

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

AMANDIA BRAGA LIMA SOUSA

**Atenção Primária à Saúde
diante das necessidades e singularidades amazônicas**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Aylene Bousquat

São Paulo

2021

Atenção Primária à Saúde diante das necessidades e singularidades amazônicas

Amandia Braga Lima Sousa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Aylene Bousquat

Versão Revisada

São Paulo

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Sousa, Amandia Braga Lima

Atenção Primária à Saúde diante das necessidades e singularidades amazônicas / Amandia Braga Lima Sousa; orientadora Aylene Bousquat. -- São Paulo, 2022.

163 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2022.

1. Saúde Pública. 2. Saúde Rural. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Amazônia. I. Bousquat, Aylene, orient. II. Título.

“Para todos que se permitem experienciar as diferenças e crescer um pouco mais no encontro com o outro.”

Agradecimentos

Essa tese é, antes de mais nada, produto de uma decisão e reflete uma trajetória que começou lá atrás, quando optei por deixar a atuação como Psicóloga na Prefeitura Manaus para iniciar uma carreira como Pesquisadora em Saúde Pública.

Nessa caminhada até aqui, aprendi muito. Hoje, olho para tudo e meu sentimento é o de que dei a volta ao mundo! E a bagagem que carreguei nessa viagem não se resume ao que aqui está escrito; vai muito além. Tive que aprender a ficar longe das minhas filhas pequenas. Conteí com a generosidade de pessoas que até então eram desconhecidas para mim. Conheci professores, verdadeiros mestres, que davam vontade de ficar ouvindo para sempre. Embarquei no desafio de morar do outro lado do planeta. Enfrentei (e venci!) meu eterno medo de falar inglês. Precisei aprender a trabalhar sozinha. Deixei de lado os livros de literatura para me dedicar à literatura da área. Passei dias em uma comunidade sem energia e sem comunicação. Tive que escrever uma tese durante uma pandemia terrível, em meio a muitas perdas e a momentos em que parecia que não haveria luz no fim do túnel.... Enfim, foi uma longa jornada!

Essa "volta ao mundo" exigiu esforço, e só consegui chegar até aqui porque tive pessoas ao meu redor que me apoiaram e acreditaram em mim. Essa é a oportunidade de agradecer a essas pessoas.

Em primeiro lugar agradeço à minha orientadora Aylene, por quem nutro admiração e carinho e que, com toda a sua competência e conhecimento, conduziu esse processo com generosidade e respeito, acreditando em mim e me incentivando a cada passo. Ações e palavras certas, nos momentos certos. Obrigada por toda a segurança e confiança depositada em mim, ter você como minha orientadora foi um presente!

Agradeço aos professores da USP com os quais pude cursar disciplinas, vocês foram exemplo para mim de como é bom fazer aquilo que se gosta e de servir à sociedade com nossos conhecimentos. Também agradeço à banca que se dispôs a ler meu trabalho e que teve paciência de esperar que esse momento se concretizasse.

Tive também a felicidade de ter a compreensão dos meus pares pesquisadores do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD – FIOCRUZ AMAZÔNIA), que na realização de projetos em conjunto me incentivaram e facilitaram minha ida ao campo, e que, mesmo sobrecarregados em seus trabalhos e com carência de pessoal, respeitaram a importância desse momento e consideraram sua relevância para meu crescimento e da instituição.

Não poderia deixar de agradecer à Secretaria Municipal de Saúde de Manaus pela abertura, e aos gestores e profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa e facilitaram tudo para que ela pudesse ser feita da melhor forma possível. Em especial, agradeço à Sra. Yolanda, que me recebeu tão gentilmente em sua casa para que eu pudesse fazer o campo da pesquisa e conviveu comigo ao longo de dias, e pela qual passei a sentir uma grande amizade. E ao Sr. Gentil, que com muita presteza e paciência conduziu o barco que me permitiu conhecer um pouco das sutilezas e diferenças existentes em Cuieiras.

Agradeço ainda, aos pesquisadores australianos da Swinburne University of Technology em Melbourne, em especial à Jane Farmer, e da James Cook University em Townsville, que me permitiram ir mais longe do que imaginei e que me oportunizaram trocas e conhecimentos que ampliaram não só meus conhecimentos na pesquisa, mas minha visão de mundo e sobre mim mesma.

Nesse caminho, também me sinto agraciada pela participação nos grupos de pesquisa Regiões e Redes e Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos, que me permitiram ampliar os conhecimentos e discutir temas que foram fundamentais para a construção dessa tese.

