem como principal representante Geertz (1989) e apresenta propostas alternativas à biomedicina sobre o conceito de doença, incorporando a cultura como um sistema diverso, aberto, dinâmico e subjetivo, e, por isso, heterogêneo e singular. Considera que há um sistema de significados, constituído e constituinte na experiência, que emerge da interação dos atores que estão agindo concretamente, juntos, para compreender os eventos e procurar soluções. Ancorada nesses conceitos, nasce a antropologia médica. Segundo Singer (1989) a antropologia médica foi o resultado da interseção entre os movimentos internacionais de grupos ligados à saúde pública, atividades clínicas e pesquisas etnomédicas em antropologia cultural.

Ao passo que a antropologia simbólico-interpretativa se desenvolvia nos Estados Unidos na década de 70, muito orientada por Geertz, os trabalhos desenvolvidos pelo Grupo de Harvard e, em particular, pelos professores Arthur Kleinman e Byron Good, que se situam entre os principais representantes da corrente interpretativa em antropologia médica, fornecem os elementos-chave de um quadro teórico e metodológico para análise dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde. Esses trabalhos ressaltam a importância de considerar que as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas, só nos são acessíveis por meio da mediação cultural: “a desordem é sempre interpretada pelo doente, pelo médico e pelas famílias” (KLEINMAN e GOOD, in UCHOA e VIDAL, 1994, p. 500).

Em cada sociedade, a doença, a resposta a ela, os indivíduos que a experienciam, os que se ocupam em tratá-la e as instituições envolvidas estão interconectados mediante a cultura, que também contempla, entre outros elementos, as crenças sobre a origem das doenças, as formas de busca e avaliação do tratamento, os papéis desempenhados e as relações de poder entre todos os envolvidos (CALNAN, 1988; FOUCAULT, 1979; BOLTANSKI, 1984). Nessa perspectiva, a doença é compreendida como um processo sociocultural e de experiência vivida, ou seja, a doença é uma sequência de eventos que vão ganhando significado à medida que a pessoa age para buscar alívio do seu sofrimento. Esse processo é caracterizado pelo reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença, pelo diagnóstico, pela escolha e avaliação do tratamento. Assim, entende-se que a experiência corporal é mediada pela cultura e as sensações do corpo não são separadas do significado da percepção de todo o processo (HELMAN, 2003). Os pacientes e os agentes de cura são componentes básicos dos cuidados em saúde imersos num contexto de significados culturais e de relações, não podendo ser entendidos fora dele (BODSTEIN, 1995).

É por essa razão que, como qualquer outro sistema cultural, precisa ser entendido em termos de sua atividade instrumental e simbólica. Como afirma Kleinman (1980), estudos de nossa própria sociedade e investigações comparativas devem iniciar contemplando a atenção à saúde como um sistema que é social e cultural na sua origem, estrutura, função e significado. Esta realidade social não é única no tempo e no espaço, monolítica a ponto de não permitir variações individuais e coletivas. Mas o fundamental é perceber que ela exerce uma influência decisiva na maneira como cada indivíduo pensa e age diante de uma situação de doença, optando por um determinado tipo de atendimento e avaliando seu resultado (ATKINSON, 1993).

A produção científica que utiliza referenciais da antropologia médica tem crescido nas últimas décadas e assinala a importância do uso dessa ferramenta para compreender as práticas de saúde, conferindo um novo olhar à medida que amplia as perspectivas de análise (LANGDON, 1994; LANGDON, 1995; HELMAN, 2003; KLEINMAN, 1988; KLEINMAN, 1980). No Brasil, estudos e pesquisas sobre saúde, cultura e sociedade têm se multiplicado (GARNELO e LANGDON, 2005). A Antropologia da Saúde vem se consolidando como espaço de reflexão, formação acadêmica e profissional de médicos, enfermeiros e demais profissionais da área da saúde no país (GARNELO e LANGDON, 2005).

Alonso (2003) em um estudo sobre os sistemas de cuidado informal e profissional verificou que para a equipe de saúde da família havia conflitos éticos nas relações assistenciais, tanto profissionais/institucionais e pessoais/sociais, como entre a resolutividade dos problemas de saúde e os laços de confiança e solidariedade. A voz das famílias atendidas revelou o desejo de obter da equipe maior valorização do seu saber e fazer no cuidado de si. A equipe apontou a necessidade de uma prática assistencial que ressignificasse os encontros entre profissional e família no âmbito domiciliar, constituindo-se em uma experiência existencial para ambos.

Boehs (2001) analisou os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado informal e profissional. Verificou que a equipe de enfermagem percebia as necessidades básicas do familiar acompanhante de forma ambivalente, ora reconhecendo-as e integrando o familiar ao cuidado, ora entendendo que deveria assistir somente a criança. Na relação entre os sistemas hospitalar e familiar evidenciou-se a assimetria de poder em favor da equipe de enfermagem e a dificuldade para a negociação entre os dois sistemas de cuidado. Nessa perspectiva, a abordagem interpretativa proposta por alguns autores que trabalham com a antropologia da saúde tem se mostrado adequada para ampliar a compreensão do complexo

processo de adoecimento e sofrimento (LANGDON, 2005; HELMAN, 2003; KLEINMAN, 1980; GEERTZ, 1997; LEININGER, 1985)

Tradicionalmente, o modelo biomédico trata os sujeitos com base em suas doenças e na explicação biológica das causas e mecanismos de tratamento. Acreditamos, no entanto, que o processo saúde-doença, e conseqüentemente o desenho e organização do sistema de saúde, deve ser compreendido também sob o olhar psicobiológico e sociocultural, numa construção permanente e contextualizada de negociações que vão ao encontro das multidimensionalidades e subjetividades do ser humano. Assim, é na realidade social, mutante e dinâmica, que são construídas as doenças e seus processos de tratamento por meios dos sistemas de saúde. As pessoas interpretam o mundo e agem sobre ele usando seu sistema simbólico e, ao agir, reconstróem a realidade (LANGDON, 1994; KLEINMAN, 1980). Essa abordagem possibilita diálogo e negociação entre culturas e sistemas de cuidados diversos, contextualizados na perspectiva de profissionais de saúde, usuários e famílias.

3.2 OS SISTEMA DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DE ARTHUR KLEINMAN

Kleinman (1980) propõe examinar os sistemas de saúde como sistemas culturais, segundo a definição de Geertz, e afirma que a cultura fornece modelos “de” e “para” os comportamentos humanos relativos à saúde e à doença, isto é, assumem o caráter de padrões, normas que orientam ações e representações (GEERTZ, 1989). No modelo “de”, a pessoa usa o sistema simbólico para interpretar seu mundo e agir nele, enquanto o modelo “para”, ao agir, o sujeito recria a realidade, alterando-a (LANGDON, 1994).

Para a construção de um modelo para a comparação de sistemas médicos, Kleinman introduz vários conceitos analíticos - modelo explicativo, realidade clínica, o contraste *disease/illness*, tarefas centrais adaptativas de cuidado, partindo da noção de cultura como um sistema simbólico geertziano (GEERTZ, 1978). Kleinman é um dos primeiros a destacar que os conhecimentos biomédicos devem ser relativizados, outorgando validade aos saberes curativos não ocidentais (KLEINMAN, 1978; KLEINAMN e SUNG, 1978).

Em sua proposição, a medicina é um sistema cultural como qualquer outro (como religião, linguagem ou parentesco) e, a partir da perspectiva interpretativa, postula-se que a doença deve ser vista como experiência subjetiva, sendo importante entender o seu significado para o doente e para as pessoas que o cercam. O modelo proposto por Kleinman vai de encontro à visão reducionista e etnocêntrica do modelo biomédico tradicional, para o qual os processos

biológicos constituem o "mundo real" e são o foco central na interpretação da pesquisa e no manejo terapêutico (KLEINMAN, 1980, p.25). Inicialmente, Kleinman se detém a uma visão microscópica, interna, clínica, baseada em estudos de localidades (comunidades, vizinhanças, grupos de famílias), contudo ressalta que “o modelo empregado não ignora os aspectos externos (macrossociais e bioambientais) da atenção à saúde, como fatores econômicos, políticos e epidemiológicos” (KLEINMAN, 1980, p.27). Em sua visão, os contextos locais são úteis para os estudos de campo, pois permitem aos investigadores relacionar o sistema de saúde às influências particulares do meio.

Ao desenvolver seus estudos, Kleinman observou que em todas as sociedades as atividades de atenção/cuidado à saúde são mais ou menos inter-relacionadas, devendo ser estudadas de maneira holística como respostas socialmente organizadas à doença, constituindo um sistema cultural especial: o chamado "sistema de saúde" (KLEINMAN, 1980, p.24). Segundo o autor todos os sistemas de saúde são construídos a partir da visão cultural, em que o aspecto simbólico traduz a doença como um processo e uma construção social e também como uma experiência individual. O sistema de saúde inclui as crenças e valores das pessoas e os modelos de comportamento. As crenças e os comportamentos são influenciados por instituições sociais particulares (como clínicas/consultórios, hospitais, associações profissionais, instituições burocráticas de saúde), papéis sociais (como papel do doente, papel da cura), relações interpessoais (como relação médico-paciente, paciente-família, rede social), cenários de interação (como casa, consultório médico), limitações econômicas e políticas, incluindo ainda tratamentos disponíveis e o tipo de problema de saúde, entre outros fatores. O sistema de saúde é organizado como uma parte especial do mundo social através da interação destas variáveis.

O sistema de atenção à saúde engloba todos os componentes presentes em uma sociedade relacionados à saúde, incluindo os conhecimentos sobre as origens, causas e tratamentos das enfermidades, as técnicas terapêuticas, seus praticantes, os papéis, padrões e agentes em ação nesse “cenário”. Somam-se ainda as relações de poder e as instituições dedicadas à manutenção ou restauração do “estado de saúde”. Esse sistema é amparado por esquemas de símbolos que se expressam através das práticas, interações e instituições; todos condizentes com a cultura geral do grupo, que, por sua vez, servem para definir, classificar e explicar os fenômenos percebidos e classificados como “doença” (KLEINMAN, 1980; LANGDON e WILK, 2010).

Na visão de Kleinman (1978) a saúde, a enfermidade e o cuidado são parte de um sistema cultural e, assim, devem ser entendidos em suas relações mútuas. O mesmo autor (KLEINMAN, 1988) sugere que na análise de qualquer sociedade complexa identificam-se três subsistemas de cuidado à saúde: o informal, o popular e o profissional. O setor ou subsistema informal (*popular sector*) inclui a família, a comunidade e todo tipo de atividade e de apoios de redes sociais. O subsistema popular (*folk sector*) inclui especialistas não profissionais da cura, como ligados a grupos religiosos e seculares. O subsistema profissional (*professional sector*) consiste nos profissionais da medicina científica ou de medicinas tradicionais (como a chinesa). São subsistemas amplamente utilizados de forma sobreposta e não excludente, interagindo mediante a passagem dos indivíduos. Nas palavras do autor “funcionando como pontos de entrada e saída para pacientes que seguem a trajetória de suas doenças através dos emaranhados do sistema de saúde” (KLEINMAN, 1980, p.60). Esses sistemas fornecem à pessoa os caminhos para efetuar a interpretação de sua condição de saúde-doença e buscar as ações possíveis que proporcionem o cuidado e/ou a cura.

Segundo Kleinman, no *subsistema informal* é onde doente e a família primeiro:

Percebem-se e experimentam-se os sintomas, rotula-se e avalia-se a doença, sanciona-se um tipo particular de papel do doente (agudo, crônico, psiquiátrico, etc.), decide-se o que fazer e engaja-se em um comportamento específico de procura por cura, aplica-se o tratamento e avalia-se o efeito do autotratamento e/ou da terapia obtida dos outros setores do sistema de saúde (KLEINMAN, 1980, p.51-52).

O autotratamento e aquele recebido pela família são as primeiras intervenções terapêuticas adotadas. As pessoas, ao receberem tratamento profissional, geralmente retornam ao subsistema informal para, enfim, decidir o que será realizado na sequência, ou se continuará sendo realizado. Esse setor é o limite entre os demais, contendo pontos de entrada e saída entre os outros dois subsistemas de cuidados em saúde (KLEINMAN, 1980).

Também nele residem a expressão da cultura popular, do senso comum, não profissional, não especialista e no qual as manifestações das doenças são primeiramente identificadas e enfrentadas. No subsistema informal a doença é vista como uma desordem na vida cotidiana para a qual é necessário encontrar um significado. Inclui o indivíduo, a família, a rede social e os membros da comunidade próxima. Os cuidados podem ser adotados pela pessoa que se sente doente e/ou pela família e incluem: remédios caseiros, repouso, suporte emocional, práticas religiosas, mudança na dieta alimentar, massagens, etc. (KLEINMAN, 1988).

O *subsistema profissional* formado pelos sistemas, serviços e profissões de saúde organizadas burocraticamente e com aprendizado e treinamento formal, é legalmente reconhecido. A organização do sistema de saúde e profissional tem o poder de autocontrole e autoavaliação, o que o torna uma fonte de poder social, hegemônica. Nas sociedades ocidentais, este setor é representado pela biomedicina. Em determinadas sociedades, incluem-se também nesse setor a medicina Chinesa tradicional e a medicina Ayurvédica. Outras tradições de cura, como a homeopatia e a acupuntura também foram direcionadas para esse campo (FAVA, 2012).

Na grande maioria dos países desenvolvidos a biomedicina tem dominado não somente o campo do cuidado profissional, mas também os demais subsistemas. Tem se utilizado de mecanismos legais e políticos para dominar o campo da assistência à saúde, submetendo todas as outras tradições de cura ao seu controle e, em algumas situações, levam o subsistema popular à marginalidade e à ilegalidade (SILVA, 2000). Essa organização profissional tornou-se fonte de poder social, orientando as pesquisas na área da saúde e limitando os problemas de pesquisa àqueles definidos pela biomedicina. O poder da biomedicina tem se mostrado tão intenso que instituiu dogmas. Kleinman (1980) destaca alguns como: qualquer iniciativa de atividade de cuidado à saúde tomada por pessoas doentes ou qualquer pessoa de outro subsistema é perigosa e não é recomendada; os aspectos biológicos do problema de saúde são os únicos reais e importantes; no encontro entre médico, paciente e família, o médico é quem sabe e não os demais, os pacientes, por sua vez, devem escutar passivamente e aceitar suas recomendações, sendo que o não cumprimento pode ser entendido como ofensa ao médico.

Contudo, dada a pluralidade dos sistemas de cuidados à saúde, os limites entre os setores funcionam como pontos de entrada e saída para os pacientes que seguem a trajetória para suas doenças através do intrincado sistema de cuidado à saúde (FAVA, 2012). Estudos antropológicos têm procurado demonstrar que o sistema de saúde é uma construção social, que depende não só do conhecimento dos profissionais e da estrutura das instituições de saúde, mas também do conhecimento das pessoas e dos outros subsistemas. Vale destacar que as pessoas procuram as instituições de saúde (profissionais ou não), segundo suas próprias definições e percepções sobre saúde e doença (QUEIROZ e CANESQUI, 1986), sendo este o conjunto de aspectos a serem analisados no contexto de um município rural remoto na perspectiva de usuários, profissionais e gestores.

O *subsistema popular* é formado por especialistas de cura não profissionais, não reconhecidos legalmente, tais como curandeiros, benzedoras e outros, os quais, no entanto, são amplamente aceitos pela sociedade e, geralmente, fortemente ligados ao subsistema informal.

O setor popular é não-burocrático, não-profissional e não há regulamentação. Ele é constituído pelos especialistas de cura, como parteiras, xamãs, pajés, ervateiros, etc. O reconhecimento e a legitimação pela comunidade fazem parte do papel do especialista popular. Segundo Kleinman (1980), os especialistas do setor popular formam um grupo heterogêneo com variações individuais quer no estilo, quer na forma como interpretam as doenças. No entanto, por vezes, organizam-se em associações que possuem regras e códigos de conduta específicos. Muitos dos especialistas do setor popular partilham os valores básicos da cultura e da visão de mundo das comunidades onde vivem, incluindo crenças sobre a origem, significado e tratamento das enfermidades (PATRÃO e RAPOSO, 2012).

A proposição de Kleinman para os subsistemas de saúde tem sido reconfigurada e utilizada em vários estudos que buscam analisar a organização e acesso a serviços de saúde e trajetórias terapêuticas de usuários. O subsistema informal (*popular sector*) que agrega família, amigos e comunidade, por exemplo, é também traduzido como subsistema familiar em alguns estudos (SILVA, SOUZA e MEIRELLES, 2004; MATTOSINHO e SILVA, 2007). Em consonância com Kleinman, Conill et al. (2008) definem que um sistema de saúde se baseia em três subsistemas que são interconectados: o subsistema simples ou informal (amigos, família, comunidade), o subsistema popular (instituições de caridade, organizações religiosas, ONGs) e o subsistema formal ou profissional (privado ou público). Para os autores, os usuários e suas famílias buscam assistência em todos os subsistemas, sem necessariamente seguir um caminho institucional ou hierárquico em níveis assistenciais. Atualmente, os distintos modelos de atenção em saúde se deparam com o desafio de integrar-se, com base em seus saberes diversos, legitimando uma real atenção integral em saúde.

O pressuposto deste estudo é que o entendimento desses três subsistemas pode colaborar para a construção e compreensão das diferentes formas de organização dos serviços de saúde e busca pelo cuidado. Um indivíduo é, ao mesmo tempo, “membro doente da família” em um cenário, um “paciente” em outro e um “cliente” em um terceiro (KLEINMAN, 1980, p. 52). Em cada contexto, sua doença é percebida, rotulada e interpretada e um ou mais tipos de cuidado são necessários. Embora se reconheça que tais setores funcionem concomitantemente, de forma não excludente e que possam ser acionados pelo indivíduo sempre que achar necessário, em cenários com reconhecidas barreiras de acesso e disponibilidade de serviços, como os municípios rurais remotos, os setores informal e popular poderiam ser acionados de forma mais intensa. Ao mesmo tempo, como demonstram outros estudos, indivíduos ao adoecerem buscam, tanto por cuidados formais em serviços de saúde, que apresentam

importantes barreiras de acesso, mas, ao mesmo tempo, utilizam diferentes formas de cuidado em saúde marcadoras de identidade regional como benzedores, parteiras, puxadores, pajés e outros denominados de “Sacerdotes da Amazônia” (VAZ FILHO, 2016). Nesse sentido, dispositivo analítico dos Sistema de Cuidado de Kleinman (KLEINMAN, 1988) admite que as alternativas terapêuticas são produzidas tanto a partir da acessibilidade aos sistemas formais de cuidado, quanto a partir do entendimento dos indivíduos de determinada sociedade sobre as doenças, a cura e sobre os tratamentos que funcionam e que têm resolutividade. É justamente no entrelaçamento, interdependência, barreiras e obstáculos entre componentes dos três subsistemas que se buscará compreender a busca por cuidados a partir de um caso concreto.

Ressalta-se que, em uma sociedade complexa, como a brasileira, os vários sistemas de saúde operam concomitantemente, sistemas esses que representam a diversidade dos grupos e culturas que a constitui. Aqui, embora o sistema médico estatal seja o biomédico, que oferece serviços de saúde via SUS, a população recorre aos demais subsistemas. Muitos grupos não procuram os cuidados do subsistema formal, mas utilizam a medicina popular, outros utilizam sistemas médico-religiosos, outros, ainda, recorrem a vários sistemas ao longo do processo de doença e cura (LANGDON e WILK, 2010). Portanto, pensar o sistema de atenção à saúde através dos subsistemas ajuda a compreender esses múltiplos comportamentos.

3.3 OS DESAFIOS DO ACESSO À SAÚDE EM ÁREAS RURAIS

No Brasil, a APS é guiada por princípios e diretrizes definidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) como porta de entrada para o processo assistencial em saúde. A APS tem sido implementada, prioritariamente, por meio da ESF, que avançou em termos de cobertura populacional e tem se apresentado como uma proposta contra hegemônica ao modelo médico assistencial privatista. No entanto, a ESF como porta de entrada no SUS ainda apresenta diversos problemas como: pior desempenho em áreas rurais, a territorialização que ainda não se faz na perspectiva dos espaços socio sanitários de maior risco para priorização de ações e fragilidades na participação social (PESSOA et al., 2013):

Consideramos importante frisar que tais desafios, dentre outros fatores, também se dão pela configuração demográfica e socioeconômica do país. Com suas dimensões continentais e inúmeras áreas de difícil acesso, os serviços de saúde chegam de maneira, muitas vezes, distantes das necessidades de saúde da população. Condições precárias de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), aliadas à escassez de capital humano e material, como

também pouca acessibilidade e dificuldades de oferta de retaguarda terapêutica caracterizam os serviços de saúde em áreas rurais e de difícil acesso (PESSOA et al., 2018; SILVA, 2006).

Em quase todas as áreas rurais do país há escassez de recursos humanos para a saúde, e este fato não pode ser explicado, exclusivamente, pela falta de profissionais no país, mas, preferentemente, pela má distribuição (TARGA, 2012). De acordo com projeções do Conselho Federal de Medicina (CFM) para 2020, mesmo com o aumento do número de médicos no Brasil nos últimos anos, as regiões Norte e Nordeste ainda continuam com déficit de médicos, especialmente municípios de menor porte, enquanto que as grandes cidades do Sudeste e Sul mantêm a tendência de concentrar maior número destes profissionais (CFM, 2020). Programas de interiorização de profissionais da saúde foram implementados na tentativa de amenizar essas diferenças, no entanto, fatores como baixo desenvolvimento e falta de infraestrutura das cidades se apresentam como dificultadores para fixação de profissionais nos municípios rurais remotos (PEREIRA e PACHECO, 2017). De acordo com o Ministério da Saúde (2012) há ainda uma vasta gama de fatores que se relacionam à escassez de recursos humanos nessas regiões, dentre as quais, destaca-se a localização geográfica, por serem áreas distantes dos grandes centros e, muitas vezes, de difícil acesso.

Ressaltamos que problemas relativos à disponibilidade e organização de serviços de saúde em áreas remotas localizadas fora do eixo urbano, com baixa densidade demográfica e pequeno porte populacional não representa problema exclusivamente brasileiro ou de países em desenvolvimento. Embora haja diferenças entre as dificuldades e problemas facejados por países desenvolvidos e em desenvolvimento, o acesso vem sendo considerado um dos principais temas a serem enfrentados na atenção à saúde em áreas rurais e remotas, em todo o mundo. Em grande parte dos países, observam-se nas localidades rurais, dificuldades com transporte e comunicação e enfrenta-se o desafio da escassez de médicos e demais profissionais de saúde (STRASSER, 2003).

A escassez de profissionais de saúde é reconhecida como prioridade por lideranças políticas de diversas nações, exigindo estratégias eficazes para melhorar a estabilidade da força de trabalho (KROEZEN et al., 2015). As transformações demográficas do meio rural, com o envelhecimento populacional, requerem uma demanda contínua e crescente por profissionais de saúde (COORY, 2004). Soma-se a isto, o aumento da inatividade física e a carga de doenças crônicas associadas (BAUMAN, 2004).

Países do continente europeu, do sudeste asiático e das Américas vêm investindo em estratégias para atender às necessidades de saúde dos moradores de áreas rurais remotas. Estágios obrigatórios para estudantes de medicina, conteúdos didáticos que tratam exclusivamente da saúde rural criadas com intuito de atrair a atenção dos futuros médicos, convênios com serviços privados para atendimento em pequenas localidades, remunerações e benefícios atrativos têm sido utilizados a fim de atrair mão de obra qualificada e prestar serviços à altura das necessidades de saúde destes locais (WAKERMAN et al., 2019; LAFORTUNE e GUSTAFSON, 2019).

O recrutamento e retenção de profissionais de saúde envolve uma interação complexa entre fatores pessoais, ambientais e relacionados ao trabalho (KROEZEN et al., 2015; MILLS, 2002). Pesquisas com profissionais de saúde descobriam que muitos abandonam a prática rural devido a fatores pessoais (BELCHER et al., 2005; COSGRAVE et al., 2019). Remuneração, carga de trabalho, falta de variedade de tarefas, falta de infraestrutura social e cultural, comunicação, distância e transporte, foram apontados como empecilhos à fixação de profissionais que podem, pelo menos em parte, ser resolvidos por uma gestão eficaz e apoio comunitário (IGLEHART, 2018; MILLS, 2002; DENHAM e SHADDOCK, 2004; US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004; COSGRAVE, 2019). Já a dificuldade de encontrar trabalho adequado para um cônjuge ou atender às necessidades educacionais específicas de alguns dos filhos foram decisivos para decisão de fixação (VEITCH e GRANT, 2004; WORLEY, 2005; BATTYE e MCTAGGART, 2003).

Problemas de retenção de força de trabalho em saúde também têm sido associados com comprometimento organizacional e gestão em uma série de estudos (IGLEHART, 2018; AKROYD et al., 1995. BROOM e WILLIAMS, 1996; DENHAM e SHADDOCK, 2004; HEGNEY et al., 2002; HUGHES, 1998; KNUDSEN, 2003). A falta de estrutura de carreira, autonomia no trabalho, gestão do tempo, suporte organizacional e profissional e baixa satisfação no trabalho podem comprometer as necessidades pessoais e a intenção de permanência (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004).

Iniciativas como telessaúde tem sido implementadas em diversos países a fim suprir a demanda por atendimento básico e especializado em MRR. Para essas regiões, essa ferramenta pode ter um impacto positivo em várias dimensões da prestação de serviços de saúde ao apoiar a prestação de serviços especializados em tempo hábil para populações remotas, facilitar o acesso à educação para médicos e economizar custos de viagens para pacientes e profissionais (KROEZEN et al., 2015). Além disso, à medida que as tecnologias de telessaúde se tornam

mais integradas ao sistema de saúde, podem contribuir cada vez mais para a reorganização da oferta de força de trabalho médica e exercer uma profunda influência na prática médica, especialmente em áreas remotas (WATANABE et al., 1999). Evidências apontam os benefícios do uso desta tecnologia para várias especialidades, como teleortopedia, telepsiquiatria, transmissão de ecocardiogramas, teledermatologia, telehomecare, dentre outras (CAFFERY et al., 2017; HAILEY et al., 2004; CAFFERY et al., 2019; JANNETT et al., 2003). Em alguns contextos, a preferência de seu uso em relação a outros modos tradicionais de prestação de serviços de saúde justifica-se por facilitar a continuidade do atendimento ao paciente e coordenação das atividades clínicas entre várias organizações de saúde e níveis de atendimento (LAMOTHE et al., 2006; LOUIS et al., 2003).

No entanto, a implementação da telessaúde ainda enfrenta grandes barreiras, principalmente relacionadas aos imperativos estruturais, organizacionais e profissionais (WILLIAMS et al., 2003). Municípios rurais isolados e remotos tendem a apresentar deficiente estrutura de telecomunicações, com falta de acesso à internet e sinal de telefone. Questões relacionadas às organizações de saúde também são importantes para garantir a adoção do telessaúde. A introdução de uma nova tecnologia desafia as características estruturais e operacionais existentes e um ajuste mútuo é frequentemente necessário entre a tecnologia e a organização (GAGNON et al., 2005). Além disso, os médicos representam um dos principais grupos de usuários de telessaúde e a introdução dessa tecnologia em sua prática é afetada por características particulares da profissão médica (CHAU e HU, 2002). Por outro lado, a adoção de telessaúde por um indivíduo é considerada um comportamento complexo determinado por um grande conjunto de fatores psicossociais (GAGNON et al., 2003).

No Brasil, a população que reside em municípios rurais e rurais remotos depende quase exclusivamente do SUS para atenção à saúde (IBGE, 2017). Devido à localização geográfica das UBS e barreiras econômicas e de transporte para deslocamento, geralmente os moradores das zonas rurais remotas buscam serviços de saúde mais próximos da residência, havendo, assim, uma procura mais frequente da UBS localizada na própria região onde mora ou até mesmo a especialistas de cura não profissionais (PEREIRA e PACHECO, 2017). Nesse sentido, as ideias propostas por Arthur Kleinman para a compreensão da dinâmica dos processos de saúde, doença e cura são particularmente interessantes, pois permitem mapear o pluralismo dos sistemas de saúde que operam lado a lado, autorizando os indivíduos e suas famílias a procurarem por tratamentos dentro dos vários sistemas, simultaneamente ou não.

Não é raro que em municípios rurais remotos, as UBS encontrem-se afastadas, dificultando assim, o acesso aos serviços de saúde. Quando há falta de profissionais de saúde no município e quando se necessita de atenção especializada, os moradores de localidades remotas vêm-se impelidos a buscar atendimento fora de sua localidade de residência (SILVA et al., 2017). Prolongado tempo de espera por atendimento especializado, longas distâncias percorridas em transporte do município ou particular, noites sem dormir para aguardar o transporte, dificuldades financeiras para arcar com os custos do tratamento conformam a “via crucis” percorrida por moradores de áreas rurais remotas na busca por serviços especializados em saúde (GARNELO, 2018). Diante disso, a integralidade da atenção à saúde nestas localidades torna-se um desafio a ser enfrentado, uma vez que apresentam características que comprometem os princípios da equidade e universalidade no acesso e na utilização dos serviços (PEREIRA e PACHECO, 2017).

Resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) sinalizam haver disparidades importantes no acesso às UBS. A oferta de cuidados de uma equipe de atenção básica pode ser mais ou menos acessível, resolutive, abrangente e integrada, a depender do lugar onde as equipes atuam. Essas disparidades, em parte, espelham as condições de desigualdade social do país, com repercussões importantes no acesso e uso dos serviços de APS (FAUSTO e FONSECA, 2013).

Nesse sentido, compreende-se que o acesso à saúde no Brasil é, em grande parte, determinado pela condição socioeconômica e pelo local de residência dos cidadãos. Aqueles que dispõem de melhores condições de renda e vivem em regiões inseridas no circuito econômico têm mais possibilidades de acesso aos serviços de saúde do que os que vivem em regiões menos desenvolvidas e com piores condições socioeconômicas (TRAVASSOS, OLIVEIRA, VIACAVA, 2006). Segundo definição de Milton Santos, muitos territórios rurais caracterizam-se como territórios opacos (SANTOS, 1996), ou seja, não inseridos no circuito econômico.

Dados do IBGE (2017) revelam que 76% da população brasileira se encontra em áreas predominantemente urbanas e 17% em zonas rurais. A grande região com maior percentual de população urbana é o Sudeste, com 93% das pessoas vivendo em áreas urbanas. A região Nordeste é a que conta com o maior percentual de habitantes vivendo em áreas rurais (27%). Segundo a Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2018), quase metade (47%) dos brasileiros abaixo da linha de pobreza estava na região Nordeste e todos os estados das regiões Norte e Nordeste apresentaram indicadores de pobreza acima da média nacional (IBGE, 2019).

Nestas regiões também se concentram as maiores taxas de analfabetismo (15 anos ou mais de idade) e se localizam os domicílios em condições mais precárias, onde há falta de saneamento básico (SOARES et al., 2015). A desagregação do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) por situação de domicílio demonstra que os espaços rurais do Brasil registraram menor desenvolvimento humano do que as áreas urbanas (PINTO et al., 2018), o que reflete dimensões desfavoráveis de renda e educação.

Nessas mesmas áreas onde há baixo desenvolvimento econômico e social prevalece a tendência para a chamada *Inverse Care Law* (HART, 1971), ou seja, há menor disponibilidade de recursos em saúde justamente nos locais onde se concentram grupos sociais menos privilegiados e com expressivas necessidades. Tal situação se torna mais grave ao reconhecer que as desigualdades percebidas decorrem de iniquidades, ou seja, oportunidades distribuídas desigualmente, desnecessárias, injustas e evitáveis (BARATA, 2009).

Considerando as desigualdades no acesso aos serviços de saúde pela população residente no campo, o Governo Federal instituiu, em 2013, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, tendo em vista a inserção social e o direito à saúde de populações historicamente excluídas do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2013). Essa política destaca que a população rural possui inúmeras desvantagens em relação à atenção em saúde, necessitando de estratégias diferenciadas para a sua inclusão. Nessa perspectiva, a política prevê a promoção da saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades “de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas, e a melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida” (BRASIL, 2013, p.20).

Essa política vem a favor da necessidade dessa variada população que tem seu modo de vida e reprodução social vinculados à questão ambiental. Elementos como a economia agropecuária, extrativismo, pesca ou modos de vida tais como ribeirinhos, quilombolas, assentados, pantaneiros, indígenas se mesclam e definem os espaços territoriais rurais e remotos no país e delineiam diferentes realidades (BRASIL, 2013). Nesse sentido, para intervir no processo saúde-doença diante de tantas especificidades no âmbito do cuidado em saúde é preciso um olhar atento às condições socio sanitárias de que a população dispõe.

Muitos municípios rurais remotos do Brasil cresceram sem planejamento urbano, suas instalações elétricas são precárias, há falta de saneamento básico, coleta de lixo, transporte público, serviços de telecomunicação, asfaltamento das estradas, pavimentação nas ruas, entre

outros (DIMENSTEIN et al., 2018). Essas condições de vida afetam diretamente a condição de saúde dos municípios e decorrem em enfermidades e agravamento de casos já existentes. É sobre as populações rurais que recai a maior parte dos efeitos da falta de infraestrutura básica e dos problemas típicos da falta de desenvolvimento social (DIMENSTEIN et al., 2018). Esses grupos são mais afetados, menos visíveis e mais difíceis de alcance pelas políticas públicas e investigações acadêmicas.

O baixo nível educacional em municípios rurais remotos também é um fator que corrobora para o desenvolvimento de ações deletérias à saúde e ao meio ambiente (SOUZA et al., 2018). A queima de lixo, descarte de dejetos em córregos, consumo de água sem tratamento, uso indiscriminado de agrotóxicos, consumo de alimentos gordurosos e falta de atividade física resultam em piores condições de saúde das populações rurais remotas (VIEIRO et al., 2016; GAMA et al., 2018; SOUZA et al., 2018). Diante disso, se fazem necessários investimentos nos setores de educação, planejamento urbano e infraestrutura das cidades para melhorar as condições de vida da população. Ações educativas em saúde por parte das UBS, também se fariam necessárias, no sentido de informar a população sobre as consequências de suas ações na saúde e meio ambiente.

Outra peculiaridade do meio rural é que verifica-se uma tendência de busca por serviços de saúde majoritariamente em casos de doenças, e não para exames de rotina ou prevenção (PEREIRA e PACHECO, 2017). Estudos discutem que a maior utilização de serviços de saúde pela população de menor nível socioeconômico estaria associada a maior morbidade desse grupo (MENDONZA-SASSI; BERIA, 2001). Quando se estratifica grupos de níveis socioeconômicos superiores e inferiores, de acordo com o grau de morbidade, tem-se que os grupos mais pobres utilizam menos os serviços que os grupos mais ricos (ALMEIDA et al., 2002).

Esse e outros achados sinalizam as especificidades desta população e a centralidade do SUS para o atendimento destas populações, que enfrentam iniquidades de acesso geográfico, insuficiência de profissionais de saúde e precariedade da rede física de unidades de saúde (BOUSQUAT et al., 2017). Estes fatores limitam a oferta regular da APS no meio rural (GARNELO et al., 2018) e influem no acesso à rede de referência, que tem se instalado preferencialmente em espaços urbanos, como as capitais e polos regionais. Tais evidências colocam em relevo as diferenças marcantes entre os espaços urbanos e os rurais, especialmente no acesso a bens e serviços pela população e relevam a importância de discussões, estudos e

pesquisas sobre o tema que subsidiem políticas, organização de serviços e práticas de saúde em contextos marcados por um padrão de extrema desigualdade sócio espacial.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDO

O presente estudo está inserido na pesquisa "Atenção Primária a Saúde em territórios rurais e remotos do Brasil", coordenado pela ESNP/Fiocruz, em parceria com um conjunto de universidades, entre as quais a Universidade Federal Fluminense. O objetivo central do estudo maior é reconhecer as características da oferta de serviços de atenção básica e sua relação com a rede para garantia de atenção integral e integrada, em territórios brasileiros considerados rurais e remotos, além das especificidades, problemas e possíveis experiências em curso que tenham expressão local no sentido da melhoria do acesso e da qualidade do cuidado em saúde. A investigação objetiva ampliar a análise e compreender em maior profundidade questões que os inquéritos realizados nos dois primeiros ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), especificamente no conjunto de municípios rurais remotos (FAUSTO et al., 2020).

Esta dissertação aprofundou a análise de um caso único – o município rural remoto de Assis Brasil, pertencente ao estado do Acre. Tomando o constructo de Kleinman (KLEINMAN, 1980) como teoria balizadora, o objetivo central foi compreender como se organizaram os três subsistemas de cuidados em saúde – informal, profissional e popular, de que forma se relacionaram e determinaram a busca por cuidados. No ano de 2019, foram realizadas, no município, 16 entrevistas semiestruturadas que serviram de material empírico para esta dissertação, analisadas a partir do referencial de Kleinman (1980), por meio de abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa, de caráter exploratório, busca compreender o caráter subjetivo do objeto analisado. Conforme descreve Minayo (2010) a intenção é “desvelar” processos sociais que ainda são pouco conhecidos e que pertencem a grupos particulares, proporcionando a construção e/ou revisão de novas abordagens, conceitos e categorias referentes ao fenômeno estudado.

Godoy (1995, p. 62) exemplifica a diversidade existente entre as pesquisas qualitativas, descrevendo características fundamentais a saber “o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental; o caráter descritivo; o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida como preocupação do investigador; enfoque indutivo”.

Na pesquisa com enfoque qualitativo, diversas estratégias podem ser utilizadas, conforme descreve Creswell (2007): a etnografia, a teoria embasada, os estudos de caso, as pesquisas fenomenológicas e as pesquisas narrativas. Essas estratégias de investigações permitem ao pesquisador uma direção específica dentro do fenômeno pesquisado. Tais técnicas são as mais empregadas dentro das ciências sociais, entretanto, com as mudanças contemporâneas e avanços tecnológicos as estratégias vêm se multiplicando ao longo dos anos (CRESWELL, 2007). Sobre as técnicas utilizadas, conforme aponta Godoy (1995) existem pelo menos três distintas possibilidades de pesquisa dentro do método qualitativo: estudo de caso; pesquisa documental e etnografia.

A estratégia utilizada para a presente investigação é o estudo de caso único, conforme mencionado. Essa técnica de natureza exploratória é reconhecida como o delineamento mais adequado para investigação aprofundada de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real. Tal estratégia de pesquisa consiste na coleta de dados de múltiplas fontes de informação, análise de informações sobre determinado fenômeno, indivíduo ou grupo e uma descrição aprofundada dos temas (PRODANOV e FREITAS, 2013).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

4.2.1 A Região Amazônica

A região amazônica é extensa e diversa, compreende um conjunto de ecossistemas que envolvem a bacia hidrográfica do Rio Amazonas, bem como a Floresta Amazônica. É considerada a região de maior biodiversidade do planeta e o maior bioma do Brasil o que imprime peculiaridades a este território. Becker (2006) enfatiza que sua história é marcada pela exploração de recursos naturais e predomínio de uma geopolítica associada a interesses econômicos. A partir da década de 1940, sobretudo com a construção da rodovia federal Belém-Brasília (1957-60), ocorreu uma diversificação das atividades e das formas de povoamento, com peso para a mineração (CARDOSO e MÜLLER, 2008), que se acentuou com a Transamazônica e o crescimento do agronegócio.

Também em relação à ocupação do território, Becker (2006) frisa que no decorrer da história, entre os períodos de 1950 e 1960, a população da região passou de 1 para 5 milhões e continuou crescendo a partir da ocupação de agricultores expulsos do Nordeste e Sudeste, em virtude da modernização dos processos produtivos.

Segundo dados da estimativa populacional do IBGE, em 2019 a população nos estados da Amazônia Legal era de 28.990.627 habitantes, considerando a totalidade da população do Maranhão, que é 7.075.181 habitantes. Essa população corresponde a cerca de 13,5% do total de habitantes do Brasil (IBGE, 2019). Nas zonas norte e oeste, predomina a bacia Amazônica, sendo ocupada predominantemente por indígenas e onde se concentram as grandes áreas de preservação.

A respeito das condições de vida nas áreas rurais da região, Silva (2006) revela a existência de perfis e condições de vida distintos dos residentes em espaços urbanos e de outras regiões do país, além de uma predominância indígena, visto que este território abriga 433.363 mil índios e possui grande diversidade étnica (cerca de oitenta etnias) e de línguas e dialetos (FGV, 2016). A pluralidade cultural desta região se mostra também pela imensa variedade de populações que, de acordo com suas origens, o contexto e a história são concebidas como campesinas, mestiças, ribeirinhas ou caboclas, não havendo consenso sobre o modo mais adequado para designá-las quando não indígenas (LIMA e POZZOBON, 2005).

Segundo Nugent (2006) a forma de vida e trabalho dessas populações foi o extrativismo – e não a produção agrícola de tipo *plantation* – que ofertou a base produtiva que integrou a economia regional amazônica à economia mundial, o que contraindica classificar essas populações como camponesas. Lima (1999) relembra que a grande parte dos habitantes da zona rural se define como agricultores, porém estes costumam manter múltipla atividade laborativa, extraíndo madeira e outros produtos da selva, como a coleta de castanha-do-pará, além da pesca, caça e outras atividades voltadas para garantir o consumo das famílias e não para suprir o mercado (LIMA e POZZOBON, 2005). Adams et al. (2006) reafirmam esse regime de pluriatividade, no qual o trabalho agrícola assume o caráter sazonal, sendo apenas mais uma, entre as várias ocupações do trabalhador rural, que diferem do que é considerado um perfil tipicamente campesino.

Nos últimos 20 anos, a economia da região amazônica brasileira cresceu 2 vezes mais que o crescimento médio do país. A região atingiu em 2017 participação de 8% do total do PIB brasileiro – um avanço em relação aos 5,8% registrados 20 anos antes e aos 7,2% de 10 anos atrás (PINHEIRO, 2018). Esse crescimento se deu com a abertura de estradas, o que possibilitou maior ocupação de terras e com os incentivos fiscais e creditícios, observou-se a modificação no perfil econômico da região, que passou a contar com grandes latifúndios voltados para a pecuária, para a plantação de monoculturas e para a exploração da madeira (RAMOS, 2014). No entanto, a desigualdade entre a renda da região amazônica e a média nacional também

aumentou, e em 2017 a região tinha salário médio 20% inferior à média do Brasil, ou seja, a renda média das famílias que vivem nesses estados e municípios é menor que a média nacional (PINHEIRO, 2018).

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

Diante de tão grande pluralidade de culturas, pessoas e cenários, os municípios rurais remotos da região amazônica, para o estudo mais amplo, foram classificados segundo seu modo de subsistência, em três regiões: municípios rurais remotos localizados em Rondônia foram incluídos no Vetor de Expansão Centro-Oeste (a), devido a modernização do agronegócio e pecuária; Norte das Águas (b) são os municípios fortemente pautados pela lógica dos rios e; o vetor Norte Estradas (c) é ligado à mineração e construção de transporte rodoviário (FAUSTO et al., 2019a).

O município de Assis Brasil encontra-se no vetor Norte Estradas, que agrega 28 municípios rurais remotos, distribuídos nos estados do Pará, Roraima, Amazonas, Acre e Amapá, respectivamente com 12, 6, 4, 3 e 3 municípios. A população média dos municípios Norte Estrada é de 20.703 (± 13465) habitantes, a densidade populacional média é de 2,78 ($\pm 3,9$) hab/km². Suas áreas são extensas com 13.284,8 ($\pm 12.776,6$) km² em média. O PIB médio per capita foi de R\$ 12.791,00 (± 4.998). Os serviços de administração, saúde e educação públicas e seguridade social respondem pela maior parcela do PIB em 23 municípios desta região. A faixa de IDHM predominante é a baixa. O percentual médio da população beneficiária do Programa Bolsa Família é de 48% (FAUSTO et al., 2019a).

Os 28 municípios do Vetor Norte Estradas se distribuem em 15 Comissões Intergestoras Regionais (CIR), sendo que as CIR do Sul de Roraima e do Xingú aglutinam 4 cada. Em relação ao PMAQ-AB a adesão foi integral no Ciclo 1 baixando para 93% no Ciclo 2. Apenas 43% dos municípios contava com profissionais do Programa Mais Médicos (PMM) em maio de 2018. A maior parte dos municípios tem ESF (26), com cobertura média de 80% (FAUSTO et al., 2019a).

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

4.2.2 O Município de Assis Brasil

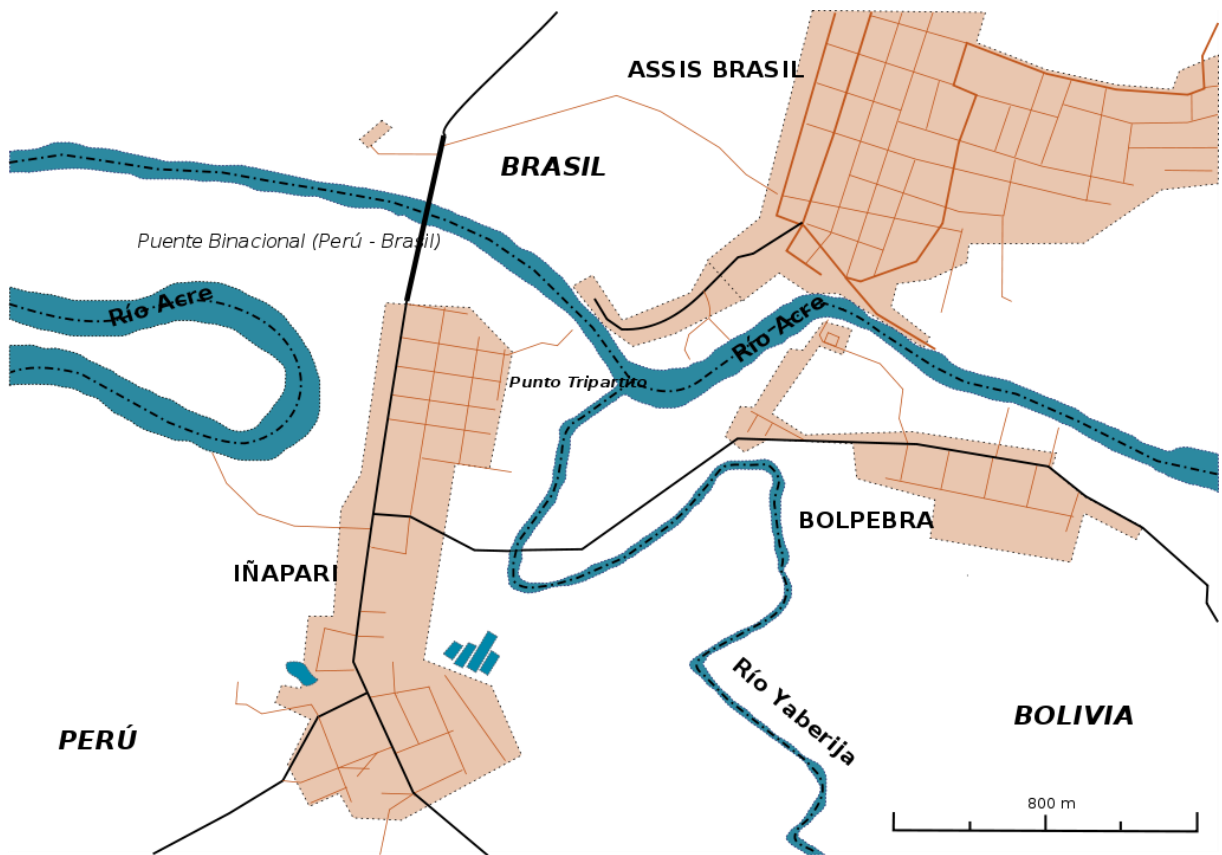
A cidade nasceu no antigo seringal Paraguaçu, desbravado, em 1908, por três irmãos nordestinos: Berlamino Freire, Durval Freire e Policarpo Freire, do Maranhão. No ano de 1958 foi denominada Vila de Assis Brasil, em homenagem a Francisco de Assis Brasil, o político e diplomata que negociou juntamente com o Barão de Rio Branco, Ministro de Estado das Relações Exteriores, a compra do Acre do governo boliviano. Destacou-se por lutar pela assinatura do Tratado de Petrópolis, entre Brasil e Bolívia, que garantiu a posse das terras do território do Acre e o direito da exploração da borracha nesta região (PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSIS BRASIL, 2019).