Ressalto também a felicidade de nascer em uma família que incentivou minha curiosidade e que passava horas reunida em discussões profundas sobre o funcionamento até das coisas mais simples do cotidiano. Não à toa, somos três filhos e, agora, três filhos doutores! Mãe, pai, João, Renata, obrigada por tudo.

Aos meus sogros Francisca e Eugênio, obrigada por todo o apoio e pelo cuidado com suas netas nesse período e sempre.

E tudo isso só foi possível porque tenho ao meu lado o Rommel, com quem dividido as alegrias e os desafios do dia a dia, mas também os sonhos lá na frente. Todo esse percurso foi planejado e realizado em sua companhia. Obrigada por acreditar em mim, chegamos longe! Como ele diz, somos uma boa dupla!

Às minhas filhotas Ilana e Dinah: obrigada pelos seus sorrisos e pela alegria que vocês espalham. É por vocês e para vocês que tento ser exemplo de dedicação ao que nos propomos a fazer, e de que sempre podemos tornar o mundo um pouquinho melhor.

Por fim, agradeço o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pela bolsa de estudo que permitiu a realização desta pesquisa.

O Fim que Se Aproxima

Os que vivem no Cosmo há milênios
são perseguidos por mãos de ganância,
olhos ávidos: minério, fogo, serragem, fim.

Quem são vocês,
incendiários desde sempre,
ferozes construtores de ruínas?

Os que queimam, impunes, a morada ancestral,
projetam no céu mapas sombrios:
manchas da floresta calcinada,
cicatrices de rios que não renascem.
atrás da humanidade amazônica?

Que triste pátria delida,
mais armada que amada:
traidora de riquezas e verdades.

Quando tudo for deserto,
o mundo ouvirá rugidos de fantasmas.
E todos vão escutar, numa agonia seca, o eco.

Não existirão mundos, novos ou velhos,
nem passado ou futuro.

No solo de cinzas:

o tempo-espaço vazio.

Milton Hatoum

SOUSA, A. B. L. **Atenção Primária à Saúde diante das necessidades e singularidades amazônicas.** Tese. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), São Paulo, 2022.

Resumo

Introdução: A forma como a APS deve se organizar e atuar diante de singularidades existentes nos territórios rurais ou remotos tem levantado discussões. A literatura internacional vem se dedicando a analisar os fatores que influenciam a cobertura, qualidade e capacidade de resposta dos serviços de APS nas localidades que apresentam reduzido número de pessoas, dispersas em grandes distâncias e que apresentam dificuldades de acesso aos centros urbanos. A Amazônia, em que pese sua heterogeneidade geográfica e populacional, é um dos cenários onde estas condições são evidenciadas em uma parte significativa do seu território; entretanto, ainda prevalecem lacunas nas políticas e pesquisas na área da saúde dedicadas a esse tema. **Objetivo:** Analisar como os serviços de APS se organizam e se estruturam diante das necessidades e singularidades amazônicas. **Métodos:** Revisão de Escopo que incluiu estudos que focaram na APS na Amazônia, realizados entre 2000 e 2019; um Estudo de Caso na localidade Cuieiras situada na área rural de Manaus, com dados obtidos a partir de um Inquérito Domiciliar, Observação Participante e Entrevistas Semiestruturadas com gestores e profissionais. **Resultados:** A Revisão de Escopo incluiu 25 estudos. Destes, 11 apresentaram resultados promissores quanto ao funcionamento da APS na região amazônica, outros 14 apresentaram desafios e dificuldades nesse sentido. Algumas estratégias de APS implementadas na Amazônia mostraram impactos positivos na região, principalmente quando envolveram ações que, por meio de inovações, buscaram se adequar às singularidades locais. O mal preparo dos profissionais para atuar em áreas rurais e a abordagem restrita, com ênfase nos aspectos biomédicos foram as questões que estiveram mais relacionadas aos desafios e dificuldades, implicando em impactos negativos. Os achados do Estudo de Caso revelaram a relevância da inclusão de modelos de unidades adaptadas para região amazônica na PNAB, os quais significaram apoio institucional e recursos para a atuação em áreas rurais e remotas. Em contrapartida, a análise demonstrou limites para o desenvolvimento de ações sustentáveis e qualificadas na localidade estudada, os quais se relacionaram com a invisibilidade das singularidades presentes no contexto rural para o país, em especial o rural amazônico, implicando em problemas na forma como gestores e profissionais significam o lugar e no predomínio de uma atuação focada em um padrão urbano que considera os aspectos físicos próprios do contexto amazônico como obstáculos para a atuação dos serviços de saúde. A análise revelou ainda que atuação dos serviços de APS tem como pano de fundo relações de poder desequilibradas. Tais relações, existentes desde as estruturas mais amplas, invisibilizam e excluem as singularidades amazônicas. Esse desequilíbrio influencia as relações entre profissionais de saúde e as pessoas atendidas no local, o que pode ser identificado na limitada aproximação dos profissionais com o lugar e na adoção de práticas hegemônicas pelos profissionais de saúde, situações que tendem a reforçar as fragilidades e constranger a participação das pessoas na construção dos serviços. **Conclusões:** O conhecimento sobre o que tem sido ofertado em termos de serviços de APS para Amazônia revelou possibilidades inovadoras de atuação de serviços de saúde para áreas fora das localidades urbanas. No entanto, também evidenciou desafios, entre eles o desconhecimento sobre o que seria ideal para os serviços de APS nessa região, o número reduzido de estudos sobre esse tema e desequilíbrios nas relações de poder que impactam a prestação de serviços na Amazônia rural. Os achados destacaram que além do desafio de alcançar as pessoas diante das especificidades do território amazônico, os serviços de saúde são responsáveis por contribuir para a transformação das condições de vida e romper com fatores geradores de vulnerabilidades. Nesse sentido, há a necessidade de pesquisas que foquem em formas de construção de serviços de saúde em cooperação com pessoas assistidas que resultem no empoderamento das pessoas e na construção de serviços de saúde mais sustentáveis e adaptados nas regiões amazônicas.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; serviços rurais de saúde; equidade; região amazônica.