Em 1976, Assis Brasil foi elevada à categoria de município sendo desmembrada do Município de Brasiléia.

4.2.2.1 Características do Território e População

Assis Brasil tem uma área de 4.977km² de extensão territorial, equivalendo a 3,03% da área total do Estado do Acre (ACRE, 2000). A sede do município localiza-se à distância rodoviária de 344 km da capital do estado, Rio Branco (OLIVEIRA, 2012). O município faz fronteira, ao norte, com o município de Sena Madureira; ao sul, com o Peru e a Bolívia; ao leste, com o município de Brasiléia; e a oeste com o Peru. Está localizado à margem esquerda do Rio Acre. Ao sul, do outro lado do rio, está a cidade de São Pedro de Bolpebra, pertencente ao departamento de Pando, território boliviano. A oeste da sede municipal, também ao sul do território, encontra-se o Rio Yaverija que desemboca na margem direita do Rio Acre. Neste local está situada a cidade peruana de Iñapari (FAUSTO et al., 2019b; OLIVEIRA, 2012). A rodovia BR-317, também denominada Estrada do Pacífico ou Rodovia Interoceânica (interconecta Brasil e Peru) é a principal via de acesso ao município acreano (FAUSTO et al., 2019b).

Figura 1: A tríplice fronteira entre o Brasil (Assis Brasil), o Peru (Iñapari) e a Bolívia (Bolpebra), Assis Brasil, AC, 2020.



Fonte: *Wikipedia*, 2020.

Nos limites do município fica a Reserva Extrativista Chico Mendes, unidade de conservação de uso sustentável. A Reserva é uma área utilizada por populações tradicionais cujas atividades exercidas pelas famílias, além do extrativismo, são a agricultura de subsistência, criação de pequenos e grandes animais e sistemas agroflorestais (FAUSTO et al., 2019b).

Assis Brasil possui população que se declara indígena, povos Jaminawá e Manchineri, que vive na Terra Indígena Mamoodate, localizada na fronteira com o Peru, na Cabeceira do Rio Acre. De acordo com o IBGE 9.2% da população indígena do Brasil encontra-se em Assis Brasil (FAUSTO et al., 2019b; IBGE, 2010). Há também a presença populações ribeirinhas e quilombolas (FAUSTO et al., 2019b).

Quadro 1: Indicadores sociodemográficos, 2000 a 2020, Assis Brasil, AC, 2020.

INDICADORES	SÉRIE HISTÓRICA		
	2000	2010	2020
População total	4.676 ¹	6072 ¹	7.534
População urbana n(%)	2.151 (46%)	3.700 (60,94%)	-
População rural n(%)	2.525 (54%)	2.372 (39,06%)	-
IDHM ¹	0,425	0,588	-
Classificação IDHM ¹	Muito baixo	Baixo	Baixo
% de população até 1 ano de idade	2,4	2,3	-
% de população menor de 15 anos	41,7	36,1	-
% de população com 65 anos ou mais	3,9	4,2	-

Fontes: Elaboração própria com base em IBGE Cidades (2020); Atlas Brasil (2020).

Assis Brasil apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo. Do total da população, 31% vive em extrema pobreza e quase 70% é beneficiária do Programa Bolsa Família. A sede concentra 60% da população e a população da zona rural é distribuída em pequenos povoados que se interligam com a sede do município através de ramais (FAUSTO et al., 2019b). Com população de 7.3 habitantes e densidade demográfica de 1,22 habitantes por metro quadrado (IBGE, 2019).

Em 2019, o município apresentava 23% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 26.5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Na sede, durante o trabalho de campo observou-se a existência de áreas muito precárias, com valas de esgoto a céu aberto, ruas sem pavimentação (FAUSTO et al., 2019b).

4.2.2.2 Indicadores Sociais

Em 2017, o salário médio mensal era de 1.8 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 7.8%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, Assis Brasil apresentava 47% da população nessas condições, o que o colocava na posição 10 de 22 dentre as cidades do estado e na posição 1869 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2020).

A renda per capita média de Assis Brasil cresceu 63% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 178,52, em 1991, para R\$ 199,63, em 2000, e para R\$ 291,33 em 2010 (PNUD, 2013). Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 2,6%.

A taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos em 2010 era de 21% da população e 36% com pelo menos o ensino fundamental concluído (PNUD, 2013). No mesmo ano, 47% das pessoas de 15 a 24 anos não estudavam, não trabalhavam e eram consideradas vulneráveis (PNUD, 2013). Com relação a saneamento básico, 41% da população possuía banheiro e água encanada em domicílio, mas apenas 23% possuía acesso a esgotamento sanitário em 2010 (PNUD, 2013).

Por ser município de fronteira internacional, há uma permanente circulação de peruanos e bolivianos no município. A economia é dependente das transferências intergovernamentais. O comércio é fraco e há interação entre os comércios de Assis Brasil e Iñapari, cidade peruana de fronteira. Muitos brasileiros trabalham no Peru (OLIVEIRA, 2012).

4.2.2.3 Condições de saúde e organização da Atenção Básica à Saúde

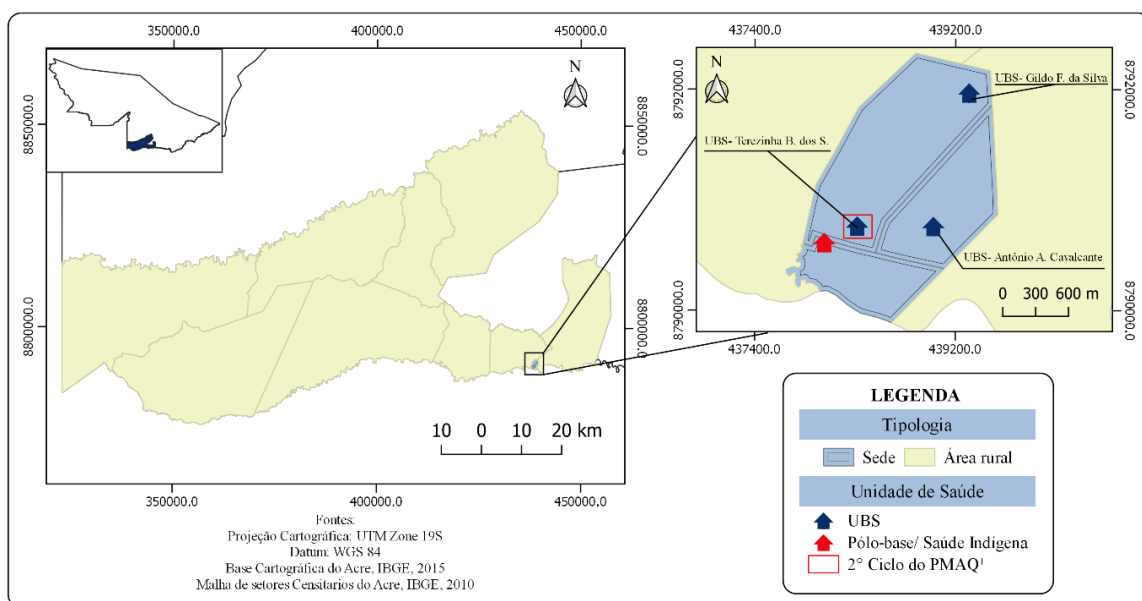
Os indicadores de saúde do município de Assis Brasil apontam que as principais causas de morte estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório, metabólicas e do trato digestivo (BRASIL, 2020). Foram registrados 5 óbitos pós-natal (28 dias até 1 ano) e 5 óbitos totais em menores de 1 ano em 2016. A mortalidade por causas mal definidas (R95 a R99 CID 10) é de 3,8. A cobertura vacinal de tetravalente cobre 59% da população e de pentavalente 72% (BRASIL, 2020). O acompanhamento pré-natal foi insuficiente, ou seja, com menos de 7 consultas no ano de 2016 (BRASIL, 2020).

Casos de leishmaniose visceral tem sido alvo de ações entre Secretaria Estadual de Saúde (Sesacre), Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz que realizaram atividades de pesquisa, investigação e capacitação com foco na doença que tem apresentado número crescente de casos na região. A ação, organizada pelo departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Controle de Endemias da SESACRE, surgiu devido a casos da doença no município, já que o mesmo faz fronteira com a cidade de Inãpari, no Peru, que tem registros desse tipo de leishmaniose (ACRE, 2018).

Assis Brasil possui três UBS, todas localizadas na sede do município. Dentre elas estão distribuídos 18 agentes comunitários de saúde (ACS), três equipes de saúde da família, três equipes de saúde bucal e uma equipe Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) II (BRASIL, 2019b). Na relação número de equipe de Saúde da Família e população observa-se 100% de cobertura potencial da ESF. No entanto, para o município que tem 40% de sua população na área rural, parte dela indígena e residente em áreas de difícil acesso, a cobertura efetiva é menor,

conforme observado durante o trabalho de campo. As 3 equipes de saúde bucal estão concentradas em duas UBS (FAUSTO et al., 2019b). Há uma equipe NASF, composta por psicólogo, assistente social e farmacêutico, que atua em conjunto com as equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2019b).

Figura 2: Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde, Assis Brasil, AC, 2019.



¹ Unidades de Saúde que participaram do segundo ciclo do PMAQ.

UBS: Unidade Básica de Saúde; PMAQ: Programa Nacional de melhoria e da Qualidade da Atenção Básica

Fonte: Relatório de Campo de Assis Brasil (FAUSTO et al., 2019b).

O município conta com um Pólo Base de Saúde Indígena pertencente ao sub sistema de Saúde Indígena e uma unidade mista pertencente ao governo estadual, duas academias de saúde vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde (FAUSTO et al., 2019b; BRASIL, 2019b). Há ambulância e van para transporte sanitário e caminhonetes para realização do trabalho das equipes nas áreas rurais (FAUSTO et al., 2019; BRASIL, 2019b).

Quadro 2: Equipamentos de saúde, Assis Brasil, AC, 2020.

Tipo	Descrição*
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	Unidade Básica de Saúde Antônio Alves Cavalcante
	Unidade Básica de Saúde Gildo Ferreira da Silva
	Unidade Básica de Saúde Terezinha Batista dos Santos
Unidade Mista	Unidade Mista de Assis Brasil
Unidade de Atenção à saúde indígena	Polo base de Assis Brasil
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT)	Laboratório de Análises Clínicas
Unidade móvel de nível pré-hospitalar (de urgência)	Ambulância USB Assis Brasil
Farmácia	Fundo Municipal de Saúde de Assis Brasil
Central de gestão em saúde	Secretaria Municipal de Saúde de Assis Brasil
Pólo da Academia da Saúde	Academia da Saúde Francisco Correia da Silva
	Academia de Saúde Serapião Eloi Alves

Fonte: Elaboração própria a partir de http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp

4.3. INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para coleta de dados foram construídos roteiros de entrevistas, realizadas *in loco* por pesquisadores do projeto “Atenção Primária à saúde em Municípios rurais remotos”, no ano de 2019, no período de 27 a 31 de maio, nos respectivos locais de trabalho dos gestores e profissionais e nas UBS no caso dos usuários.

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram realizadas e analisadas 16 entrevistas com gestores (4 municipais, regionais e estaduais), profissionais de saúde (6) e usuários da ESF (6), que constituíram os sujeitos desta pesquisa.

4.4.1 Gestores da Saúde

Os gestores de saúde foram convidados a participar da pesquisa para elucidarem temas como: características do território; acesso aos serviços da população residente em áreas remotas; organização da atenção básica e do sistema de saúde na região; regionalização; saúde internacional nas áreas de fronteiras; articulação entre atenção básica e atenção especializada; transporte sanitário; recursos da tecnologia de informação; força de trabalho; intersetorialidade; PMAQ; organização das linhas de cuidado: CCU, PPP, HAS.

Participaram do estudo, os seguintes gestores: Secretário Municipal de Saúde, Gerente da unidade Pólo de Saúde Indígena; Gestor Regional; Coordenadora da Atenção Básica do Acre. As entrevistas tiveram duração média de 02:30 min.

4.4.2 Profissionais das Equipes de Saúde da Família

Foram realizadas entrevistas com médicos, enfermeiros e ACS que exerciam suas atividades em uma UBS na sede do município e também em uma UBS da área rural, em um total de 6 entrevistas (3 em cada UBS). Junto aos profissionais foram abordados os seguintes temas: características do território e da população; condições de saneamento básico; problemas de saúde específicos da área rural; acesso ao serviço de saúde; trabalho dos ACS; saúde indígena; serviços de saúde disponíveis na região; perfil econômico dos usuários; processo de trabalho; composição da equipe; matriciamento; articulação entre atenção básica e atenção especializada; saúde itinerante; perfil das emergências rurais; Programa Mais Médicos; ações nas linhas de cuidado CCU, HAS, PPP.

As UBS foram indicadas pela coordenação de atenção básica. Em Assis Brasil todas as três UBS estão localizadas na sede do município. Para atender aos critérios definidos para a escolha das UBS participantes do estudo (1 na sede e 1 na zona rural) e a fim de captar as diferentes ruralidades existentes nos municípios, optou-se por considerar a UBS Antônio Alves Cavalcante como sede e a UBS Gildo Ferreira como rural, por ser uma unidade com estrutura mais precária que as demais. Foram realizadas 2 entrevistas com médicos da ESF; 2 enfermeiros e 2 ACS, com duração média de 01:30 min.

4.4.3 Usuários

A equipe de atenção básica se configurou como informante chave para se chegar aos usuários-entrevistados, que atenderam aos seguintes critérios:

- Para todos: ser cadastrados nas mesmas UBS selecionadas para entrevistas dos profissionais;
- PPP - mulheres que tiveram gestação/parto nos últimos 12 meses anteriores à entrevista;
- CCU - mulheres que tiveram exame Papanicolau alterado no ano de 2017, garantindo tempo necessário para percurso na rede assistencial e evitando viés de memória. No caso da

não existência de casos de alteração no preventivo, foram selecionadas mulheres que realizaram o exame nas UBS nos últimos 12 meses, anteriores à realização do estudo;

- Usuário (a) com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica que precisou de consulta com especialista nos últimos 12 meses, anteriores à realização da pesquisa.

Em Assis Brasil foram realizadas 06 entrevistas com usuários, com duração média de 01:00 min, nas duas UBS selecionadas. No caso do CCU foi encontrada uma mulher com preventivo alterado na UBS urbana.

4.5. ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados teve como balizadora a teoria do Sistema de Cuidado à Saúde de Arthur Kleinman, conforme já explorado. Destaca-se que, embora maior ênfase tenha sido dada na identificação e análise do sistema formal ou profissional de saúde, buscamos compreender como os três subsistemas se organizaram, coexistiram, se relacionaram e de que forma determinaram a busca por cuidados em saúde no cenário específico de um município rural remoto, fronteiro a outros dois países com tradições culturais e de serviços de saúde distintos e com concentração de população indígena.

A análise dos dados foi guiada por matriz construída a partir de estudos empíricos e literatura acerca do tema de subsistemas de cuidado a saúde, apresentados no referencial teórico do projeto, mas também a partir de categorias que emergiram das entrevistas analisadas, tendo como referencial teórico os subsistemas de Arthur Kleinman. Abaixo, as dimensões que guiaram a análise temática do material empírico.

Quadro 03 – Matriz de análise subsistemas de saúde – formal/profissional, popular e informal.

Subsistema	Dimensões
Formal/profissional	Organização da APS: disponibilidade de serviços, território, trabalho comunitário, ações desenvolvidas pelas equipes, disponibilidade de insumos, colaboração interprofissional, intersetorialidade, força de trabalho em saúde, acessibilidade aos serviços de APS, serviços de saúde de referência para a APS.
Popular	Presença de agentes especializados seculares ou religiosos, mas não reconhecidos legalmente na sociedade – como pagés, curandeiros, xamãs; Atuação de parteiras; Multiculturalidade; Uso de ervas medicinais;
Informal	Papel da família, comunidade, amigos; Atravessamento de políticos para garantia de acesso; Presença de organizações Não Governamentais; Presença e atuação das forças armadas; Presença de organizações religiosas.

Fonte: Elaboração própria.

4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo atendeu aos princípios e diretrizes das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamentam os critérios e cuidados para a execução de pesquisas envolvendo seres humanos e preservam os direitos e deveres da comunidade científica e dos sujeitos envolvidos. O estudo maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, CAAE 92280918.3.0000.5240, Parecer nº 2.832.559.

A pesquisa foi financiada por meio de recursos do Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica/Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação e da Fiocruz, por meio do Termo de Cooperação 085/2015, destinado a realização da coleta de dados para avaliação externa do PMAQ - ciclo 3.

5. RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1: SUBSISTEMA DE CUIDADOS INFORMAL E POPULAR EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO RURAL REMOTO DA REGIÃO AMAZÔNICA, BRASIL¹

RESUMO

Introdução: Embora o Brasil tenha alcançado expressivo aumento de cobertura pela atenção primária e melhoria de resultados em saúde por meio da Estratégia Saúde da Família, áreas rurais ainda apresentam piores indicadores, além de diversas barreiras de acesso às Unidades Básicas de Saúde que, por vezes, condicionam os usuários a buscarem respostas alternativas, fora do circuito formal. Arthur Kleinman, a partir do referencial da antropologia médica, indica que a busca por cuidados em saúde também é determinada pelo contexto sócio-histórico-cultural, e não apenas pelas condições de acesso e disponibilidade de serviços formais. Nesta perspectiva, cada sistema de saúde seria composto por três subsistemas inter-relacionados: o informal, o popular e o subsistema profissional, amplamente utilizados de forma sobreposta e não excludente, interagindo mediante as necessidades do indivíduo. O presente estudo tem como objetivo analisar como se caracterizam os subsistemas informal e popular em saúde em um município rural remoto da região amazônica brasileira. **Métodos:** Trata-se de estudo de caso único, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado no município rural remoto de Assis Brasil, pertencente ao estado do Acre, Brasil. A coleta de dados foi realizada com visita *in loco* ao município, por meio de entrevistas semiestruturadas com usuários, gestores e profissionais de saúde. A análise temática dos dados foi guiada por categorias inspiradas no referencial de Arthur Kleinman e emergentes no campo e concentrou-se em dimensões dos subsistemas informal e popular. **Resultados:** No sistema informal, família, amigos e comunidade parecem desempenhar papéis no campo do cuidado em sentido mais amplo conformando a rede de apoio social que viabiliza a utilização dos serviços de saúde. Também compõem o sistema informal ONGs, Forças Armadas e Igreja que atuam de maneira complementar ao Sistema Único de Saúde. Dois padrões de relação com o sistema popular foram identificados: em complementariedade com o sistema formal, com uso pontual ou longitudinal de seus recursos; e em substituição às práticas formais. No sistema popular, agentes seculares de cura como pajés, benzedeiros, rezadores e parteiras, assim como uso de ervas medicinais e outros recursos naturais fazem parte da cena de cuidados, sobretudo entre as populações tradicionais do território. Foi identificado que, por vezes, os recursos populares são acionados em função de barreiras, principalmente geográficas e econômicas, que impedem o acesso oportuno aos serviços de saúde e contribuem para o agravamento dos casos. O grau de resistência dos profissionais de saúde variou em função do caráter substitutivo ou complementar que tais cuidados assumem na trajetória terapêutica dos usuários. **Conclusão:** Políticas e processos complexos como a atenção à saúde têm sido implementados em todo o país, em geral, dotados de baixa compreensão do contexto e da cultura das comunidades rurais. Nesse sentido, compreender a dinâmica entre os subsistemas, pode colaborar para a identificação de estratégias mais apropriadas e sensíveis à organização dos serviços de saúde, que responda às necessidades da população em uma perspectiva mais ampliada, sobretudo em contexto de ruralidade.

PALAVRAS-CHAVE: Brasil; Atenção Primária a Saúde; Saúde da População Rural; Serviços de Saúde Rural; Redes Comunitárias de Saúde; Medicina Popular.

¹ Artigo submetido ao periódico Rural Remote Health, em 9 de dezembro de 2020.

INTRODUÇÃO

A provisão de cuidados em saúde em territórios rurais remotos representa um desafio para os mais diversos sistemas de proteção social [1] por envolver um conjunto de condições desfavoráveis de acesso à atenção primária à saúde (APS), aos cuidados especializados e hospitalares, dificuldades para atração e fixação da força de trabalho, para o aperfeiçoamento e educação profissional e gestão dos serviços de saúde [2][3]. Estas condições associam-se a piores indicadores socioeconômicos, de desenvolvimento humano [2][4], insuficiência de transporte, grandes distâncias a serem percorridas, longo tempo fora de casa para investigações clínicas e tratamento, precariedade das condições sanitárias e de habitação, além do aumento da carga de doenças [5]. Todos estes desafios exigem modelos organizacionais e provisão de serviços de saúde capazes de responder às características próprias da ruralidade.

Assim como outros países, o Brasil enfrenta obstáculos para garantir acesso à saúde em municípios rurais remotos (MRR). Com dimensões continentais, o país apresenta uma variedade de biomas, o que exige abordagens adaptativas e disposição de *policemakers*, profissionais e usuários para compreender as particularidades desses territórios e suas necessidades em saúde, que diferem dos grandes centros urbanos [6].

No país, o principal modelo de APS no Sistema Único de Saúde (SUS) é representado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, odontólogo, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), que atuam em áreas adscritas, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias [7]. Embora muitos resultados tenham sido alcançados por meio da ESF [7][8][9], as áreas rurais ainda apresentam acesso precário à saúde, elevada mortalidade infantil, prevalência de tuberculose, verminose, diarreia e infecções respiratórias [10], além de barreiras econômicas e de transporte para acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS) [11].

As diversificadas barreiras, por vezes, condicionam os usuários a buscarem respostas alternativas para seus problemas de saúde, fora do circuito formal de cuidados, entre os quais, ervas medicinais, alimentos com poder curativo e cuidados ofertados por familiares, amigos e especialistas de cura não profissionais [12][13]. Outrossim, Arthur Kleinman [14], a partir do referencial da antropologia médica, indica que a busca por cuidados em saúde também é

determinada pelo contexto sócio-histórico-cultural, e não apenas pelas condições de acesso e disponibilidade de serviços formais.

Nesta perspectiva, os modelos de organização dos serviços, escolhas e avaliação das práticas terapêuticas e comportamentos socialmente aceitos, incluindo relações de poder e papéis sociais dos diversos agentes, constituem, nas sociedades, um sistema cultural de saúde [14][15]. Cada sistema de saúde seria composto por três subsistemas inter-relacionados: o informal, o popular e o subsistema profissional. Os subsistemas são amplamente utilizados de forma sobreposta e não excludente, interagindo mediante as necessidades do indivíduo [14][15].

No subsistema informal manifesta-se a cultura popular, o senso comum, família, rede social, crenças e atividades comunitárias, constituindo um elo entre os subsistemas profissional e popular [15]. O subsistema popular fundamenta-se em especialistas de cura não formais, agentes seculares ou religiosos, não certificados legalmente, mas com expressivo reconhecimento pela sociedade. É frequentemente denominado de leigo e suas terapias se utilizam de ervas, chás, alimentos medicinais e outras práticas alternativas, incluindo também rituais de cura espiritual [15].

Ainda que se reconheça que no subsistema profissional se localize grandes barreiras vinculadas à disponibilidade e utilização dos serviços, este artigo analisa como se caracterizam os subsistemas informal e popular em saúde, na perspectiva de Kleinman [14], em um MRR da região amazônica brasileira. Para o autor, saúde, enfermidade e cuidado são parte de um sistema cultural e, assim, devem ser entendidos em suas relações mútuas. Examiná-los isoladamente distorce a compreensão da natureza de cada um e o modo como funcionam em dado contexto. Neste sentido, embora se reconheça a expressividade do sistema formal, tanto no que se refere ao foco das publicações e pesquisas, quanto das políticas, buscou-se dar relevo a outras dimensões que fazem parte da cultura popular das comunidades rurais e estão presentes no cotidiano de busca por cuidados em saúde.

MÉTODO

Trata-se de estudo de caso único, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado no MRR de Assis Brasil, pertencente ao estado do Acre, Brasil. O objetivo central foi compreender como os sistemas informal e popular se caracterizam e se relacionam nas experiências de cuidados e na organização dos serviços de saúde, sobretudo os de APS.

Coleta de dados

Foi realizada no mês de maio de 2019, com visita *in loco* ao município de Assis Brasil, por meio de entrevistas semiestruturadas. Os roteiros, adaptados a cada tipo de informante-chave, permitiram captar os costumes, crenças e hábitos de cuidado, como também os serviços de saúde disponíveis e acessados pela população.

Participantes da pesquisa

Foram realizadas 16 entrevistas com três grupos de informantes: gestores da saúde (municipais regionais e estaduais), profissionais da ESF e usuários. O quadro 01 apresenta o perfil dos participantes e a identificação, posteriormente utilizada para identificação das falas. O coordenador local da APS indicou duas UBS para a realização das entrevistas com profissionais e usuários: uma localizada na sede do município e outra em uma área rural, no interior. Para a seleção dos usuários, indicados pelas respectivas equipes de Saúde da Família, foram eleitos três eventos traçadores [16] para construção das trajetórias de cuidado: câncer de colo do útero, pré-natal, parto e puerpério e hipertensão arterial sistêmica. As entrevistas, com duração entre uma e duas horas e meia, foram gravadas e transcritas na íntegra.

Quadro 1: Caracterização dos participantes da pesquisa, Assis Brasil, AC, 2019.

Código	Idade	Local de atuação/realização entrevista	Formação	Função/ocupação
GE	32	Departamento de atenção primária políticas e programas estratégicos – Rio Branco, Acre.	Superior completo - Enfermagem	Gerente estadual da divisão de atenção primária – Acre.
GR	58	Secretaria Municipal de Saúde de Brasileia	Superior completo – Administração de empresas	Secretário Municipal de Saúde de Brasileia e Coordenador da CIR do Alto Acre,
GM	42	Secretaria Municipal de Saúde de Assis Brasil	Superior completo e técnico – Psicólogo e Técnico de Enfermagem	Secretário Municipal de Saúde de Assis Brasil
GSI	38	DSEI do Alto do Rio Purus – Unidade Assis Brasil	Superior completo - enfermagem	Coordenadora do Polo de Assis Brasil
MED1	47	UBS Antônio Alves Cavalcante	Superior completo –	Medico da EqSF

			medicina e enfermagem.	
MED2	31	UBS Gildo Ferreira	Superior completo – Historia, Filosofia, Medicina	Medico da EqSF Rural
ENF1	38	UBS Antônio Alves Cavalcante	Superior completo - enfermagem	Enfermeiro da EqSF
ENF2	25	UBS Gildo Ferreira	Superior completo - enfermagem	Enfermeiro da EqSF Rural
ACS1	32	UBS Antônio Alves Cavalcante	Superior completo - biologia	ACS
ACS2	21	UBS Gildo Ferreira	Ensino medico completo	ACS Rural
CCU1	29	UBS Antônio Alves Cavalcante	Fundamental incompleto	Empregada doméstica
CCU2	24	UBS Gildo Ferreira	Nível técnico	Técnica de enfermagem
HAS1	64	UBS Antônio Alves Cavalcante	Analfabeto	Aposentado
HAS2	70	UBS Gildo Ferreira	Primero grau completo	Aposentado
PPP1	29	UBS Antônio Alves Cavalcante	Fundamental incompleto	Desempregada
PPP2	42	UBS Gildo Ferreira	Não informado	Desempregada

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da pesquisa.

Legenda: GE – Gestor Estadual; GR – Gestor Regional; CIR - Comissão Intergestores Regional; GM – Gestor Municipal; GSI – Gestor Saúde Indígena; DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena; MED – Medico; UBS - Unidade Básica de Saúde; EqSF – Equipe Saúde da Família; ENF – Enfermeiro; ACS - Agente Comunitário de Saúde; CCU – Câncer de Colo de Útero; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; PPP – Pré-natal Parto e Puerpério.

Análise dos dados

A análise temática [17] foi guiada por categorias inspiradas no referencial de Kleinman [14][15] e emergentes no campo e concentra-se em dimensões dos subsistemas informal e popular: a) informal: papel da família, comunidade, rede de amigos, atravessamento de políticos, presença de organizações não governamentais, forças armadas e religiosas; b) popular: presença de agentes especializados seculares ou religiosos (pajés, curandeiros, xamãs,

entre outros), atuação de parteiras, multiculturalidade e uso de ervas medicinais. Buscou-se compreender como tais elementos se conjugam, se há contraposição em relação ao sistema formal, se são acionados de maneira independente, pontual ou não contínua frente aos inúmeros desafios na busca por cuidados em saúde em contexto de ruralidade.

Aprovação Ética

A pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil” foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, identificado pela CAAE 92280918.3.0000.5240 e pelo parecer de aprovação nº 2.832.559.

Cenário da Pesquisa

No Brasil, as definições de espaço rural e urbano ganharam uma nova tipologia no ano de 2017 [18] alinhada a metodologias internacionais da OCDE e União Europeia. Densidade demográfica, localização em relação aos principais centros urbanos e tamanho da população estão entre os critérios para classificação dos municípios em cinco tipos: urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto. De acordo com a nova classificação, 76% da população brasileira vive em áreas predominantemente urbanas (26% dos municípios). Do total de municípios (5.570), 60,4% foram classificados como predominantemente rurais, sendo 54,6% rurais adjacentes e 5,8% rurais remotos [18].

O MRR de Assis Brasil, localiza-se nos limites do território brasileiro e faz divisa com outros dois países, Peru e Bolívia, com grande circulação de pessoas. Há também populações tradicionais como a ribeirinha e grande concentração de indígenas das etnias Jaminawá e Manchineri que vive na Terra Indígena Mamoodate [19]. O território se divide em zona urbana ou sede, onde se localizam comércio e serviços e concentra a maior parte da população, e zona rural ou interior, com pequenos povoados [20].

A rede de serviços de saúde no município é composta por três UBS, todas localizadas na sede, um Pólo Base de Saúde Indígena pertencente ao subsistema de Saúde Indígena, duas academias da saúde (equipamento para realização de atividades físicas e de promoção da saúde), um laboratório de análises clínicas e uma unidade mista (pertencente ao governo estadual) com leitos de clínica geral, obstétricos e pediátricos, de baixíssima resolutividade e presença intermitente de médico [21].

RESULTADOS

Subsistema Informal

Família, comunidade, amigos, políticos, forças armadas, ONGs, Igrejas: atravessamentos no cuidado

Família, comunidade e amigos desempenharam importante apoio que facilitava a busca por cuidados em saúde para usuários da sede e da zona rural de Assis Brasil. Amigos e conhecidos emprestavam cartão de crédito para a compra de medicações que faltavam na rede pública e filhos organizavam a agenda de consultas e exames de seus pais. Residentes da área rural que precisavam buscar atendimento na UBS da sede hospedavam-se na casa de parentes e amigos, que os acompanhavam às consultas, além de cuidar das crianças:

Uma grande parte das pessoas fica na casa de parente. Aí faz o tratamento. Inclusive na minha micro área tinha uma mulher... Ela estava aqui na casa do parente dela, estava fazendo tratamento da leishmaniose... Aí o médico passou para ela 30 ampolas. No caso ela ficou 30 dias aqui. Depois do tratamento ela voltou (para a zona rural). (ACS1)

Quando alguma condição de saúde ou de trafegabilidade das estradas e rios impossibilitava o deslocamento da área rural até a UBS da sede, usuários eram carregados em redes, por até dois dias, por familiares, amigos e pessoas da comunidade. Esta era uma prática comum e recorrente entre os moradores da zona rural:

Quando chove, não tem condições de chegar nos ramais pela quantidade de lama. Os pacientes, às vezes, chegam carregados em redes, pois temos que ter caminhonetes de tração para poder chegar, e muitas vezes não conseguimos. É muito triste a situação. (GM)

É muito difícil lá onde eu morava. São 44 Km daqui (sede) para lá (zona rural). No inverno é muito difícil, é uma lama danada... Se a pessoa adoecer, tem que trazer na rede de lá para cá e levava muito tempo (...) minha mulher veio umas três vezes de lá (zona rural) para cá (sede) trazida na rede, demorou dois dias de viagem (a pé). (HAS1)

A referência para serviços especializados e hospitalares era a capital do estado, Rio Branco, que fica a 343 KM, de Assis Brasil, onde não havia casa de apoio oferecida pela prefeitura para que os pacientes e acompanhantes pudessem se hospedar. Nestes casos, mais uma vez, era necessário o apoio de familiares e amigos para hospedagem, ou, quando não era possível, os usuários retornavam a Assis Brasil no mesmo dia e, no dia seguinte, novamente se deslocavam à capital:

A minha ida para Rio Branco foi na van, do município, eles me mandaram ir com sete meses de gestação para Rio Branco, por causa

da minha saúde, que era muito arriscado estar aqui, pois aqui não tem recursos, por causa da pressão alta (...) eu fiquei na casa de uma prima do meu esposo, eu fiquei lá (...). (PPP2)

E quando o paciente chega lá em Rio Branco e precisa fazer uma consulta hoje e outra amanhã (...) têm aqueles que têm família, eles ficam em Rio Branco. Os outros vão e voltam (para Assis Brasil) em um mesmo dia, e no dia seguinte vão de novo (para a capital). (GR)

O Secretário Municipal da Saúde e o Prefeito eram acessados diretamente por usuários sem condições físicas e financeiras para se deslocarem ou permanecerem na sede do município e em casos de emergência, sobretudo da zona rural:

Daí hoje o secretário ia fazer uma visita lá para entregar a medicação. Quando a gente saiu dessa visita, a gente já falou direto com o Prefeito, pedindo apoio para ceder uma casa porque uma senhora da zona rural não conseguiria dar continuidade ao tratamento (...). (ENF2)

Ações das equipes de Saúde da Família, por vezes, eram capitaneadas politicamente, apesar do posicionamento contrário de profissionais. Políticos locais se aproveitavam de sua posição para requerer atendimento prioritário a conhecidos e parentes, o que acabava por restringir o acesso dos demais usuários.

Serviços prestados por ONGs e Forças Armadas estiveram presentes de forma residual e preenchiavam lacunas do sistema público. Foi apontada a atuação de uma ONG contratada pela Secretaria de Saúde com a função de terceirizar a contratação de profissionais de saúde por meio de contratos temporários. Em geral, Forças Armadas e ONGs realizavam ações de saúde itinerantes na zona rural e forneciam medicação, que complementavam os serviços prestados pelo SUS:

A gente tem até com relação à saúde itinerante. O secretário firmou mais uma parceria não só com exército, mas com bombeiro para fortalecer a atenção, porque eles têm outro tipo de transporte, então favorece para fazer o atendimento nessas áreas (...) ONGs também são bem presentes. Então essa vinculação é bem positiva. (GE)

As Igrejas cediam suas sedes para a realização das ações itinerantes de saúde na zona rural e para a produção e comercialização de produtos medicinais consumidos e fabricados pela população:

(...)as xaropadas e esses remédios que eles fazem lá na igreja católica tem um lugar lá para vender, tem um lugarzinho que vende um xaropezinho... A população vai lá. (ENF1)

Subsistema Popular

Um território multicultural por essência

Assis Brasil é um território multicultural. Faz fronteira com dois países e apresentava grande circulação de população indígena, ribeirinha, bolivianos, peruanos e venezuelanos. Esse fluxo acontecia tanto do Brasil para estes países como o inverso. A diversidade de etnias e culturas conferia ao território variedade de idiomas, costumes e práticas em saúde.

Profissionais de saúde brasileiros apresentavam dificuldades de comunicação com usuários indígenas, sendo requisitado a presença de familiares que falavam português ou de técnicos da Fundação Nacional do Índio para a tradução e intermediação das consultas:

E a língua também dos indígenas, tem alguns indígenas que não falam português e sempre quando vem é com um tradutor. Se um membro da família não fala língua, vem com tradutor. (MED2)

Agentes especializados seculares ou religiosos - pajés, curandeiros, xamãs, parteiras

Profissionais de saúde e gestores indicaram a atuação de agentes especializados de cura como pajés, benzedeadas e rezadores no processo de cuidado em saúde. Alguns, como os pajés, membros de etnias indígenas da região, tiveram suas práticas popularizadas entre toda a população do município, integrando-se a ela. Outros, como rezadores e benzedeadas, tinham suas práticas legitimadas e culturalmente aceitas.

As práticas de cura tradicionais não se opunham às do sistema formal de saúde e eram acessadas de diversas maneiras pela população: pontualmente, na busca de cura específica e alívio momentâneo; ao longo da vida, concomitantemente ao tratamento na rede formal de saúde; ou como alternativa a este. Foi mencionado que, por vezes, a população demonstrava preferência por estas práticas, tornando-as sua primeira escolha de cuidado, e, segundo profissionais, chegando ao serviço de saúde com agravamento dos casos:

Tem os rezadores, e têm principalmente os indígenas. E aqui tem os rezadores que às vezes o pessoal diz assim 'doutor, levei meu filho que estava vomitando há dois dias no rezador, mas parece que não deu jeito', até que chegaram com o menino aqui desidratado. (MED2)

Ervas medicinais faziam parte dos cuidados em saúde do subsistema popular com a utilização de chás, xaropes, garrafadas a base de plantas medicinais nas zonas rural e urbana:

Eles usam bastante chás. Há resistência, principalmente dos diabéticos, querem estar tomando chazinho e não querem tomar remédio. (ENF2)

Em outros momentos, os remédios à base de plantas medicinais se apresentavam como único recurso utilizado pelo usuário em momento de enfermidade e diante da impossibilidade de acessar o serviço de saúde, por barreiras geográficas ou econômicas. Especialmente, no caso das áreas rurais, tais práticas eram mais frequentes, em função das distâncias das UBS e intermitência das ações itinerantes, que deixava parte da população desassistida:

... zona rural para eles poderem vir (à UBS) tem de pagar moto táxi, tem que pagar frete de carro particular. É pesado para o pessoal da zona rural ... Muitos deles lá (zona rural), optaram pelo tratamento medicinal com conhecimento deles mesmo. Só vem para cá no último caso. E muitos optam pela falta de recurso. (ACS1)

As práticas de cura secular estavam mais presentes entre a população indígena que mesmo com acesso a serviços de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), fazia uso concomitante de ervas, rezadores e pajés:

As duas etnias daqui: Jaminawa e Machineri (...) ainda têm alguns que têm aquela reza, inclusive vêm aqui para o atendimento e dizem que, também, irão para o pajé. Tem também os que só querem o pajé. Aí a gente registra as recusas para, no caso de qualquer ocorrência, não sermos responsabilizados. Inclusive tem um aqui que estamos fazendo acompanhamento, que está com problema cardíaco. Ele informou que ia lá para um rezador em uma comunidade peruana indígena e que iria retornar. Eu disse ‘tudo bem’, mas tal dia você tem o seu retorno. (GSI)

Havia reconhecida atuação de parteiras na região, especialmente na área rural e indígena, onde as tradições de cura popular e os cuidados tradicionais eram mais fortes. A maioria dos partos entre as mulheres indígenas e da zona rural era realizado por parteiras, por preferência das usuárias, assim como o acompanhamento nos primeiros dias de vida do bebê. Por esse motivo, em algumas comunidades indígenas eram oferecidos serviços de saúde formais em articulação com as parteiras e a equipe de Saúde da Família promoveu cursos de capacitação e grupo de troca de experiências para promover maior integração.

Foram identificadas posições conflituosas, principalmente quando os profissionais de saúde verificavam substituição ou protelação do tratamento formal pelo uso de ervas medicinais e outras práticas informais. Ainda assim, os chás e outros recursos naturais, como o “barro”,

estavam incorporados à vida comunitária e faziam parte da tradição e da flora local, já que o município pertencia à região amazônica:

Inclusive essa criança que eu falei da leishmaniose, a vó dela estava tratando a leishmaniose com barro virgem. Botando o barro dentro da ferida. Eu disse: ‘não, mas a questão é no sangue, que a gente vai matar o parasita no sangue. Aí vai fechar normal’ E muitos optam por esse tratamento por questão de falta de recurso. (ACS1)

Quando estava em Rio Branco com minha mulher doente, eu vi um homem lá no hospital contando que foi desenganado pelo médico, que estava doente da próstata e não tinha mais jeito. Aí ele me disse: ‘tu tem fé em chá da mata?’, eu disse: ‘eu tenho’; ele disse: ‘então vou te ensinar um remédio que se você tomar direitinho, vai ficar bom’, aí ele me ensinou. Ele tomou e ficou bom, hoje em dia tá bonzinho. Aí eu fui e graças a Deus serviu, quando eu fui em Rio Branco me disseram que estava saradinho não precisa nem ver o doutor. (HAS1)

DISCUSSÃO

Muitos e diversos são os componentes do sistema informal presentes na busca por cuidados em saúde. Família, amigos e comunidade parecem desempenhar papéis no campo do cuidado em sentido mais amplo (acompanhamento nas consultas, cuidado dos filhos), conformando a rede de apoio social que viabiliza a utilização dos serviços de saúde, não sendo um fenômeno raro no meio rural, sobretudo quando as mulheres necessitam buscar assistência [13][22]. Por outra via, tal apoio também supria lacunas não previstas pelas políticas de saúde, como, por exemplo, operacionalização de transporte adequado da zona rural para a sede do município, cuja cena mais dramática é carregar pessoas em redes por dias. Dessa maneira, a rede informal se apresenta como uma estratégia de sobrevivência, com grande número de contatos, proximidade das famílias, grupos de parentes, vizinhos e amigos que constituem a principal fonte de apoio social [22].

Poucos foram os relatos de atuação de amigos e familiares na facilitação direta do acesso aos serviços de saúde, ao contrário do que mostram alguns estudos [23][24] talvez por disporem do mesmo escasso capital social que os usuários, o que é ratificado pelo perfil de grande pobreza que caracteriza a população do município-caso. Em menor intensidade, estiveram presentes sujeitos da gestão e da política, intermediando o acesso aos serviços de saúde, assumindo funções ora como executores diretos de serviços (mais uma vez o transporte), ora facilitando o acesso de seus conhecidos, como encontrado em outros estudos nacionais [23].

Compõem o sistema informal ONGs, Forças Armadas e Igreja. As ONGs têm atuação de longa tradição em municípios da região amazônica, desde a década de 1960 atuaram amplamente no setor saúde, desde a formação de profissionais de saúde indígena à provisão de serviços [25]. Com a constituição do subsistema especial indígena no setor público e do SUS, a atuação de ONGs tornou-se mais restrita às parcerias com órgãos públicos, como em projetos de mobilização de parteiras tradicionais [25]. No caso estudado, desempenham papel na contratação de pessoal para atuação na saúde, em muitos casos, com precarização e insegurança trabalhista.

As Forças Armadas apresentam tradição na provisão de serviços de saúde em regiões remotas do país, ainda que numa perspectiva campanhista [26]. No caso estudado, as ações são complementares ao SUS, uma vez que com o fortalecimento do sistema público, este passou a ser o principal provedor de atenção à saúde da população. As igrejas também tinham um papel complementar, fornecendo suporte logístico, como a cessão de espaço para atividades, como encontrado em outros estudos [27]. Entretanto, abrigar a produção e comercialização de remédios caseiros em sua sede poderia indicar aproximação com a cultura e apoio às tradições locais de cura.

Muitas foram as intersecções do sistema popular no mosaico de cuidados no MRR de Assis Brasil. A região, em si, é um território multicultural. Agentes seculares de cura como pajés, benzedeiros, rezadores e parteiras, assim como uso de ervas medicinais e outros recursos naturais fazem parte da cena de cuidados, sobretudo entre as populações tradicionais do território. Ainda assim, observou-se diferentes experiências e percepções entre usuários e profissionais, principalmente quando o uso de tais recursos protelam ou substituem a busca pelo cuidado na rede formal ou quando usados concomitante a tratamentos formais, o que poderia trazer interações medicamentosas. Por outro lado, os profissionais reconhecem o potencial terapêutico de certas ervas e a relevância do conhecimento empírico. Neste sentido, principalmente em territórios rurais, considerar o contexto das práticas de cuidado, importando-se também com o vínculo cultural e as interações que as pessoas estabelecem com os ambientes, é uma expressão de competência cultural [28].

Outro aspecto identificado é que, por vezes, os recursos populares, considerados, em alguns estudos, como cuidados inapropriados [29], são acionados em função de barreiras de acesso, principalmente geográficas e econômicas, aos serviços formais de saúde. Entretanto, a preferência por cuidados tradicionais, também deriva de atitudes que refletem normas culturais

e sociais da comunidade. Ainda que, no país, tais práticas terapêuticas ocupem espaços pelas lacunas do sistema público de saúde, observa-se que a medicina popular existe em locais com acesso a serviços oficiais, pois possui um corpo próprio de conhecimentos em constante transformação, inclusive incorporando elementos da medicina formal, além de parte da cosmovisão de saúde em determinados territórios [30].

CONCLUSÃO

Identificou-se que o subsistema informal desempenha triplo papel na composição dos cuidados em saúde: na perspectiva da solidariedade e empatia; no preenchimento de lacunas das políticas e dos serviços de saúde; e também na complementariedade de ações desenvolvidas pelo sistema formal, o SUS. No sistema popular os usuários fazem maior uso de sua autonomia e compõem seu “bem viver”, a partir das tradições, espiritualidade, ancestralidade [31]. Dois padrões de relação com o sistema popular foram identificados: em complementariedade com o sistema formal, com uso pontual ou longitudinal de seus recursos; e em substituição às práticas formais. Populações indígenas e das áreas rurais apresentam maior adesão às práticas tradicionais e seculares e o grau de resistência dos profissionais de saúde variou em função do caráter substitutivo ou complementar que tais cuidados assumem na trajetória terapêutica dos usuários.

Políticas e processos complexos como a atenção à saúde têm sido implementados em todo o país, em geral, dotados de baixa compreensão do contexto e da cultura das comunidades rurais. Nesse sentido, identificar como o sistema de saúde é organizado e acionado sob o prisma dos subsistemas, possibilita identificar quais circunstâncias orientam a procura por auxílio no subsistema informal, popular e suas relações de substituição e complementariedade com sistema profissional. Compreender a dinâmica entre os subsistemas, pode colaborar para a identificação de estratégias mais apropriadas e sensíveis à organização dos serviços de saúde, que responda às necessidades da população em uma perspectiva mais ampliada, sobretudo em contexto de ruralidade.

REFERENCIAS

1 Bradford N, Caffery L, Smith A. Telehealth services in rural and remote Australia: a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability. *Rural and Remote Health* (Internet) 2016; **16**: 3808. Available: www.rrh.org.au/journal/article/3808 (Accessed 03 April 2020).