Abstract

Introduction: How PHC should organise itself and act given singularities in rural or remote territories have raised discussions. The international literature has analysed the factors that influence the coverage, quality, and responsiveness of PHC services in locations with few people dispersed over large distances and difficulties in accessing urban centres. Despite its geographic and population heterogeneity, the Amazon is one of the scenarios where these conditions are evident in a significant part of its territory. However, gaps in health policies and research dedicated to this topic still prevail. **Goal:** To analyse how PHC services are organised and structured in light of Amazonian needs and singularities. **Methods:** Scope Review that included studies focused on PHC in the Amazon, carried out between 2000 and 2019; a Case Study in Cuieiras, located in the rural area of Manaus, using data obtained from a Household Survey, Participant Observation and Semi-structured Interviews with managers and professionals. **Results:** The Scope Review included 25 studies. Of these, 11 presented promising results regarding the functioning of PHC in the Amazon region, another 14 presented challenges and difficulties in this regard. Some PHC strategies implemented in the Amazon showed positive impacts in the region, especially when they involved actions that, through innovations, sought to adapt to local singularities. The poor preparation of professionals to work in rural areas and the restricted approach, with an emphasis on biomedical aspects, were the issues that were most related to challenges and difficulties, resulting in negative impacts; findings of the Case Study revealed the relevance of including models of units adapted to the Amazon region in the PNAB, which meant institutional support and resources for working in rural and remote areas. On the other hand, the analysis showed limits for the development of sustainable and qualified actions in the studied location, which were related to the invisibility of the existing singularities in the rural context of the country, especially the rural Amazon, resulting in problems in the way managers and professionals perceive the place, as well as in the predominance of actions focused on an urban pattern that considers the physical aspects of the Amazon context as obstacles to the delivery of health services. The analysis also revealed that the delivery of PHC services has unbalanced power relations as a backdrop. Such relationships, which exist from the broader structures, make the Amazon singularities invisible and excluded. This imbalance influences the relationships between health professionals and local patients, which can be identified in the limited approximation of professionals to the place and the adoption of hegemonic practices by health professionals, situations that tend to reinforce weaknesses and constrain the participation of people in the decisions regarding the services. **Conclusions:** The knowledge about what has been offered concerning PHC services for the Amazon region revealed innovative possibilities for delivering services at this level of care in areas outside urban areas. However, it also showed challenges, among them the lack of knowledge about what would be ideal for PHC services in this region, the reduced number of studies on this topic and imbalances in power relations that impact the provision of services in rural Amazon. The findings emphasized that beyond the challenge of reaching people in the face of the specificities of the Amazon territory, health services are responsible for contributing to the transformation of living conditions and breaking with factors that generate vulnerabilities. In this sense, there is a need for research that focuses on ways of building health services in cooperation with people assisted results in the empowerment of people and the construction of more sustainable and adapted health services in the Amazonian regions.