- 2 Thomas SL, Wakerman J, Humphreys JS. Ensuring equity of access to primary health care in rural and remote Australia - what core services should be locally available? *International Journal for Equity in Health* 2015; **14**: 111. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0228-1>
- 3 Chondur R, Li SQ, Guthridge S, Lawton P. Does relative remoteness affect chronic disease outcomes? Geographic variation in chronic disease mortality in Australia, 2002–2006. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2014; **38**: 117-121. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12126>
- 4 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 Debate* 2018; **42(spe1)**: 302-314. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s120>
- 5 Barclay L, Phillips A, Lyle D. Rural and remote health research: Does the investment match the need? *Australian Journal of Rural Health* 2018; **26**: 74-79. <https://doi.org/10.1111/ajr.12429>
- 6 Sarmiento RA, Moraes RM, Viana RTP, Pessoa VM, Carneiro FF. Determinantes socioambientais e saúde: O Brasil rural versus o Brasil urbano. *Tempus* 2015; **9(2)**: 221-235. <https://doi.org/10.18569/tempus.v9i2.1718>
- 7 Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVM de S et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet* 2019; **394 (10195)**: 345-356. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
- 8 Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; **349**: g4014. <https://doi.org/10.1136/bmj.g4014>
- 9 Pinto LF, Giovanella L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC) *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; **23(6)**: 1903-1914. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
- 10 Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface* 2018; **22(66)**: 903-914. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0449>
- 11 Pereira LL, Pacheco L. The challenges faced by the More Doctors Program in providing and ensuring comprehensive health care in rural areas in the Amazon region, Brazil. *Interface* 2017; **21(Suppl1)**: 1181-1192. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0383>
- 12 Firmo WCA, Menezes VJM, Passos CEC, Dias CN, Alves LPL, Dias ICL et al. Contexto histórico, uso popular e concepção científica sobre plantas medicinais. *Cadernos de Pesquisa (Internet)* 2011; **18**: 90-95 Available: <http://www.periodicos eletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/746> (Accessed 03 October 2020).
- 13 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. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.03.005>
- 14 Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture an exploration of the borderland between, anthropology, medicine and psychiatric*. Berkeley: University of California Press; 1980.

- 15 Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine* 1978; **12(2B)**: 85-95.
- 16 Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality-the case for tracers. *New England Journal of Medicine* 1973; **288(4)**: 189-194.
- 17 Chapman AL, Hadfield M, Chapman CJ. Qualitative research in healthcare: an introduction to grounded theory using thematic analysis. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* 2015; **45(3)**: 201-205. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2015.305>
- 18 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: Uma primeira aproximação* (Internet) 2017. Available <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf> (Accessed 17 September 2020).
- 19 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indígenas: Gráficos e tabelas. *Tabela Municípios com as maiores proporções de população indígena do País, por situação do domicílio, Acre* (Internet) 2020. Available <https://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html> (Accessed 20 August 2020).
- 20 Fausto M, Cabral LM da S, Braz HMR, Zuma RG. *Assis Brasil, AC: Relatório final de pesquisa*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2020.
- 21 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Consulta Estabelecimento – Identificação* (Internet) 2020. Available: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp> (Accessed 03 October 2020).
- 22 Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R, Pedreira LC, Vilela ABA, Santos VC et al. Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; **20(5)**: 1321-1330. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.14192014>
- 23 Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2016; **32(3)**: e00172214. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172214>
- 24 Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2019; **35(12)**: e00004119. <https://doi.org/10.1590/0102-31100004119>
- 25 Barboza R, Lopes TV. Organizações não governamentais na região da Amazônia legal brasileira: o caso da saúde. *Revista Psicologia Política* (Internet) 2009; **9(17)**: 149-169. Available: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v9n17/v9n17a10.pdf> (Accessed 03 July 2020).
- 26 Casanova AO, Giovanella L, Cruz MM, Ferreira MFDC. Skateholders, spaces and policy network in health governance in two health regions of Legal Amazon. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; **23(10)**: 3163-3177. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.15442018>
- 27 Tszesnioski L de C, Nóbrega KBG, Lima Maria LLT, Facundes VLD. Building the mental health care network for children and adolescents: interventions in the territory. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; **2**: 363-370. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.05082014>
- 28 Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. 1st ed. New York: Oxford University Press Inc; 1998

29 Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2020; **44**: e100. [https://doi: 10.26633/RPSP.2020.100](https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100).

30 Piriz MATC, Mendieta MC, Mesquita MK, Lima CAB, Heck RM. O Cuidado à saúde com uso de plantas medicinais: Uma perspectiva cultural. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2014; **13(2)**:309-317 Available: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20703/pdf_164 (Accessed 03 October 2020).

31 Bobatto MB, Segovia G, Rosas SM. El Buen Vivir, camino del Movimiento Mundial de Salud de los Pueblos Latinoamérica hacia otra alternativa al desarrollo. *Saúde em Debate* 2020; **44(spe1)**: 24-36. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S102>

5.2 ARTIGO 2: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM UM MUNICÍPIO RURAL REMOTO DO NORTE DO BRASIL

RESUMO

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) colaborou para assegurar acesso mais resolutivo e humanizado à saúde para a maioria da população. No entanto, residentes em Municípios Rurais Remotos (MRR) apresentam maiores dificuldades para o acesso aos serviços de saúde, que se somam a condições sociais e econômicas desfavoráveis. O objetivo deste artigo é caracterizar a organização da Atenção Primária à Saúde e suas interfaces com os demais

serviços da rede assistencial em um MRR da região amazônica. Foi realizado estudo de caso único em Assis Brasil/AC, por meio de entrevistas semiestruturadas com usuários, gestores e profissionais de saúde. Os resultados indicaram distribuição desigual de estabelecimentos de saúde no território com áreas descobertas; dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido a condições climáticas e barreiras econômicas para custeio de transporte; alto fluxo de atendimento a estrangeiros e população indígena; promoção de ações de saúde itinerantes na área rural; insuficiência de medicamentos; dificuldades de atração e fixação de profissionais; escassez de recursos tecnológicos e ausência de acesso à internet nas UBS; concentração de serviços especializados do SUS na capital do estado. Foram identificados esforços da gestão local para manutenção da ESF e adequação dos processos de trabalho das equipes ESF para atendimento ao grande fluxo de usuários via demanda espontânea e à necessidade de adaptação cultural. Argumenta-se que MRR e suas populações somam vulnerabilidades econômicas, sociais e de acesso aos serviços de saúde, parcialmente atendidas pelas políticas nacionais e que o ente municipal, sem o suficiente apoio e aporte de recursos estadual e federal mantém arranjos possíveis para a provisão de atenção básica, nem sempre afeitas aos princípios abrangentes que caracterizam a ESF.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde da População Rural, Amazônia, Brasil.

INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de alta qualidade representa a forma mais eficiente e equitativa de alcançar melhores resultados em saúde (Zhao et al., 2014). No entanto, residentes em comunidades remotas ao redor do mundo têm acesso relativamente mais restrito aos cuidados primários (Wakerman et al., 2019). Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 46% da população mundial reside em áreas rurais e remotas (WHO, 2020), enquanto a maioria dos trabalhadores de saúde vive e trabalha nas médias e grandes cidades (Portela et al., 2017).

Características dos territórios rurais remotos influenciam a estrutura, a função dos serviços de saúde, como os profissionais trabalham e a natureza das práticas (Wakerman et al., 2017). Desigualdades socioeconômicas, pobreza e níveis mais baixos de emprego, juntamente com desequilíbrios relacionados à disponibilidade de serviços, transporte e comunicação entre as áreas rurais e centros urbanos e maior concentração dos recursos nas cidades, resultam em maior exclusão social dos moradores de áreas rurais (Strasser, 2016; Scheil-Adlung, 2015).

Localidades com características de ruralidade requerem serviços de saúde que atendam às necessidades de seus moradores (Le Tourneau, 2020). Ao desenvolver uma política de saúde rural, os países enfrentam grandes desafios relacionados a recursos humanos, governança,

transporte, financiamento e comunicação (Strasser, 2016). Nesse sentido, estratégias e políticas diferenciadas para prestação de serviços de saúde em territórios rurais remotos vêm sendo implementadas por diversos países, como Austrália, Canadá, Nova Zelândia, EUA, países do Sudeste Asiático e do bloco Europeu (Strasser, 2015; Bahera et al., 2017; Zhang et al., 2019).

No Brasil, a expansão da APS por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), colaborou para assegurar acesso mais resolutivo e humanizado à maioria da população (Macinko, 2015). No entanto, condições sociais e econômicas desfavoráveis das famílias e territórios, expressas na ausência de transporte público, escassez de serviços de saúde, falta de infraestrutura, como energia elétrica, saneamento básico e acesso a recursos tecnológicos e meios de comunicação (Santos, 2017) imprimem maiores obstáculos e desafios à atuação das equipes de Saúde da Família. Tais condições, frequentemente encontradas em Municípios Rurais Remotos (MRR) brasileiros (IBGE, 2017), nem sempre são atendidas ou atenuadas por meio das diretrizes e padrões das políticas nacionais. As definições de espaço rural e urbano no Brasil foram redefinidas no ano de 2017 (IBGE, 2017) alinhadas a metodologias internacionais da OCDE e União Europeia. Localização em relação aos principais centros urbanos, densidade demográfica e tamanho da população estão entre os critérios para classificação dos municípios em cinco tipos: urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto. De acordo com a nova classificação, 76% da população brasileira vive em áreas predominantemente urbanas (26% dos municípios). Do total de municípios (5.570), 60,4% foram classificados como predominantemente rurais, sendo 54,6% rurais adjacentes e 5,8% rurais remotos (IBGE, 2017).

O presente artigo, por meio da experiência e percepção de gestores, profissionais e usuários, tem como objetivo caracterizar a organização da APS e suas interfaces com os demais serviços da rede assistencial em um MRR da região amazônica, buscando identificar especificidades e estratégias empreendidas que possam sinalizar caminhos para o aperfeiçoamento das práticas e políticas de saúde em contexto de ruralidade.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso único, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado no MRR de Assis Brasil, pertencente ao estado do Acre, Brasil.

Foram realizadas 16 entrevistas semiestruturadas em visita *in loco* ao município de Assis Brasil em maio de 2019. Os roteiros elaborados para cada tipo de informante-chave, permitiram mapear a organização, oferta e disponibilidade de serviços de saúde no município,

como também captar as nuances do trabalho e assistência em saúde no contexto rural remoto. Três grupos de informantes participaram do estudo: gestores da saúde (municipais, regionais e estaduais), profissionais da ESF e usuários. O quadro 1 apresenta o perfil dos participantes. O coordenador municipal da APS indicou duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a realização das entrevistas com profissionais e usuários: uma localizada na sede do município e outra na zona rural. Os profissionais de cada UBS participante indicaram usuários com base em eventos traçadores (Kessner, 1973) definidos no estudo (Fausto et al., 2019) para construção das trajetórias de cuidado: câncer de colo do útero (CCU), pré-natal, parto e puerpério (PPP) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Cada entrevista teve duração de uma a duas horas e meia, foram gravadas e transcritas na íntegra.

Quadro 1: Caracterização dos participantes da pesquisa, Assis Brasil, AC, 2019.

Código	Idade	Local de atuação/realização entrevista	Formação	Função/ocupação
GE	32	Departamento de atenção primária políticas e programas estratégicos – Rio Branco, Acre.	Superior completo - Enfermagem	Gerente estadual da divisão de atenção primária – Acre.
GR	58	Secretaria Municipal de Saúde de Brasileia	Superior completo – Administração de empresas	Secretário Municipal de Saúde de Brasileia e Coordenador da CIR do Alto Acre,
GM	42	Secretaria Municipal de Saúde de Assis Brasil	Superior completo e técnico – Psicólogo e Técnico de Enfermagem	Secretário Municipal de Saúde de Assis Brasil
GSI	38	DSEI do Alto do Rio Purus – Unidade Assis Brasil	Superior completo - enfermagem	Coordenadora do Polo de Assis Brasil
MED1	47	UBS Antônio Alves Cavalcante	Superior completo – medicina e enfermagem.	Medico da EqSF
MED2	31	UBS Gildo Ferreira	Superior completo – Historia, Filosofia, Medicina	Medico da EqSF Rural
ENF1	38	UBS Antônio Alves Cavalcante	Superior completo - enfermagem	Enfermeiro da EqSF
ENF2	25	UBS Gildo Ferreira	Superior completo - enfermagem	Enfermeiro da EqSF Rural
ACS1	32	UBS Antônio Alves Cavalcante	Superior completo - biologia	ACS
ACS2	21	UBS Gildo Ferreira	Ensino medico completo	ACS Rural
CCU1	29	UBS Antônio Alves Cavalcante	Fundamental incompleto	Empregada doméstica
CCU2	24	UBS Gildo Ferreira	Nível técnico	Técnica de enfermagem

HAS1	64	UBS Antônio Alves Cavalcante	Analfabeto	Aposentado
HAS2	70	UBS Gildo Ferreira	Primeiro grau completo	Aposentado
PPP1	29	UBS Antônio Alves Cavalcante	Fundamental incompleto	Desempregada
PPP2	42	UBS Gildo Ferreira	Não informado	Desempregada

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da pesquisa.

Legenda: GE – Gestor Estadual; GR – Gestor Regional; CIR - Comissão Intergestores Regional; GM – Gestor Municipal; GSI – Gestor Saúde Indígena; DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena; MED – Medico; UBS - Unidade Básica de Saúde; EqSF – Equipe Saúde da Família; ENF – Enfermeiro; ACS - Agente Comunitário de Saúde; CCU – Câncer de Colo de Útero; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; PPP – Pré-natal Parto e Puerpério

A análise temática (Minayo, 2010) foi guiada por categorias inspiradas em estudos nacionais e internacionais sobre organização da APS (Almeida et al. 2018; Bousquat et al. 2019; Wakerman et al. 2008) e emergentes no campo: disponibilidade de serviços, território, trabalho comunitário, ações desenvolvidas pelas equipes, disponibilidade de insumos, colaboração interprofissional, intersetorialidade, força de trabalho em saúde, acessibilidade aos serviços de APS, serviços de saúde de referência para a APS.

O cenário de estudo foi constituído pelo MRR de Assis Brasil, localizado nos limites do território brasileiro, fazendo divisa com outros dois países, Peru e Bolívia, o que condicionava um padrão de grande circulação de pessoas. Era constituído também por populações ribeirinha e grande concentração de indígenas das etnias Jaminawá e Manchineri que vivem na Terra Indígena Mamoadate (IBGE, 2020). O município se dividia em zona urbana ou sede, onde se localiza comércio e serviços e a maior parte da população, e zona rural ou interior, com pequenos povoados, dispersos e distantes da sede (Fausto, 2020). A tabela 1 apresenta características do território e da população.

Tabela 1: Características do Território e População, Assis Brasil, AC, 2020.

Característica/indicador	Assis Brasil	Acre
Área Territorial (2019)	4.974,174 km ²	164.123,964 km ²
População Estimada (2020)	7.534 habitantes	894.470 pessoas
Densidade Demográfica (2010)	1,22 hab /km ²	4,47 hab/km ²
% Escolaridade 6 a 14 anos (2010)	85,1	98,8
IDHM (2010)	0,588	0,663
Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos (2017)	8,06	13,63
PIB per capita (2017)	13.132,06	15.331.000
Famílias Beneficiárias do Programa Bolsa Família (2020)	1.413	90.727

% Pessoas inscritas no CadÚnico sem abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo (2017)	58,98	34,12
--	-------	-------

Fonte: IBGE Cidades (2020); Atlas Brasil (2020); Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (2020).
Legenda: IDHM- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; PIB- Produto Interno Bruto.

A pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil” do qual este estudo é parte foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, identificado pela CAAE 92280918.3.0000.5240 e pelo parecer de aprovação nº 2.832.559.

RESULTADOS

Organização da APS

Em Assis Brasil havia estabelecimentos de saúde municipal e estadual (Quadro 2). O território foi dividido por ruas e número de famílias entre 3 UBS e 18 microáreas, nas quais atuavam as equipes de Saúde da Família. As microáreas eram distintas entre si. Algumas delas, na sede do município, dispunham de água encanada e coleta de lixo. Em outras, nas zonas rural e urbana, era possível perceber situações de extrema vulnerabilidade social e escassez de recursos, indicando um padrão heterogêneo de desenvolvimento e acesso a bens e serviços públicos ao interior do município. Recentemente, haviam sido identificadas por uma ACS áreas isoladas na zona rural que abrigavam famílias até então não cadastrados em nenhuma UBS.

Quadro 2: Estabelecimentos e equipes de Saúde da Família, Assis Brasil, AC, 2019

Tipo	Descrição	Equipe
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	Unidade Básica de Saúde Antônio Alves Cavalcante	1 Médico, 1 Enfermeiro 6 ACS, 6 Tec. Enf., 1 Dentista, 1 Aux. Saúde Bucal.
	Unidade Básica de Saúde Gildo Ferreira da Silva	1 Médico, 1 Enfermeiro, 6 ACS, 4 Tec. Enf., 3 ACE, 1 Dentista, 1 Aux. Saúde Bucal.
	Unidade Básica de Saúde Terezinha Batista dos Santos	1 Médico, 1 Enfermeiro, 6 ACS, 5 Tec. Enf., 1 Dentista, 1 Aux. Saúde Bucal.

Unidade Mista	Unidade Mista de Assis Brasil	6 Médicos, 12 Tec. Enf., 2 Enfermeiros, 2 Aux. Tec. Patologias clínicas, 1 Biomédico.
NASF - II	Núcleo Ampliado Saúde da Família e Atenção Primária	1 Nutricionista, 1 Assistente Social e 1 Psicólogo
Unidade de Atenção à saúde indígena	Polo base de Assis Brasil	1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Técnico de Saúde Indígena.
Unidade de apoio diagnóstico e terapia (SADT)	Laboratório de Análises Clínicas	1 Técnico de Enfermagem.
Unidade móvel de nível pré-hospitalar (de urgência)	Ambulância USB Assis Brasil	3 Condutores de ambulância e 3 Técnicos de Enfermagem.
Farmácia	CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico.	1 Farmacêutico.
Pólo da Academia da Saúde	Academia da Saúde Francisco Correia da Silva	2 Fisioterapeutas e 1 Educador Físico.
	Academia de Saúde Serapião Eloi Alves	

Fonte: CNES (2020), E-gestor AB (2020)

Legenda:

ACS- Agente Comunitário de Saúde; Aux – Auxiliar; Tec- Técnico; Enf- Enfermagem; ACE – Agente de Combate a Endemias;

Além das três UBS, duas aguardavam inauguração, uma na zona rural e uma próxima à área indígena, segundo o secretário municipal de saúde (SMS). Das duas Academias da Saúde, apenas 1 estava em funcionamento. A cidade dispunha de uma Unidade Mista Estadual que prestava pronto atendimento (e também funcionava como porta de entrada), realizava os exames laboratoriais básicos, partos de risco habitual e exame radiológico. Seis veículos eram disponibilizados para uso dos profissionais e transporte de usuários segundo gestores, embora médicos tenham relatado uso de veículos próprios para realização dos atendimentos na zona rural.

O município fazia parte da Região do Alto Acre junto com Brasiléia, Epitaciolândia e Xapuri e abrigava um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Relatos dos gestores regional e de saúde indígena revelaram que parte dos 1.870 indígenas atendidos pelo DSEI do território de Assis Brasil eram de outras cidades e de etnias peruanas que viviam no Brasil. Na região banhada pelo Rio Acre, existiam 8 aldeias indígenas com 350 habitantes, 90% da etnia Jaminauá. No Rio Iaco eram dezesseis aldeias com 1.100 habitantes, entre etnias Manchineri e Jaminauá, segundo o gestor do Pólo de Saúde Indígena.

As cidades estrangeiras fronteiriças ao município apresentavam maior desenvolvimento, atraindo brasileiros para atividades de lazer, alimentação e empregos. As atividades laborais exercidas por brasileiros do outro lado da fronteira, como prostituição e derrubada de árvores nativas da floresta amazônica, aumentavam a transmissão de doenças,

com alto índice de leishmaniose, dengue, chicungunha e Doenças Sexualmente Transmissíveis, segundo médicos, enfermeiros e gestor municipal de saúde, que se somavam às condições crônicas. A livre circulação na fronteira facilitava o tráfico de drogas na região.

Segundo médicos e gestor regional, estrangeiros circulavam entre os países, não imunizados contra enfermidades típicas da região, servindo como vetores para transmissão de doenças. Foi relatada identificação, por exemplo, de um árabe com febre maculosa, cuja contaminação havia ocorrido em um dos países de fronteira, no qual havia um surto, caso reportado às autoridades nacionais. A busca de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por parte de estrangeiros era uma característica dos municípios da região do Alto Acre como Plácido de Castro, Epitaciolândia e Brasiléia, que imprimia grandes desafios às equipes de Saúde da Família e gestores. Médicos brasileiros indicaram iniciativas próprias junto a autoridades de saúde do Peru e Bolívia para organizar ações articuladas de prevenção e tratamento, porém sem êxito.

Trabalho Comunitário

Equipes de Saúde da Família, principalmente ACS, cumpriam importante papel no que tangia ao trabalho comunitário: instruía sobre o consumo de água limpa e descarte adequado de lixo, distribuía cloro para uso doméstico, sensibilizavam sobre a importância da alimentação adequada e prática de atividade física, identificavam áreas descobertas no território e usuários que precisavam de acompanhamento mais intenso. Na percepção do SMS, o ACS era a principal ponte entre os serviços de saúde e a população.

Ações de saúde desenvolvidas

Nas UBS eram oferecidas consultas, exames, vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, hiperdia, encaminhamento para atendimento especializado e visitas domiciliares. Enfermeiros e usuários ratificaram o compartilhamento dos atendimentos diários entre enfermeiros e médicos, porém, cerca de 80% dos pacientes crônicos seriam atendidos pelo enfermeiro que encaminhava para o médico quando necessário. As equipes trabalhavam com programação semanal de atendimentos, atendiam à demanda espontânea e davam prioridade a usuários da zona rural. Foi relatado que um médico ao chegar ao município, tentou trabalhar com agendamento de consulta, mas não obteve êxito pois os usuários não se adequaram.

A gestão promovia ações itinerantes nas zonas rurais a fim de prestar atendimento médico, odontológico, psicológico, assistência social, vacinação e palestras, embora

profissionais das equipes de Saúde da Família tenham referido que tais iniciativas não eram frequentes. No verão, eram realizadas ações mensalmente, mas nenhuma no inverno pois alguns locais ficavam inacessíveis devido às condições climáticas. Segundo o gestor estadual, o município tem de seis a sete meses de chuvas intensas que impossibilitava o acesso a comunidades que viviam em ramais, além de seca nos demais meses do ano, o que impedia o tráfego nos rios. Essas circunstâncias levavam usuários a ficar longos períodos (até seis meses) desassistidos. Mesmo com a promoção das ações itinerantes, residentes em áreas mais remotas do município, enfrentavam dificuldades em acessá-las, percorrendo distâncias que levavam até 7 horas, à pé.

Disponibilidade e distribuição de medicamentos, realização e coleta de exames nas UBS

A gestão centralizou a distribuição dos medicamentos para controlar a dispensação e diminuir gastos. No entanto, tal organização dificultou o acesso dos usuários que precisavam andar até uma hora meia entre uma UBS e a farmácia. Médicos flexibilizavam regras de dispensação de medicamentos para os usuários da zona rural para estoque domiciliar e relataram insuficiência, que postergava ou impedia tratamentos prescritos. Um médico entrevistado relatou que a UBS ficava até 3 meses sem insumos, mesmo com doações esporádicas do Exército. A falta de medicação na farmácia do município era motivo de evasão de médicos e busca de crédito pelos usuários para aquisição.

O tratamento para leishmaniose, de alta incidência na região, com média de 10 casos semanais, era coordenado diretamente pela secretaria de saúde e a dispensação da medicação não acontecia sem o cartão do SUS. Alguns estrangeiros residentes em países vizinhos eram atendidos em Assis Brasil, possuíam cartão do SUS e através dele obtinham medicamentos. Médicos e enfermeiros cediam a estrangeiros não portadores do cartão do SUS medicamentos excedentes, mas o alto custo impossibilitava a continuidade do tratamento e gerava necessidade de mais consultas, o que aumentava a demanda pelos serviços e o tempo de espera por atendimentos. Um médico questionou a natureza universal do SUS diante da impossibilidade de dispensar medicação suficiente a quem necessitava, mesmo sendo estrangeiro. Pontuou que gostaria de ter recebido um curso com mais informações sobre questões referentes à saúde em região de fronteira.

A maioria dos exames realizados nas UBS de Assis Brasil e em outros municípios eram encaminhados para a capital e o alto fluxo atrasava a chegada dos resultados. Uma usuária que fazia acompanhamento de puerpério ainda não havia recebido os resultados de exames realizados no 3º mês de gestação.

Colaboração interprofissional e intersetorialidade

Em relação à colaboração interprofissional, as equipes de Saúde da Família se percebiam coesas e compartilhavam o cuidado dos usuários, segundo os profissionais entrevistados. Médicos e enfermeiros trabalhavam em parceria no acompanhamento de doentes crônicos. ACS e técnicos de enfermagem partilhavam o acompanhamento vacinal. Técnicos da Vigilância em Saúde atuavam em parceria com as equipes na detecção de surtos, acompanhamento de hanseníase e leishmaniose e elaboração de planos estratégicos para irradiação da malária. Equipes da FUNASA, Secretaria do Estado de Saúde e UBS compartilhavam a assistência à população indígena.

Para as ações intersetoriais, as equipes de Saúde da Família acionavam Secretaria de Assistência Social para prestar apoio financeiro no custeio de tratamentos ou transporte de usuários que residiam na zona rural. Gestor municipal e enfermeiro relataram o caso de uma usuária em extrema vulnerabilidade social, com transtornos psiquiátricos, cujos filhos estavam expostos a violência e privação de alimentos. Este caso requereu a atuação conjunta da Secretaria de Saúde, equipes do NASF e UBS, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar e Prefeitura em função da complexidade.

O Programa Saúde na Escola foi recentemente implantado e vinha focando seus esforços na prevenção de gravidez na adolescência, crescente no município.

As ações de saúde itinerantes contavam com apoio de ONGs, Secretaria de Cidadania, de Esportes, Ministério Público e entidades civis. Igrejas e escolas sediavam as atividades e usuários cediam suas residências para hospedar os profissionais de saúde. Exército e Bombeiros ofereciam medicamentos, transporte aéreo e terrestre e atuavam em campanhas contra dengue e de vacinação.

Estratégias para garantia da força de trabalho em saúde

Gestão municipal e estadual não mencionaram estratégias para garantia da força de trabalho nos MRR.

O Programa Mais Médicos (PMM) garantiu a presença constante de médicos, antes apenas encontrados na unidade mista, sendo que a UBS só dispunha de equipe de enfermagem. Com a saída dos médicos cubanos, houve troca de profissionais que não permaneceram no município e nesse período, as UBS chegaram a ficar 7 meses desassistidas. O supervisor do

PMM, segundo entrevistados, se mostrava presente e disponível para prestar apoio às equipes das UBS.

Para profissionais e usuários o município não oferecia boas condições de trabalho e desestimulava a fixação de profissionais na ESF. Uma nova UBS construída e equipada não pôde ser inaugurada porque não havia rede de esgoto no bairro e a instalação elétrica era clandestina. No local, atendimentos eram prestados em uma casa adaptada que não oferecia estrutura adequada.

As UBS eram desprovidas de computador e acesso à internet, presente apenas na secretaria de saúde, o que impedia o uso do Telessaúde e e-SUS. Um enfermeiro expressou vontade de instalar uma televisão na sala de espera da UBS para exibição de vídeos educativos, sem apoio da gestão. O telefone também não estava disponível em todo o território e dificultava a comunicação entre ACS e UBS. Caso este identificasse alguma emergência em campo e estivesse sem sinal de celular, precisava se locomover até a UBS, postergando o socorro.

A Secretaria de Saúde realizava concurso público a cada 2 anos para contratação de profissionais e oferecia contrato de trabalho pelo mesmo período sem possibilidade de extensão. A alta rotatividade de profissionais afetava a qualidade do serviço, causando ruptura do vínculo e da relação de confiança com os usuários, que passavam a procurar a UBS com menor frequência. Os profissionais que atuavam nas aldeias indígenas se sentiam em situação de insegurança uma vez que a continuidade da contratação estava condicionada à satisfação dos usuários. Segundo o gestor do Pólo Base de Saúde Indígena, caso os usuários não gostassem do profissional por qualquer razão, faziam uma carta para a administração, que o dispensava.

Acessibilidade aos serviços de APS

As características climáticas e demográficas de Assis Brasil foram consideradas como obstáculos para o acesso aos serviços de saúde. Com as chuvas, os ramais que não eram pavimentados, alagavam e ficavam intransitáveis, deixando os moradores isolados. Alguns precisavam ser carregados em redes por familiares e amigos a fim de receber cuidado em saúde, enquanto gestores e profissionais tentavam alcançá-los utilizando caminhonetes. Ribeirinhos que moravam há mais de 6 horas de distância da sede também ficavam isolados em época de seca. Transporte aéreo era utilizado para acessar e prestar socorro às comunidades isoladas.

Barreiras econômicas também impediam o acesso aos serviços de saúde. O município não dispunha de sistema de transporte público, havendo apenas transporte particular a altos valores. Aqueles que moravam em áreas distantes, demoravam meses juntando dinheiro para ir até as UBS e quando não conseguiam, caminhavam por até dois dias para chegar à sede do município. Quando eram necessários tratamentos e visitas frequentes à UBS, aqueles que moravam na zona rural e tinham condições financeiras, se mudavam para a área urbana a fim de facilitar o acesso aos cuidados em saúde.

Os profissionais enfrentavam ainda sobrecarga assistencial em função dos atendimentos prestados aos estrangeiros que buscavam tratamento médico e odontológico no SUS, pois em seus países esses serviços não eram prestados por estabelecimentos públicos.

Serviços de saúde de referência para a APS

O município mantinha estreita relação com a região de saúde e com a rede da capital para garantia de serviços especializados e hospitalares, segundo o gestor municipal. Em Assis Brasil, não havia atendimento especializado, apenas na capital Rio Branco ou na Regional de Brasília. Usuários aguardavam por meses, em longas filas de espera. Segundo a gestão estadual dois fatores eram determinantes: questões culturais, uma vez que a população procurava mais a atenção especializada do que a APS; e a alta demanda recebida na capital, proveniente de todos os municípios.

Para ter acesso à atenção especializada, a Secretaria de Saúde utilizava o Sistema Nacional de Regulação (SISREG). O município disponibilizava transporte, que saía da sede, para procedimentos agendados na capital. De acordo com o gestor estadual, o Ministério da Agricultura cedia vans para levar pacientes crônicos para tratamento em Rio Branco, duas vezes por semana. As viagens entre Assis Brasil e Rio Branco duravam aproximadamente seis horas.

Os usuários relataram que faziam acompanhamento médico na UBS mas, muitas vezes, realizavam exames e tratamento especializado em serviços privados em cidades de países vizinhos, em Brasília e em Rio Branco. Os principais motivos eram as longas filas de espera no SUS, custos do deslocamento e distância para a capital ou regional uma vez que nem sempre o transporte provido pela prefeitura era suficiente ou atendia à necessidade do usuário, além da demora na entrega dos resultados de exames. Uma usuária relatou que realizou preventivo em Assis Brasil e esperou 9 meses pelo resultado. Diagnosticada a lesão, foi aconselhada por profissionais da UBS, a procurar tratamento particular em cidade peruana, já utilizado por outras usuárias. Exames de imagem e serviços odontológicos não disponíveis no município

também eram procurados em serviços privados no Peru ou Bolívia. Profissionais das UBS encaminhavam para tratamento oftalmológico particular em Brasileia ou Rio Branco em função da alta demanda e poucos profissionais disponíveis na rede pública.

Médicos ressaltaram a falta de recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação em saúde que possibilitassem alguma integração com a atenção especializada, além da ausência de espaço para discussão e acompanhamento de casos. Algum tipo de contato interprofissional ocorria quando havia conhecimento pessoal prévio. A gestão estadual informou que na Secretaria Estadual também não havia integração entre os departamentos de saúde.

Emendas parlamentares representavam importante fonte de recursos para a saúde no estado. Parte dos recursos eram investidos em ampliação de serviços de atenção especializada, na construção e reforma das UBS e aquisição de unidades fluviais para atendimento à comunidade ribeirinha.

O quadro três apresenta os enunciados relevantes a partir das narrativas dos informantes-chave da pesquisa, segundo as categorias analíticas.

Quadro 3: Falas expressivas dos informantes-chave segundo categorias de análise, Assis Brasil, AC, 2019.

Categorias	Enunciados
Território	<p><i>Descobriram uma área que está descoberta na zona rural (...) de difícil (acesso). Acho que umas quatro horas de carro, quando dá para entrar, porque tem lugares que não tem o ramal, são varadores que se chama, o acesso é só a cavalo, moto ou a pé. (...) acho que umas 10,15 famílias (...). (ENF2)</i></p> <p><i>A gente atende essa comunidade (migrante), que não está prevista né (...). Só que aumenta ali uma demanda que você não tem que é até fora de área né (...)Vem se vacinar, vem tudo aqui no Brasil. Então aí a gente tem um gasto que não tá previsto porque eles não entram na nossa cobertura populacional então, por exemplo, um município que eu tenho de 17 mil habitantes, eu acabo atendendo 25 mil por que tem essa migração todos os dias. Ali em Assis Brasil então é direto. (GR)</i></p> <p><i>(...) temos casos de brasileiras que estão também se prostituindo do outro lado da fronteira, com isso, fizemos uma ação de testes rápidos e descobrimos uma grande quantidade de caso de sífilis. (GM)</i></p>
Trabalho comunitário	<p><i>Atividades que a gente faz é visita e trabalha com orientação. A orientação é pra prevenir as doenças, é coisa rotineira. Quando eu vou visitar eu peço às vezes para essa pessoa para mim ver o quintal né, aí a gente limpa né eu juntamente com morador dou uma força para tirar o lixo, os dejetos.... o que eu faço é orientar né, sobre alimentação saudável no caso verdura essas coisas, eu procuro sempre</i></p>

	<p><i>orientar as pessoas a evitar fritura né e ter o hábito mais do cozido, do caldo dessas coisas. E também buscar, perguntar se está fazendo acompanhamento direitinho, vacinação (...). (ACS1)</i></p> <p><i>(...) no inverno quando aumenta casos de dengue a gente vai no bairro conscientizando a população juntamente com agente de saúde só para não deixar latinha essas coisas, ensinando pra eles como é que eles fazem para não procriar mosquito dentro de casa. As ações de promoção e prevenção. (ENF1)</i></p>
<p>Ações desenvolvidas pelas equipes</p>	<p><i>Tem algumas ações e algumas doenças que eles tem o mesmo sintoma, a mesma característica e nós fazemos (prevenção e tratamento e) aqui no Brasil, e muitas vezes a Bolívia não faz nada. (GR)</i></p> <p><i>O serviço de vacina, imunização é espontâneo... o dia que vier manhã ou tarde vai ser atendido. Da mesma forma curativo, procedimentos injetáveis... Já aí eu vou falar a parte do médico de segunda a sexta consulta manhã e tarde. Agora enfermagem dia de segunda manhã à tarde eu faço pré-natal. Dia de terça-feira manhã e tarde eu faço crescimento e desenvolvimento. Dia de quarta faz preventivo manhã e tarde. Dia de quinta pelo dia manhã e tarde. Dia de sexta pré-natal pela manhã à tarde eu faço reuniões e a produção semanal e também de segunda a sexta quando o agente de saúde vem e fala da necessidade de enfermeiro e médico aí nós vamos fazer visita. (ENF1)</i></p>
<p>Disponibilidade e distribuição de medicamentos, realização e coleta de exames nas UBS</p>	<p><i>Então para um usuário da sua área chegar até a unidade Gildo Ribeiro para ser atendido leva meia hora, no máximo, andando (vindo da área urbana). Agora, se ele precisa de um medicamento ela leva de uma a uma hora e meia (andando) para chegar na unidade. (ACS2)</i></p> <p><i>O exército que fornece medicação de vez em quando. Se você for lá no posto, a gente não tem a medicação básica na cidade (...) é o primeiro município que não tem os cento e trinta e dois itens que tem que ter no posto de saúde. A gente fica de dois a três meses sem medicação (...) A medicação básica dificilmente tem aqui. Vem trinta dias certinho e três meses sem. (MED2)</i></p> <p><i>Esse remédio é danado pra faltar. Não peguei (neste mês). Não tinha medicamento. Aí eu tomei emprestado um cartão de credito enquanto eu tiro meu dinheiro para mim comprar. Mas se não chegar no posto vai ser o jeito eu comprar. (HAS1)</i></p> <p><i>(Fiz os exames) no posto Therezinha. Tem exame que nem recebi ainda. Faz o exame e vai pra outro lugar, por isso ainda não recebi (...), fiz com 3 meses, mas até agora não chegou. (PPP1)</i></p> <p><i>Em fevereiro eu vim, fiz o exame, aí a Joana (nome fictício) viu e não tinha nada, estava perfeito o colo do útero, né. Aí vão para a Secretaria, e lá eles mandam para fora para poder vir o resultado. Aí eu fiz no começo de fevereiro, passou; março, abril, maio, junho, julho e não chegava o resultado. Aí em novembro, eu resolvi repetir o exame porque eu ia à Secretaria e não tinha o resultado, não chegava, eu não sei o que aconteceu. Aí eu repeti em novembro, e ela falou lá com a enfermeira e aí ela viu que já estava começando a lesão, aí ela já me encaminhou para o ginecologista. (CCU2)</i></p>
<p>Colaboração interprofissional e intersetorialidade</p>	<p><i>Ela (ACS) passou para mim o caso eu fiz toda a articulação; conversei com o médico, já conversei com Assistente Social do NASF e com a Assistente Social do CRAS. O secretário ficou disponível para nos levar até lá na área (...) Então fizemos três relatórios; nosso da Saúde, relatório do CRAS e o relatório do Conselho Tutelar por conta das crianças e fizemos uma denúncia no Ministério Público (...) Quando a gente saiu dessa visita, a gente já foi pedindo o apoio do Prefeito para ceder uma casa (...) (ENF2)</i></p> <p><i>O secretário firmou mais uma parceria não só com exército, mas exército, bombeiro todo um corpo macro de atendimento para gente fortalecer a atenção, porque eles tem outro tipo de transporte, então favorece a para a gente fazer a questão de atendimento nessas áreas (de difícil acesso). A vigilância que tem muitas ONGs que trabalham numa área técnica específica de saúde mental (...) nas ações de saúde itinerante é onde vai o maior número de atores, não só de ongs mas aí entra todas as outras secretarias. Entra a secretaria de cidadania, de esportes, o Ministério Público... é intersetorial. (GE)</i></p> <p><i>O paciente com Hanseníase também a gente consegue compartilhar o tratamento que</i></p>

	<p><i>estão realizando, como é que tá avançando (...) o pessoal do Estado vem, a coordenação, (...) nós vamos sentar com os técnicos do município aí...os diálogos são assim. (ENF1)</i></p>
<p>Estratégias para garantia da força de trabalho em saúde</p>	<p><i>O Mais Médicos melhorou (a oferta de serviços) mesmo com a gente trabalhando com pouco (...) as pessoas sabem que tem um médico na unidade. Falam até 'doutor, aqui de três a quatro anos atrás a gente tinha que conseguir uma consulta na unidade mista era uma luta, porque a única médica que tinha não estava'. O posto de saúde só funcionava com a equipe de enfermagem. (MED2)</i></p> <p><i>Ficamos 4 meses sem médicos, conseguimos uma médica, mas acabou saindo, e ficamos mais 3 meses sem médicos, num total de 7 meses. (GM)</i></p> <p><i>Se os indígenas não gostarem do trabalho e fizerem um documento ou o conselheiro, o profissional não permanece. Você tem que trabalhar e eles têm que te aceitar. Essa é a maior dificuldade dos profissionais, você fica à mercê deles (...) todos os profissionais daqui temem isso, todos precisam do seu emprego. (GSI)</i></p>
<p>Acessibilidade aos serviços de APS</p>	<p><i>Mas em período de cheia, muitos pacientes que são ribeirinhos tem fácil acesso de barco; porque quando o rio tá seco fica mais difícil, mas o que a gente tem de dificuldade de acesso é no inverno amazônico por conta da chuva, da nossa população rural, que é ramal, não são pavimentados e aí fica tudo meio difícil (...). (ENF2)</i></p> <p><i>Quando chove, não tem condições de chegar nos ramais, os pacientes, às vezes, chegam carregados por redes, temos que ter caminhonetes de tração para poder chegar, e muitas vezes não conseguimos, pois, o veículo acaba atolando por ter muita lama (...) Há uns dois meses fui buscar uma paciente e o carro só conseguiu chegar até certo ponto, e a paciente teve que ser carregada durante duas horas para chegar até onde nós estávamos. (GM)</i></p> <p><i>Às vezes eles dizem que há muito tempo tão precisando mas demora mais pra juntar um dinheirinho para pagar o transporte. No verão mesmo custa uma passagem 150, 50, 80; 100 reais que o moto taxi cobra para ir lá e trazer eles. É uma barreira financeira (...). Tem área aí pra ir de carro cobram 500, 600 reais de passagem. E o lugar mais longe que é o Picuriã, 76 km. Um carro no inverno cobra 1.000 reais pra ir lá. É muito difícil o acesso. Muitos vêm a pé. Dois dias andando. (ENF1)</i></p> <p><i>Enfim, então Assis Brasil em si, não é só Assis Brasil, responde às cidades boliviana e peruana indiretamente. Pelo fato de o Brasil atender de forma gratuita é o mais buscado. (MED1)</i></p>

<p>Serviços de saúde de referência para a APS</p>	<p><i>Inclusive nessa parte aí (atenção especializada) que é do estado, teve um concurso que foi feito para várias especialidades para serem lotados em Brasiléia (regional), mas esses profissionais não chegaram. Existe a previsão, o negócio é chegar. (GR)</i></p> <p><i>Em relação à atenção especializada a gente ainda tem muita dificuldade (...)é porque a gente tem número baixo de profissionais. É muito escasso com relação à demanda especializada. A gente tem município aqui que não tem nenhum pediatra nem ginecologista. Aí tem que ser referenciado para outro município ou a capital para poder ser regulado, então é uma espera muito maior. (GE)</i></p> <p><i>Elas pegam o transporte aqui mesmo na sede, pois o transporte não vai na zona rural, a não ser que seja caso de emergência (...) Fazemos viagens na madrugada de segunda-feira para terça-feira, e na madrugada de quarta-feira para quinta-feira. Saímos 1h da manhã para chegar em Rio Branco as 7h, onde serão atendidos pelos especialistas (...) são 5 a 6 horas daqui para a capital. (GM)</i></p> <p><i>Tem especialista que pede para o acompanhamento aqui e lá mas tem vários que não tem um retorno não, é só lá com eles mesmo e não tem contrarreferência. (ENF1)</i></p> <p><i>É uma fragmentação que se tem dentro da própria secretaria, com relação a um departamento de atenção primária e a outro departamento de atenção especializada. Tem isso, ainda tem essa fragilidade sim, inclusive institucionalmente. (GE)</i></p> <p><i>Uma estratégia para melhoria seria fortalecer as regionais com profissionais, aparelhagens etc. O que falta é planejamento (...) pela falta de planejamento acontece a confusão. Não por culpa de Rio Branco, mas se eu tivesse uma regional fortalecida, não sobraria tudo para Rio Branco. (GM)</i></p>
---	---

Fonte: Elaboração própria com base nas entrevistas.

Legenda: GE= Gestor Estadual Acre; GR= Gestor Regional; GSI = Gestor do Pólo Base de Saúde Indígena; GM= Gestor Municipal; ENF = Enfermeiro; MED = Médico; ACS = Agente Comunitário de Saúde; PPP= Pré-natal, Parto e Puerpério; CCU= Câncer de Colo do Útero; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica.

DISCUSSÃO

O caso estudado, que pode ser tomado como representativo de municípios rurais remotos da região amazônica, apresenta um território atravessado por diversas características que adicionam à organização da APS desafios ainda mais complexos à gestão, ao processo de trabalho das equipes e ao acesso dos usuários aos serviços, entre os quais, o trânsito de estrangeiros e brasileiros pelas cidades de fronteira, atenção às populações indígenas, presença de áreas descobertas em um contexto de precárias condições de vida, grande extensão territorial e condições climáticas severas (Soares et al., 2015). Tais características, além da pressão assistencial por se tratar da única oferta assistencial no município, exigem das equipes aguçada competência cultural (Damasceno, Silva, 2018) e condições diferenciadas de trabalho para que o cuidado possa acontecer. Ainda assim, não foram identificadas políticas e ações para a organização da APS que atenda a tais especificidades territoriais, ficando as iniciativas a cargo do nível local.

A mobilidade transfronteiriça tem gerado grandes desafios aos gestores da saúde dos municípios de fronteira do Acre e do Brasil (Cazola et al., 2011). O atendimento a estrangeiros e brasileiros deve ser ponderado pelo SUS em uma perspectiva de regionalização diferenciada para estes municípios com quantitativo expressivo de população flutuante, que busca acesso à saúde onde encontra respostas mais efetivas as suas expectativas de cuidado (Lemões et al., 2019). Os resultados mostram que embora prevista na normativa, tal perspectiva de regionalização, não está, de fato, implementada. Neste contexto, profissionais da saúde enfrentam um dilema ético-profissional, precisam, ante a insuficiência de recursos para atender à demanda local, não negar atendimento ao estrangeiro e tampouco, deixar promover ações de combate a agravos recorrentes nos países vizinhos que geram visitas recorrentes às UBS (Costa et al., 2019).

Observa-se importante papel de políticas indutoras nacionais para a qualificação da ESF como os NASF, presentes e atuantes, e Academia da Saúde. Ressalta-se que em cenários de escassa disponibilidade de equipamentos de saúde, isolamento espacial e vulnerabilidade socioeconômica, tais dispositivos podem representar a única oferta de ações voltadas às práticas promocionais de saúde, bem como apoio matricial às equipes de Saúde da Família (Costa et al., 2020).

Diversas foram as estratégias para ofertar APS no município, ainda mais relevante pois se trata da única oferta assistencial do SUS. O compartilhamento das ações entre médicos e enfermeiros, mais que desejável (Farias et al., 2017), parecia ser uma necessidade imposta pelos períodos de vacância de médicos, que voltou a representar um grave problema para a sustentabilidade da APS com o desmantelamento do PMM (Giovannella et al., 2019). A enfermagem desenvolve protagonismo no cuidado aos usuários com condições crônicas, como observado em outros contextos de ruralidade (Rosa et al., 2020), o que deveria ser valorizado, incentivado e qualificado.

A organização das ações, principalmente, com base na demanda espontânea, é estratégica para atender à demanda da população das zonas rurais frente às imensas barreiras para o trânsito de pessoas, cujas possibilidades de deslocamento determinam o acesso aos serviços de saúde (Garnelo et al., 2018). Desta forma, ainda que as ações programáticas ainda exerçam influência na forma dos profissionais organizarem seus processos de trabalho na ESF (Brasil, 2017), em contexto de ruralidade pode amplificar as inúmeras barreiras de acesso.

As ações itinerantes são dispositivos para garantia de maior acesso aos cuidados nas zonas rurais de MRR e o envolvimento intersetorial, assim como a colaboração interprofissional, se impõem como estratégia de sobrevivência da APS nos territórios rurais, com otimização do uso dos recursos públicos de diversas áreas. Zonas rurais de MRR possuem populações isoladas e com extrema dificuldade de acesso, que não se resolve somente com a existência de UBS rurais e vinculam-se também a determinantes sociais da saúde e a condicionalidades como: más condições das estradas no meio rural, muitas sem pavimentação; escassez de transporte para a locomoção das equipes de saúde às localidades rurais; falta de transporte público; precário acesso aos meios de comunicação; e alta rotatividade de profissionais da saúde, em especial, o médico (Pessoa et al., 2018). De toda forma, a continuidade das iniciativas itinerantes dependia de investimentos em meios de transporte adequados para o deslocamento dos profissionais, essencial nestes cenários (Garnelo et al., 2018).

A despeito dos esforços identificados para a organização e manutenção da APS no território, a insuficiência de medicamentos básicos, em contexto de pobreza e grande dependência dos programas de transferência de renda, representa um duro golpe para a resolutividade do cuidado na APS (Almeida et al., 2019; Pereira e Pacheco, 2017). Além de aumentar a pressão assistencial sobre as equipes, amplia as desigualdades em saúde ao condicionar a aquisição de remédios à capacidade individual de pagamento (Pacheco e Pereira, 2017).

As dificuldades de trafegabilidade em parte são determinadas pelas condições climáticas de áreas de floresta tropical (Guimarães et al., 2020). Contudo, em geral, MRR são também áreas de menor dinamismo econômico e pior acesso ao conjunto de bens públicos como saneamento, energia elétrica, políticas habitacionais e condições das estradas (Arruda et al., 2018). Nesse sentido, apartado de uma concepção de desenvolvimento amplo e inclusivo para tais territórios, as iniciativas do setor saúde tornam-se parciais e incompletas, exigindo de profissionais, usuários e gestores locais a busca de soluções individuais e esparsas.

Em que pese as inúmeras iniciativas para utilização dos recursos locais em saúde, a integração e regionalização dos serviços na região, não diferente de outros cenários (Fausto et al., 2018), era insuficiente para atender à demanda por retaguarda terapêutica. Não obstante, parecia haver recursos especializados privados na região, indicado por profissionais na falta de perspectiva de consecução pelo SUS (Almeida, 2018), ou seja, mesmo se tratando de um MRR não havia completa ausência de serviços especializados, mas indisponibilidade dos mesmos via

oferta pública. Duas questões parecem ser prementes, certamente não apenas em contexto rural remoto, mas imprescindíveis nestes cenários: fortalecer as regiões de saúde para que cumpram a função de oferta de atenção ambulatorial especializada (Fausto et al., 2018; Almeida et al., 2019) e oferta irrestrita de Tecnologias de Informação e Comunicação em saúde como mediadores e qualificadores do cuidado, tanto para profissionais quanto usuários, a exemplo do que já acontece em MRR de muitos países (Harper et al., 2019).

Como limitação do estudo, menciona-se que a análise apresentada circunscreve-se a elementos do sistema formal de organização da APS, não considerando outros aspectos que se relacionam aos subsistemas informal e popular, também determinantes para uma compreensão mais ampliada do processo saúde doença nestes territórios. Foram destacados os elementos mais relevantes na experiência e percepção dos participantes da pesquisa que não encerram o conjunto de componentes organizacionais da APS, ainda que sinalizem seus principais êxitos e desafios a partir da experiência singular de Assis Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Argumenta-se que MRR e suas populações somam vulnerabilidades econômicas, sociais e de acesso aos serviços de saúde, parcialmente atendidas pelas políticas nacionais e que o ente municipal, sem o suficiente apoio e aporte de recursos estadual e federal mantém arranjos possíveis para a provisão de atenção básica, nem sempre afeitas aos princípios abrangentes que caracterizam a ESF. Nesse sentido, investimentos no setor saúde devem ser acompanhados por melhorias nas condições de vida. Os achados do estudo reafirmam a necessidade de adaptação das políticas públicas às realidades socio-sanitárias dos territórios e populações rurais com vistas a, no campo da saúde, garantir o direito à atenção integral, universal e igualitária no SUS.

REFERENCIAS

1. Zhao Y, Thomas SL, Guthridge SL, Wakerman J. Better health outcomes at lower costs: the benefits of primary care utilisation for chronic disease management in remote Indigenous communities in Australia's Northern Territory. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2014 [acesso em 2020 nov 10]; 14: 463. Disponível em: <http://www.biomedcentrl.com/1472-6963/14/463>
2. Wakerman J, Humphreys J, Russell D, et al. Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? *Hum Resour Health*. 2019; 17: 99.

3. World Health Organization. The Global health observatory [internet]. World Health Data Platform /GHO /Themes. Urban health. [acesso em 2020 nov 01]. Disponível em:<https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/urban-health>
4. Portela GZ, Fehn AC, Ungerer RLS, Dal Poz MR. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22(7): 2237-2246.
5. Wakerman J, Bourke L, Humphreys JS, Taylor J. Is remote health different to rural health? *Rural Remote Health* 2017; 17(2): 3832.
6. Strasser R. Learning in context: education for remote rural health care. *Rural Remote Health* 2016; 16: 4033.
7. Scheil-Adlung X. Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries. 2015; ESS Doc. 47, International Labour Organization [internet]. Geneva, Suíça: ILO; 2015 [acesso em 2020 nov 02] Disponível em: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=51297>
8. Le Tourneau FM. Sparsely populated regions as a specific geographical environment. *J Rural Stud.* 2020; 75: 70-79.
9. Strasser R, Worley P, Cristobal F, Marsh DC, Berry S, Strasser S, et al. Putting communities in the driver's seat: the realities of community engaged medical education. *Academic Medicine* 2015; 90: 1466-1470.
10. Behera MR, Prutipinyo C, Sirichotiratana N, Viwatwongkasem C. Interventions for improved retention of skilled health workers in rural and remote areas. *Annals of Tropical Medicine and Public Health* 2017; 10(1): 16-21.
11. Zhang X, Badee uz Z. Adoption mechanism of telemedicine in underdeveloped country. *Health Informatics Journal* 2020; 26(2): 1088-1103.
12. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy-delivering community-based primary care in a universal health system. *New Engl J Med.* 2015; 372(23): 2177-81.
13. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto IC, Palmeira PA, Comes Y, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ.* 2017; 95(2): 103-12.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: Uma primeira aproximação [Internet]. Brasília, DF: IBGE; 2017. [acesso em 2020 set 17]. Disponível: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>
15. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality – The case for tracers. *New Engl J Med.* 1973; 288(4): 189-94.
16. Fausto MCR, Oliveira AC, Bousquat A, Franco CM, Martins CL, Morais CG, et al. Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil: Projeto de Pesquisa. Rio de Janeiro, 2019.

17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo, SP: Hucitec-Abrasco, 2010.
18. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate 2018; 42(spe1): 244-260.
19. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MG, Martins CL, Almeida PF, et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. Cadernos de Saúde Pública 2019; 35(Suppl 2): e00099118.
20. Wakerman J, Humphreys JS, Wells R, et al. Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. BMC Health Serv. 2008; 8: 276.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indígenas: Gráficos e tabelas. Tabela Municípios com as maiores proporções de população indígena do País, por situação do domicílio, Acre [Internet]. Brasília, DF: IBGE; 2020. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html>
22. Fausto MCR, Cabral LMS, Braz HMR, Zuma RG. Assis Brasil, AC: Relatório final de pesquisa. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2020.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional 2020 [internet]. Brasília, DF: IBGE; 2020. [acesso em 2020 nov 02]. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/POP2020_20201030.pdf
24. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Consulta: Assis Brasil, AC [internet] 2013. [acesso em 2020 dez 20]. Disponível: <https://atlasbrasil.org.br/consulta/planilha>
25. Brasil. Ministério da Cidadania, Secretaria de Avaliação e gestão da Informação. Relatórios de Informações Sociais: RI Bolsa família e Cadastro Único, ACRE [internet]. Brasília, DF; Ministério da Cidadania: 2020. [acesso em 2020 dez 20]. <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/geral/relatorio.php#Estimativas>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consultas Estabelecimento, [internet]. Brasília, DF; Ministério da Saúde: 2020. [acesso em 2020 dez 20]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Plataforma E-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica. Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados Atenção Primária à Saúde [internet]. Brasília, DF; Ministério da Saúde: 2020. [acesso em 2020 nov 16]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>
28. Soares RAS, Moraes RM, Vianna RPT, Pessoa VM, Carneiro FF. Determinantes socioambientais e saúde: o Brasil rural versus o Brasil urbano. Tempus 2015; 9: 221-35
29. Damasceno RF, Silva PLN. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2018 [acesso em 2021 jan 29]; 90. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/435>

30. Cazola LHO, Pícoli RP, Tamaki EM, Pontes ERJC, Ajalla ME. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(3): 185–90.
31. Lemões MMA, Lange C, Castro P, Somavila D, et al. Programa mais médicos na fronteira: gestão em saúde em cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai. *Rev Urug Enferm*. 2019; 14(1): 38-48.
32. Costa EMS, Costa EA, Cunha RV. Desafios da prevenção e controle da dengue na fronteira Brasil/Bolívia: representações sociais de gestores e profissionais da saúde. *Physis* 2019; 8(04): e280415.
33. Costa LA, Carneiro FF, Almeida MM, Machado MFAS, Dias AP, Menezes FWP, et al. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. *Saúde em Debate* 2019; 43(spe8): 36-49.
34. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GEG. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde* 2017; 16(1): 141-162.
35. Giovanella, L, Bousquat A, Almeida PF, Melo EA, Medina MG, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?. *Cadernos de Saúde Pública* 2019; 35(10): e00178619.
36. Rosa BM, Silva BT, Sousa JIS, Roque TS, Garcia EQM, Silva MQ. Profile of the elderly resident of the rural area and the use of medicines. *RSD* 2020; 9(10): e589108292.
37. 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.
38. 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). *Diário Oficial da União* 2017; 21 set.
39. 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(spe1): 302-314.
40. Almeida LC, Souto MK, Nogueira GAMH, Melo AVD, Lima MSA, Vieira MA, Melo CS. Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 27 de março de 2019 [acesso em 2021 jan 29]; 14(41): 1900. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1900>
41. Pereira, LL, Pacheco L.O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. *Interface* 2017; 21(Suppl 1): 1181-1192.
42. Guimarães AF, Barbosa VLM, Silva MP, Portugal JKA, Reis MHS, Gama ASM. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2020; 11: e202000178.

- 43 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. *Cadernos de Saúde Pública* 2018; 34(6): e00213816.
44. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para integração em redes de atenção. In: *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. RJ: Ed. Fiocruz, 2018. p. 51-72.
45. Almeida PF de. Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata: reconhecer os desafios para seguir adiante. *Cadernos de Saúde Pública* 2018; 34(8): e00136118.
46. Almeida PF, Giovanella L, Martins FMT, Lima LD de. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019; 24(12): 4527-4540.
47. Harper K, McLeod M, Brown SK, Wilson G, Turchan M, Gittings EM, Riebau D, Baker M, Zimmerman E, Charles D. Teleneurology service provided via tablet technology: 3-year outcomes and physician satisfaction. *Rural Remote Health* 2019; 19: 4743.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostram que os subsistemas informal, popular e formal operam de maneira concomitante, não sobreposta e não excludente, como sugere Kleinman (KLEINMAN, 1980), mas também, por vezes, de forma substitutiva aos cuidados formais, frente a barreiras de acesso.

A importância das práticas tradicionais de cuidado à saúde consolidadas culturalmente e integradas aos cuidados cotidianos dessa população se mostrou presente nos relatos. Os componentes ambientais e culturais são partes integrantes do cenário e devem ser considerados ao se pensar as estratégias para organização e desenvolvimento das práticas que constituem o sistema formal de saúde.

A atuação de profissionais de cura como pajés e benzedeiras é elemento integrante da cultura e costumes locais e se fazia presente tanto na perspectiva de complementaridade ou substitutiva ao cuidado formal quanto em perspectiva espiritual e religiosa. Diante disso, o estabelecimento de um diálogo entre esses agentes e profissionais de saúde pode incorrer em maior cooperação e melhor uso dos recursos da natureza, abundantes na região amazônica, que devem ser valorizados e sobretudo preservados. O atributo da competência cultural se mostrou essencial neste território na medida em que, além das populações tradicionais, havia fluxo intenso de estrangeiros, também acolhidos no SUS. Uma vez que, em geral, a formação em saúde não incorpora tal dimensão, estratégias de educação permanente e apoio institucional precisam estar sensíveis a esta necessidade.

O essencial papel exercido pela família e comunidade na busca por assistência à saúde, confirma sua relevância e, muitas vezes, assunção de papéis que deveriam ser desempenhados pelas políticas públicas de proteção social. Especialmente nas zonas rurais, usuários dependem integralmente desses agentes e de sua capacidade de articulação no território para o acesso aos serviços de saúde.

Também devem ser ressaltados os esforços de gestores e profissionais de saúde para manutenção e sustentabilidade da APS em territórios rurais amazônicos, marcados por um conjunto de vulnerabilidades socioeconômicas e espaciais e nos quais, as políticas nacionais de saúde atendem de forma parcial e incompleta. Nesse sentido, é premente a manutenção de políticas para fixação de profissionais de saúde, com formação e competências para o desenvolvimento das ações abrangentes no âmbito da APS, cuja maior resolutividade em

territórios remotos nos quais não há outras opções assistenciais, é essencial para garantia da saúde da população. Não menos importante é o estabelecimento de políticas públicas para a melhoria da trafegabilidade e financiamento de transporte sanitário que materialize o acesso aos serviços de saúde, dentro e fora dos limites municipais.

Em contexto de grande dispersão territorial e distâncias a serem percorridas quando da necessidade de retaguarda terapêutica, o fortalecimento das regiões de saúde e dos espaços de governança regional é mais que essencial. A concentração de recursos especializados de menor complexidade na capital implicava em gastos próprios e municipais com transporte (recurso escasso), longos deslocamentos com interrupção das atividades cotidianas dos usuários, busca por serviços privados em localidades mais próximas e também ao acesso em tempo inoportuno ou não acesso. Se havia recursos especializados privados em municípios da região, por que faltavam no SUS? A informatização das UBS, dos prontuários e ampla utilização do telessaúde como alternativa assistencial também não pode ser mais protelada, visto a atua fase de desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação em saúde. Por mais quanto tempo deveríamos esperar?

Como contribuições deste estudo, destaca-se o relevo dado à utilização do referencial de Kleinman para análise dos sistemas de saúde, que permite explorar as experiências de cuidado em uma perspectiva mais ampla e complementar às análises empreendidas a partir dos referenciais da saúde pública. Embora trate-se da análise de um caso único espera-se que ao achados possam informar e fornecer subsídios ao enfrentamento de problemas facejados por outros MRR, aqui identificados com base na experiência e percepção de gestores, profissionais e usuários do SUS.

Esperamos que este trabalho incida luz aos desafios de uma realidade tão distante dos grandes centros urbanos e, por vezes, dos formuladores de política e mesmo dos processos de pesquisa. Ressaltamos que a investigação sobre as condições de vida e saúde em municípios rurais remotos do Brasil devem ter continuidade e possam colaborar para o aprimoramento das políticas e ações de saúde que concretizem o direito à saúde, universal, equânime e integral.

REFERÊNCIAS

- ACRE, Governo do estado do Acre. Programa Estadual de Zoneamento Ecológico-Econômico. *Zoneamento Ecológico-Econômico: aspectos socioeconômicos e ocupação territorial*. Rio Branco: SECTMA, 2000. v.1, 2 e 3.
- ACRE, Notícias. Saúde realiza pesquisa sobre leishmaniose em Assis Brasil: Investigação. *Notícias do acre*, Acre. 2018. Disponível em: <https://agencia.ac.gov.br/saúde-realiza-pesquisa-sobre-leishmaniose-em-assis-brasil/> Acesso em 30 Mar 2020.
- ADAMS, C.; MURRIETA, R.; NEVES, W. (org). *Sociedades caboclas amazônicas; modernidade e invisibilidade*. São Paulo: Annablume, 2006.
- AKROYD, D.; MULLKEY, W.; UTLEY-SMITH, Q. The impact of work rewards on radiographers' organizational commitment. *Radiology Management*; v. 17, p. 51-56, 1995.
- ALBUQUERQUE, M.R.; CUNHA, M.S. Uma análise da pobreza sob o enfoque multidimensional no Paraná. *Revista de Economia*, UFPR, Curitiba, v. 38, n. 3 (ano 36), p. 45-64, set/dez, 2012.
- ALBUQUERQUE, V.N.; OLIVEIRA, Q.M.; RAFAEL, R.M.R.; TEIXEIRA, R.F.C. Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. *Rev. pesquisa: cuid. Fundam*, v. 3, n. 2, p. 1935-46, 2011.
- ALMEIDA, F.M.; BARATA, R.B.; MONTERO, C.V.; SILVA, Z.P. Prevalência de doenças crônicas autoreferidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 743-56, 2002.
- ALONSO, I.L.K. *Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar*. Florianópolis. 2003. 257p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- AMADIGI, F.R.; GONÇALVES, E.R.; FERTONANI, H.P.; BERTONCINI, J.H.; SANTOS, S.M.A. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 139-146, Jan/Mar, 2009.
- ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter. *J. Health Soc. Behav.*, v. 36, p. 1-10, 2005.
- ANDERSEN, R.M.; NEWMAN, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem. Fund. Q.*, v. 51, p. 95-124, 1973.
- ANDRADE, M.V. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Econ. Apl.*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 623-645, Dec. 2013.
- ARCURY, T.A.; GESLER, W.M.; PREISSER, J.S.; 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 Ser. Res.*, v. 40, n. 1, p. 135 - 56, 2005.
- ARRUDA, N.M.; MAIA, A.G.; ALVES, L.C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 6, 2018.

- ASSIS BRASIL, PREFEITURA MUNICIPAL. *História do Município*, Assis Brasil, Acre. Disponível em <https://www.assisbrasil.ac.gov.br/>. Acesso em 16 Mar 2020.
- ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 815- 823, 2003.
- ASSIS BRASIL, Prefeitura Municipal de. *Historia da cidade*. Disponível em <http://www.assisbrasil.ac.gov.br>. Acesso em 20 Nov 2019.
- ATKINSON, S. Anthropology in research on the quality of health services. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 283-99, 1993.
- AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE: *Rural, regional and remote health – Indicators of health*. In Cat. No. PHE 59 Canberra: AIHW; 2005.
- BARATA, R.B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection. 120 p.
- BARBIANE, R.; JUNGES, J.R.; NORA, C.R.D.; ASQUIDAMINI F. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, limites e desafio. *Saúde Sociedade*, v. 23, n. 3, p. 855-68, 2014.
- BARCELOS, M.R.B. et al . Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, n. 67, 2017.
- BARROS, F.C.; BHUTTA, Z.A.; BATRA, M.; HANSEN T.N.; VICTORA, C.G.; RUBENS, C.E. Global report on preterm and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. *BMC Pregnancy Childbirth*, v. 10. 2010. Suppl 1:S3.
- BARTLEY, M. *Health inequality: Theories, concepts and Methods* Cambridge: Polity Press; 2004.
- BASHSHUR, R.L.; REARDON, T.G.; SHANNON, G.W. Telemedicina: um novo sistema de prestação de cuidados de saúde. *Annu Rev Public Health.*, v. 21, p. 613-637, 2000.
- BATTYE, K.M.; MCTAGGART, K. Development of a model for sustainable delivery of outreach allied health services to remote north-west Queensland, Australia. *Rural Remote Health* v. 3, n. 194, 2003.
- BAUMAN, A. Benefícios para a saúde da atividade física para adultos mais velhos - abordagens epidemiológicas da evidência. In: ME Morris, AMM Schoo (Eds). *Otimizando o exercício e a atividade física em pessoas idosas*. Edimburgo: Butterworth Heinemann, 2004.
- BECKER, B.K. *Amazônia, Geopolítica na virada do III Milênio*, São Paulo: Garamond. 2006.
- BELCHER, S.; KEALEY, J.; JONES, J.; HUMPHREYS, J. The VURHC Rural Allied Health Professionals Recruitment and Retention Study. Melbourne: VURHC, 2005.
- BERGER, P., LUCKMANN, T. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- BOEHS, A.E. *Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional*. Florianópolis, 2001. 268p. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em ciências da saúde, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001: PEN/UFSC.

BOERMA, W. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman DC, Rico A, Boerma W, eds. *Primary care in the driver's seat?* Berkshire: University Press. p. 3-21, 2007.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BODSTEIN, R. Assistência médica na agenda pública. In: Bodstein, R (org.) *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995, p.15-39.

BOUSQUAT A.; GIOVANELLA L.; FAUSTO MCR, et al. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras: os 5R. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 8, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em 20 Nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA)* Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/siscam.php>. Acesso em 29 Mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS (DATASUS) *Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade*: banco de dados. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em 30 Mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Políticas de promoção da equidade em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Acesso em 02 Jan 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta*. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em 11 Nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5). Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em 01 Dez 2019.

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica*, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 28 Out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654 DE 19 de julho de 2011 *Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB*, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em 30 Out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 18, de 7 janeiro 2019. *Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2019. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2019/prt0018_10_01_2019.html. Acesso em 3 Nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. p.116. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em 12 Nov 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde, Plataforma e Gestor AB. *Informação e Gestão da Atenção Básica*. Brasília, 2019b. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml> acesso em 16 Fev 2020.

BRASIL. Lei no 11.634, de 27 de Dezembro de 2007. *Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial União. 28 dez 2007; Seção 1:2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS Tabnet, *Taxa de Cobertura de Planos de Saúde, período dez.2019*. Brasília. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_tx.def. Acesso em: 31 Mar 2020.

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil. *Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Brasília, DF: PNUD Brasil; 2015

BROOM, J.P.; WILLIAMS, J. Occupational stress and neurological rehabilitation physiotherapists. *Physiotherapy*, v. 82, p. 606-614, 1996.

CAFFERY, L.J.; TAYLOR, M.; GOLE, G.; SMITH, A.C. Models of care in tele-ophthalmology: A scoping review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, v. 25, n. 2, p.106–122, 2019.

CAFFERY, L.J.; TAYLOR, M.; NORTH, J.B.; SMITH, A.C. Tele-orthopaedics: A snapshot of services in Australia. *Journal of Telemedicine and Telecare*, v. 23, n. 10, p. 835-841, 2017.

CALNAN, M. Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Soc. Sci. Med.*, v. 27, n. 9, p. 927-33, 1988.

CAMPELLO, T. et al. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. *Debate em saúde*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 54-66, novembro de 2018. suplemento 3.

CASADO, L.; VIANNA, L.M.; THULER, L.C.S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Cancerol.*, v. 55, n. 4, p. 379-88, 2009.

CASTRO, M.C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, v. 19, p. 31243-7, 2019. supl. 0140-6736.

- CARDONA, O.D. *La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo: una crítica y una revisión necesaria para la gestión*. Bogotá: CEDERI; 2001.
- CARDOSO, F.H.; MÜLLER, G. *Amazônia: expansão do capitalismo*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 168.
- CARROLI, G.; ROONEY, C.; VILLAR, J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.*, v. 15, 2001. Suppl 1:1-42
- CECÍLIO, L.C.O.; REIS, A.A.C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 8, 2017.
- CHAN, L.; HART, L.G.; GOODMAN, D.C. Geographic access to health care for rural Medicare beneficiaries. *J. Rural Health*, v. 22, p. 140-6, 2006.
- CHAU, P.Y.K.; HU, P.J. Investigating healthcare professionals' decision to accept telemedicine technology: An empirical test of competing theories. *Inform Manage.*, v. 39, p. 297-311, 2002.
- CONILL, E.M. et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. In: *Ciência Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, 2008.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL, Estudo de projeção: Concentração de Médicos no Brasil em 2020. CFM, CREMESP; 2020.
- COIMBRA, Jr. C.E.A. Saúde rural no Brasil: tema antigo mais que atual. *Rev. Saúde Pública*, v. 52, 2018. Suppl 1:2s.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS, *Atenção Primária e Promoção da Saúde*, coleção: Para entender a Gestão do SUS, livro 3, 2011.
- COORY, M.D. Envelhecimento e custos de saúde na Austrália: um caso de evidências baseadas em políticas, *Medical Journal of Australia*; v. 180, p. 581-583, 2004.
- COSGRAVE, C.; MALATZKY, C.; GILLESPIE, J. Social Determinants of Rural Health Workforce Retention: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v. 16, p. 314, 2019.
- CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: Princípios. In: Campos FE, Oliveira Jr M, Tonon LM. (org.). *Cadernos de saúde I. Planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte (MG): Coopmed; 1998. p. 11-26.
- CRESWELL, J.W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* / John W. Creswell; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007.
- DALMASO, A.S.W. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? *Saúde Debate*, v. 44, p. 35-8, 1994.
- DEATON, A. *The great escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality*. Princeton: Princeton University Press; 2015.
- DENHAM, L.A.; SHADDOCK, A.J. Recruitment and retention of rural allied health professionals in developmental disability services in New South Wales. *Australian Journal of Rural Health*; v. 12, p. 28-29, 2004.

- DIMENSTEIN, M.; LEITE, J.; MACEDO, J. P.; DANTAS, C. Condições de vida e saúde mental em contextos rurais. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, SP, v. 16, n. 1, p. 151-158, 2018.
- DOLEA, C.; STORMONT, L.; BRAICHET, J.M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ.*, v. 88, n. 5, p. 379-85, 2010.
- DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.
- DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press; 2003.
- DUNCAN, M.S.; TARGA, L.V. Médicos para a atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, v. 9, n. 32, p. 233-4, 2014.
- EISENBERG, L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 1, p. 09-23, 1977.
- FAVA, S.M.C.L. *Os significados da experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial e o contexto do sistema de cuidado a saúde: um estudo etnográfico*. Ribeirão Preto, 2012, 271p. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012.
- FLEURY S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.
- FAUSTO, M.C.R. et al. *Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil: Projeto de Pesquisa*. Rio de Janeiro, 2019.
- FAUSTO, M.C.R. et al. *Assis Brasil, AC: Relatório Final*, Rio de Janeiro, 2019b.
- FAUSTO, M.C.R.; FONSECA, M.H.S. (org.). *Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes editora, 2013.
- FAUSTO, M.C.R. et al. *Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil: Relatório Final*, Rio de Janeiro, 2020.
- FERREIRA, S.C. (org.). *Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
- FERTONANI, H.P. *O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores de saúde do PSF de uma unidade de saúde*. Florianópolis. 2003. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- FONSECA, A.S.; YANAMAKA, N.M.A.; BARISON, T.H.A.S.; LUZ, S.F.L. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. *Mundo Saúde*, v. 29. p. 161-9, 2005.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. *Amazônia Legal: Propostas para uma exploração agrícola sustentável: Relatório Completo*. Rio de Janeiro, 2016.
- GAGNON, M.P.; LAMOTHE, L.; FORTIN, J.P.; CLOUTIER, A.; GODIN, G.; GAGNE, C.; REINHARZ, D. Telehealth adoption in hospitals: an organisational perspective. *J Health Organ Manag.*, v. 19, n. 1, p. 32-56, 2005.

- GAGNON, M.P.; GODIN, G.; GAGNE, C.; FORTIN, J.P.; LAMOTHE, L.; REINHARZ, D.; CLOUTIER, A. An adaptation of the theory of interpersonal behaviour to the study of telemedicine adoption by physicians. *Int J Med Inform.*, v. 71, n. 2-3, p. 103-115, 2003.
- GALVÃO, J.R. et al. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 12, 2019.
- GAMA, A.S.M. et al. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, e00002817, 2018.
- GARNELO, L.; LANGDON, E.J. A Antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: Minayo MCS, Coimbra C. (org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2005. p. 136-56.
- GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate* v. 42, spe1, p. 81-99, 2018.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.
- GEERTZ C. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 1997.
- GIL, A. C. *Método e técnicas de pesquisa social*. 6ª. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2008.
- GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, Maio 2006 .
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, 2008. p. 575-625.
- GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.V.C.; CARVALHO, A.I.; CONILL, E.M.; CUNHA, E.M. Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. *Saúde Debate*, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.
- GODOY, A.S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. In Revista de Administração de Empresas, v. 35 n.2 Mar/Abril 1995^a, p.57-63. *Pesquisa qualitativa- tipos fundamentais*, In Revista de Administração de Empresas, v. 35 n.3 Mai/Jun 1995, p. 20-29.
- GOLDBAUM, M.; GIANINI, R.J.; NOVAES, H.M.D.; CESAR, C.L.G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, p. 90-9, 2005.
- GOMES, M.A.; PEREIRA, M.L.D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.
- GULLIFORD, M. Access to primary care and public health. *The Lancet*, v. 2, 2017.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. *Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde: Doenças e agravos não transmissíveis. Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC*. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>. Acesso em: 10 Abril. 2020.

- HANSEN, J.; GROENEWEGEN, P.P.; BOERMA, W.G.; KRINGOS, D.S. Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. *Health affairs*, v. 34, n. 9, p. 1531-1537, Sep 2015.
- HART, J. T. The Inverse Care Law. *The Lancet*, v. 297, n. 7696, p. 405–412, 1971.
- HARTLEY, D. Rural health disparities, population health, and rural culture. *Am. J. Public Health*, v. 94, p. 1675-8, 2008.
- HAILEY, D.; OHINMAA, A.; ROINE, R. Qualidade do estudo e evidência de benefício em avaliações recentes de telemedicina. *J Telemed Telecare*, v. 10, n. 6, p. 318-324, 2004.
- HEGNEY, D.; MCCARTHY, A.; ROGERS-CLARK C.; GORMAN, D. Why nurses are attracted to rural and remote practice. *Australian Journal of Rural Health*, v. 10, p. 178-186, 2002.
- HELMAN, C.G. *Cultura, saúde e doença*. 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED; 2003.
- HOFFMANN, R.; KAGEYAMA, A. *Pobreza, insegurança alimentar e pluriatividade no Brasil*. In: Congresso Da Sociedade Brasileira De Economia, Administração E Sociologia Rural, 45, 2007, Londrina. Anais. Londrina, 2007.
- HOUAISS, A.; VILLAR M. *Minidicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- HUDON, C.; CHOUINARD, M.C.; DIADIOU, F.; LAMBERT, M.; BOULIANE, D. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. *Ann. Fam. Med.*, v. 13, n. 6, p. 523-528, 2015.
- HULKA, B.S. Wheat JR. Patterns of utilization — the patient perspective. *Med. Care*, v. 23, p. 438-60, 1985.
- HUGHES, R. An omnibus survey of the Australian rural health dietetic workforce. *Australian Journal of Nutrition & Dietetics*, v. 55, p. 163-169, 1998.
- IGLEHART, J.K. The Challenging Quest to Improve Rural Health Care. *N engl j med.*, v. 378, n. 5, 2018.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde: Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=9162&t=sobre>. Acesso em 28 Mar 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro, IBGE, 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: Uma primeira aproximação*, Rio de Janeiro, IBGE, 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, *Panorama Assis Brasil*. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/assis-brasil/panorama>. Acesso em 16 Fev 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, *Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2019*. Rio de Janeiro, IBGE, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (Brasil). *Atlas de mortalidade por câncer*. Rio de Janeiro: INCA; 2008. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/> Acesso em 05 Dez 2019.

INCA. *Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero*. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF Acesso em 02 Fev 2020.

INCA. *Controle do Câncer do Colo do Útero: conceito e magnitude*. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude>. Acesso em 11 Abril 2020.

ITURRI, J.A. Acesso e integralidade da atenção. *Tempus*, v. 8, n. 1, p. 85-90, 2014.

JENNETT, P.A.; AFFLECK, H.L.; HAULEY, D.; OHINMAA, A.; ANDERSON, C.; THOMAS, R.; YOUNG, B.; LORENZETTI, D.; SCOTT, R.E. O impacto socioeconômico da telessaúde: uma revisão sistemática. *J Telemed Telecare*, v. 9, n. 6, p. 311-320, 2003.

KAGEYMA, A. *Desenvolvimento rural: conceitos e aplicações ao caso brasileiro*. Porto Alegre: Editora UFRGS: Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, 2008.

KAGEYAMA, A.; HOFFMANN, R. Pobreza no Brasil: uma perspectiva multidimensional. *Economia e Sociedade*, v. 15, p. 79-112, 2004.

KAGEYAMA, A. *Desenvolvimento Rural: conceitos e aplicações ao caso brasileiro*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

KASSOUF, A.L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, v. 43 p. 29-44, 2005.

KAIZEN. Framework for better health care in Israel: a suitable initiative. *Strat Direction*, v. 12, p. 11-3, 2003.

KESSNER, E.; KALK, C.Y.; SINGER, J. Assessing health quality. The case for tracers. *The New England Journal of Medicine*, v. 2888, n. 1, p. 1888-1894, 1992.

KESSNER, D. M. et al. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, DC, 1992. p. 555-563. (OPS. Publicación Científica, 534).

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, v. 12, n. 2B, p. 85-93, 1970.

KLEINMAN, A.M. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med.*, v. 12, n. 2B, p. 85-93, 1973a.

KLEINMAN, A.M. Some issues for a comparative study of medical healing. *Int J Soc Psychiatry* v. 19, n. 3, p. 159-165, 1973b.

KLEINMAN, A.M. The failure of western medicine. *Hum Nat* v. 1, n. 11, p. 63-70, 1978.

KLEINMAN, A.M & SUNG LH. Why do indigenous practitioners successfully heal? *Soc Sci Med* v. 13B, p. 7-26, 1978.

KLEINMAN A. *Patients and healers in the context of culture an exploration of the borderland between, anthropology, medicine and psychiatric*. Berkeley: University of California Press; 1980.

KLEINMAN A. *Rethinking psychiatry from cultural category to personal experience*. New York: The Free Press; p. 237, 1988.

KLEINMAN, A.; GOOD, B. *Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press, 1985.

KLEINMAN, A.; BENSON, P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PloS Medicine*, v. 3, n. 10, p. 1673-1676, Oct. 2006.

KNIGHT, A.W.; PADGETT, J.; GEORGE, B.; DATOO, M.R. Reduced waiting times for GP: two examples of “advanced access” in Australia. *Med. J. Aust.*, v. 183, n. 2, p. 101-103, 2005.

KNUDSEN, H.K.; JOHNSON, J.A.; ROMAN, P.M. Retaining counseling staff at substance abuse treatment centers: effects of management practices. *Journal of Substance Abuse Treatment*, v. 24, p. 129-135, 2003.

KOPACH, R.; De LAURENTIS, P.C.; LAWLEY, M.; MUTHURAMAN, K.; OZSEN, L.; RARDIN, R.; WANH, I.P.; QU, X.; WILLIS, D. Effects of clinical characteristics on successful open access scheduling. *Health Care Manag. Sci.*, v. 10, n. 2, p. 111-124, 2007.

KOWARICK, L. *Viver em risco: sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil*; São Paulo: Ed. 34, p. 320, 2009.

KRINGOS, D.S., et al., Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff*, Millwood, v. 32, n. 4, p. 686-94, 2013.

KRINGOS, D.S.; BOERMA, W.G.; BOURGUEIL, Y.; CARTIER, T.; HASVOLD, T.; HUTCHINSON, A.; LEMBER, M.; OLESZCZYK, M.; PAVLIK, D.R.; SVAB, I.; TEDESCHI, P.; WILSON, A.; WINDAK, A.; DEDEU, T.; WILM, S. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice*, v. 11, p. 81, 2010a.

KRINGOS, D.S.; BOERMA, W.G.; HUTCHINSON, A.; VAN DER ZEE, J.; GROENEWEGEN, P.P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, v. 10, p. 65, 2010b.

KROEZEN, M.; DUSSAULT, G.; CRAVEIRO, I.; DIELEMAN, M.; JANSEN, C.; BUCHAN, J.; BARRIBALL, L.; RAFFERTY, A.M.; BREMNER, J.; SERMEUS, W. Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy*, v. 119, p. 1517–1528, 2015.

LAFORTUNE, C.; GUSTAFSON, J. Interventions to improve recruitment and retention of physicians in rural and remote Canada. *UWOMJ*, v. 88, n. 1, 2019.

LAMOTHE, L.; FORTIN, J.P.; LABBE, F.; GAGNON, M.P.; MESSIKH, D. Impactos do telehomecare em pacientes, provedores e organizações. *Telemed JE Health*, v. 12, n. 3, p. 363-369, 2006.

LANGDON, E.J. *A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-ético*. Florianópolis, 1994. 107f. Tese (Doutorado) - Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

LANGDON, E.J.M. *A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica*. Florianópolis: UFSC; 1995.

- LANGDON, E.J.M.; GARNELO, L. A Antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA. (org.) *Críticas atuantes*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.133-156.
- LANGDON, E.J.; WIIK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, mai-jun 2010.
- LANGER, S. *Filosofia em nova chave*. São Paulo: Perspectiva; 1976.
- LA VECCHIA, C.; LEVI, F.; LUCCHINI, F.; LAGIOU, P.; TRICHOPOULOS, D.; NEGRI, E. Development of a aspect tracer to image the distribution of replicating. *Cancer*, v. 83, p. 2223-7, 1998.
- LEAL, R.B.; TOMITA N.E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 155-160, 2006.
- LEININGER, M. *Transcultural Nursing*. New York: John Wilhey and Sons, 1978.
- LEININGER, M. *Uma relevante teoria de enfermagem: cuidado transcultural - diversidade e universalidade*. In: Anais do 1º Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, 1985. Florianópolis: UFSC; 1985. p. 232-254.
- LIMA, N.T. et al. *Saúde e Democracia: História e Perspectivas Do SUS*. SciELO – Editora FIOCRUZ, 2005.
- LIMA, D.; POZZOBON, J. *Amazônia socioambiental. Sustentabilidade ecológica e diversidade social*. Estudos Avançados USP (São Paulo), v. 19, n. 54, p. 4576, 2005.
- LIMA, D.M. A construção histórica do termo caboclo. Sobre estruturas e representações sociais no meio rural Amazônico. *Novos Cadernos do Naea*, v. 2, n. 2, p. 5-32, 1999.
- LOUIS, A.A.; TURNER, T.; GRETTON, M.; BAKSH, A.; CLELAND, J.G. A systematic review of telemonitoring for the management of heart failure. *Eur J Heart Fail.*, v. 5, n. 5, p. 583-590, 2003
- MALTA, D.C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde.*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006.
- MATTA, M.V.G.; MATTA, G.C. *Atenção Primária a Saúde em Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2009. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>
- MATTOSINHO, M.M.S. *O itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares*. Florianópolis, 2004. 121 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- MATTOSINHO, M.M.S.; SILVA, D.M.G.V. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. *Rev. Latino-am. Enferm.*, v. 15, n. 6, p. 1113-9, 2007.
- MARMOT, M. *The health Gap: The challenges of an unequal world*. London: Blomsbury; 2015.
- MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. *A Pesquisa Qualitativa em Psicologia Fundamentos e Recursos Básicos – 2. ed.* – São Paulo: Moraes, 1994.

- MENDONZA S.R.; BÉRIA, J.U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 819-832, 2001.
- MILLS, A.; MILLSTEES, J. Retention: an unresolved workforce issue affecting rural occupational therapy services. *Australian Occupational Therapy Journal*, v. 49, p. 170-181, 2002.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. (12ª edição). São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.
- MINISTRY OF HEALTH. *Interim report on the future provision of medical and allied services*. London, 1920. Disponível em: <http://www.sohealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 12 out 2019.
- MUNIZ, R.M.; ZAGO, M.M.F. A perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico. *Ciência Cuidado & Saúde*, Maringá, p. 23-30, 2009. Suplemento 8.
- NODA, H. *Agricultura Familiar na Amazônia, Segurança Alimentar e Agroecologia: Artigo para Leitura*. Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA), 2006.
- NUGENT, S. Utopias e Distopias na Paisagem Social Amazônica. In ADAMS, Cristina; MURRIETA, Rui; NEVES, Walter (org). *Sociedades cablocas amazônicas; modernidade e invisibilidade*. São Paulo: Annablume, 2006. Pace
- OLIVEIRA, M.S.S. *Políticas de Integração na Fronteira Trinacional: Brasil, Peru e Bolívia*. Belem do Pará, 2012. Tese (Doutorado) –Programa de Pos-Graduação em Desenvolvimento sustentável no polo úmido. – Núcleo de Altos estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém do Pará, 2012.
- OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 63-74, fevereiro de 2002.
- OPAS/OMS. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em 12 Out 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde*. 2003.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate*. Brasília: OPAS; 2011.
- PATRÃO, A.L.; RAPOSO, J.V. A diversidade de itinerários terapêuticos da população da Ilha de Moçambique – O popular, o folk e o profissional. *Revista Africa*, São Paulo. v. 31-32, p. 11-33, 2011/2012.
- PEREIRA, L.L.; PACHECO, L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, p. 1181-1192, 2017. Suppl 1.
- PESSOA, V.M.; ALMEIDA, M.M.; CARNEIRO, F.F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 302-314, 2018.
- PESSOA, V.M.; RIGOTTO, R.M.; CARNEIRO, F. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8. p. 2253-2262, 2013.

PINHEIRO, T.B. *Amazônia Legal: Nova forma de produzir, Economia*. Banco Santander, 2018, Disponível em: https://cms.santander.com.br/sites/WPS/documentos/arq-estudos-macro-download-03-09-18/18-09-03_204721_180903-amazonia-legal.pdf. Acesso em 01 Abril 2020.

PINTO, C.V.S.; ROCHA, B.N.; PIRANI, N.C. *Indicadores sociais e desenvolvimento rural: um estudo sobre o índice de desenvolvimento humano municipal rural no Brasil*; Repositório Do conhecimento do IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).2018. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8472/1/BRU_n18_Indicadores.pdf. Acesso em 31 Mar 2020.

PITILIN, E.B.; LENTSCK, M.H. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 5, p. 726-732, 2015.

PNUD – PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FJP – FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013: o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal brasileiro*. Brasília: Pnud; Ipea; FJP, 2013. Disponível em <http://atlasbrasil.org.br/2013/>. Acesso em 30 Mar 2020.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. *Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*. 2ª ed. Universidade Feevale – Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, 2013.

QUEIROZ M.S.; CANESQUI, A.M. Contribuições da antropologia à medicina: Uma revisão de estudos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. v. 20, n. 2, p. 141-51, 1986.

RAMOS, M.C. O Desenvolvimento Econômico na Amazônia Legal: Seus Impactos Sociais, Ambientais e Climáticos e as Perspectivas para a Região. *Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGDir/UFRGS*, Porto Alegre, v. 9, n. 1, ago. 2014.

REGIÕES E REDES: Caminho da universalização da Saúde no Brasil. *Banco de indicadores regionais e tipologias* - Disponível em: <http://www.resbr.net.br/indicadores/view/> acesso em 30 Mar 2020.

RIBEIRO, E.M. *Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF): Desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do programa*. Florianópolis, 2005, 285f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2005.

RICHARD, L.; FURLER, J.; DENSLEY, K.; HAGGERTY, J.; RUSSEL, G.; LEVESQUE, J-F. et al. Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the impact international online survey of innovations. *Int. J. Equity Health*, v. 15, p. 1-20, 2016.

SALTMAN, R.; RICO, A.; BOERMA, W. *Primary care in the driver's seat?* New York: Open University Press; 2006.

SAMICO, I. et al. (Org.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 31, n. 3, p. 260 - 268, 2012.

SANTOS, M. *A natureza do espaço: espaço e tempo: razão e emoção*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1996.

- SAWYER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 7, p. 757 - 776, 2002.
- SECLLEN, J. *Principais dilemas na Atenção Primária em Saúde (APS) No contexto internacional*. Apresentação de slides. OPAS - PWR BRASIL. Maio, 2003.
- SEGAL, L.; ROBERTSON, I. *Estrutura de planejamento de serviços de saúde aliados para doenças crônicas*. Melbourne: Monash University, 2003.
- SILVA, H. A saúde humana e a Amazônia no século XXI: reflexões sobre os objetivos do milênio. *Novos Cadernos NAEA*, v. 9, n. 1, p. 77-94, jun.2006.
- SILVA, C.R. et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, 2017.
- SILVA, K. L. et al. Home care as change of the technical-assistance model. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.
- SILVA, D.M.G.V. *Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais*. Florianópolis, 2000, 188f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: PEN/UFSC; 2000. 188p.
- SILVA D.M G V.; MEIRELLES, B.H.S.; SOUZA, S.S. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. *Texto & Contexto Enferm.*, v.13, n.1, p. 50-6, 2004.
- SINGER, M. The coming of age of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine*, v. 28, n. 11, p. 1193-1203, 1989.
- SCHAFER, W.L. et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam. Pract.*, v. 12, p. 115, 2011.
- SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53 - 66, Fev. 2005.
- SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; AZEVEDO S.G.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011.
- SCHOO, A.; STAGNITTI, K.; MERCER, C.; DUNBAR, J. A conceptual model for recruitment and retention: Allied health workforce enhancement in Western Victoria, Australia. *Rural Remote Health*, v. 5, n. 477, 2005.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- STRANDBERG-LARSEN, M.; KRASNIK, A. Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. *Int. J. Integr. Care*, v. 9, p. 01, 2009.
- STRASSER, R. Rural health around the world: challenges and solutions. *BMC Family Practice*; v. 20, p. 457-463, 2003.
- SOARES, R.A.S.; MORAES, R.M.; VIANNA, R.P.T.; PESSOA, V.M.; CANEIRO, F.F. Determinantes socioambientais e saúde: o Brasil rural versus o Brasil urbano. *Tempus*; v. 9, p. 221-35, 2015.

- SOUZA, S.; PAPPEN, M.; KRUG S.B.F.; RENNER, J.D.P.; REUTER, P.; POHL, H.H. Uma revisão narrativa associando a vulnerabilidade à saúde e os fatores ambientais de trabalhadores rurais. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 4, s. 16, p. 503-8, 2018.
- TARGA, L.V. Saúde Rural e a Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, G.; CERATTI, JML. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
- THULER, L.C.S.; MENDONÇA, G.A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 27, n. 11, p. 656-60, 2005.
- THULER, L.C.S. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 30, n. 5, p. 216-8, 2008.
- THULER, L. C. S.; BERGMANN, A.; CASADO, L. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 58, n. 3, p. 351-357, 28 set. 2012.
- TOMASI, E. et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 15, n. 2, p. 171-180, Jun 2015 .
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 190-8, 2004.
- TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.
- TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 10, p. 2490-502, 2007.
- TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVAL, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 975-986, Dec. 2006 .
- UCHOA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.
- UNITED NATIONS. *Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. Washington, DC; 2012.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Factors influencing retention and attrition of Alaska community health aides/practitioners: A qualitative study*. Washington: US Department of Health and Human Services, February 2004.
- VAZ FILHO, F.A. *Pajés, benzedores, puxadores e parteiras: os imprescindíveis sacerdotes do povo da Amazônia*. Santarém, UFOPA, 2016. 140p
- VEITCH, C.; GRANT, M. Community involvement in medical practitioner recruitment and retention: Reflections on experience. *Rural Remote Health* v. 4, p. 261, 2004.
- VIACAVAL, F.; BELLIDO, J.G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 351-370, 2016.

- VIACAVA, F.; PORTO, S.M.; CARVALHO, C.C. et al. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). *Ciência Saúde Coletiva* 2018 jan.
- VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; FILHA, T.M.M.; COSTA, J.V. et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 1 p. 85-100, 2014.
- VIEIRA, E.W.R. *Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha*. Jequitinhonha. 2010, Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- VIERO, C.M. et al. Sociedade de risco: o uso dos agrotóxicos e implicações na saúde do trabalhador rural. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 99-105, Mar. 2016.
- XAVIER, R.B.; BONAN, C.; SILVA, K.S.; NAKANO, A.R. Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação. *Interface*, Botucatu, v.19, p. 1109-20, 2005.
- WAKERMAN, J.; HUMPREYS, J.; RUSSELL, D. et al. Rotatividade e retenção da força de trabalho em saúde remota: quais são as políticas e as prioridades da prática?. *Hum Resour Health*, v. 17, art. 99, 2019.
- WATANABE, M.; JENNETT, P.; WATSON, M. O efeito da tecnologia da informação na força de trabalho do médico e na assistência à saúde em comunidades isoladas: o panorama canadense. *J Telemed Telecare*, v. 5, Suppl 2: S11-9, 1999.
- WIKIPEDIA, A ENCICLOPEDIA LIVRE. *Assis Brasil*. Disponível em https://pt.wikipedia.org/wiki/Assis_Brasil#Topon%C3%ADmia. Acesso em 29 Mar 2020.
- WILLIAMS, T.; MAIO, C.; MAIR, F.; MORT, M.; GASK, L. Setting priorities for the evaluation of health interventions: when theory does not meet practice. *Health Policy*, v. 64, n. 1, p. 39-54, 2003.
- WORLD BANK. *Monitoring global poverty: report of the commission on global poverty*. Washington DC: World Bank; 2017.
- WORLD BANK. *Poverty and shared prosperity 2016: taking on inequality*. Washington DC: World Bank; 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Declaration of Alma-Ata*. 1978. Disponível em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf . Acesso em 12 em Out de 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *United Nations high-level meeting on noncommunicable disease prevention and control: NCD summit to shape the international agenda*. Geneva; 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF; UNFPA; WORLD BANK; UNITED NATIONS POPULATION DIVISION. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: WHO; 2015. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/> Acesso em 31 Dez 2019.
- WORLEY, P.S. Good health to rural communities? *Rural Remote Health* v. 4, n. 292, 2004.