Keywords: Primary Health Care; rural health services; equity; Amazon region.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Agente Indígena de Saúde
APA	Área de Proteção Ambiental
APS	Atenção Primária em Saúde
DISAR	Distrito de Saúde Rural
ESF	Estratégia da Saúde da Família
eSFF	Equipes de Saúde da Família Fluviais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMAZON	Instituto do Homem e Meio Ambiente da Amazônia
INCRA	Instituto Nacional da Colonização e Reforma Agrária
Nasf -AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Tipologia municipal rural-urbano, 2017.....	28
Figura 2	Municípios adjacentes e remotos segundo a média nacional, 2017.....	29
Figura 3	Comunidades na margem do Rio Negro no município de Manaus, 2019.	46
Figura 4	Distribuição populacional entre as principais comunidades das áreas de abrangência do Rio Negro (Manaus- AM) conforme cadastro da SEMSA, 2017.....	47
Figura 5	Estrutura conceitual da saúde rural e remota.....	56
Figura 6	Fluxo do processo da análise de escopo.....	57
Figura 7	Visão frontal da comunidade São Sebastião do Cuieiras, 2018	69
Figura 8	Produção de espetos para churrasco na comunidade São Sebastião do Cuieiras, 2018.....	70
Figura 9	Posto de Saúde na Comunidade São Sebastião do Cuieiras, 2018.....	72
Figura 10	Trajetos dos ACS na localidade Cuieiras, 2018.....	74
Figura 11	Casas situadas em um dos igarapés da localidade Cuieiras, 2019.....	75
Figura 12	Doces que são preparados e vendidos no Clube de Mães enquanto a UBSF está atracada na comunidade São Sebastião do Cuieiras, 2018.....	75
Figura 13	Canoas e rabetas nas quais chegam os moradores em dias de atendimento da UBSF na Comunidade São Sebastião do Cuieiras, 2018.	76
Figura 14	Unidade Básica de Saúde Fluvial atracada na Comunidade São Sebastião do Cuieiras, 2018.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Índice de Progresso Social na Amazônia Legal, 2014.....	35
Tabela 2	Características sociodemográficas dos respondentes de domicílios na área de abrangência de São Sebastião do Cuieiras, 2019.....	77
Tabela 3	Avaliação das características dos serviços de APS em Cuieiras, 2019....	79
Tabela 4	Conteúdos presentes nas falas dos gestores do DISAR sobre o rural amazônico, 2019.....	83
Tabela 5	Conteúdos presentes nas falas dos profissionais de saúde que atuam em Cuieiras sobre rural amazônico, 2019.....	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descritores de buscas conforme suas respectivas bases de pesquisa, 2019.....	41
Quadro 2	Critérios de inclusão e exclusão utilizados na Revisão de Escopo.....	43
Quadro 3	Extração de dados da Revisão de Escopo.....	152
Quadro 4	Atuação dos Gestores nas áreas rurais de Manaus.....	90
Quadro 5	Atuação dos Profissionais de Saúde em Cuieiras.....	98

GLOSSÁRIO

Essa tese fez uso de alguns termos que são usados pelos moradores da região estudada e que, por não serem usados de forma habitual em outras regiões do país ou por fazerem parte somente do vocabulário local, foram listadas abaixo:

Ambulancha: veículo fluvial equipado para o transporte ou prestação de primeiros socorros a doentes e feridos

Cabocla: mestiço de branco com indígena

Comunitários: relativo ou pertencente a uma comunidade

Igarapé: curso d'água amazônico de primeira ou em terceira ordem, constituído por um braço longo de rio ou canal.

Puxador: pessoa que trabalha com técnicas manuais, ervas e rezas para alívio da dor e tratamento de questões ortopédicas.

Ribeirinho: pessoas que habitam as margens dos rios, igarapés, igapós e lagos da floresta, absorvendo a variação sazonal das águas como uma característica fundamental na constituição de sua rotina de vida e trabalho.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1. O DESAFIO DOS SISTEMAS DE SAÚDE EM ALCANÇAR ÁREAS RURAIS E REMOTAS	18
2.2. RELEVÂNCIA DA APS EM ÁREAS RURAIS E REMOTAS	21
2.3. APS NAS ÁREAS RURAIS E REMOTAS DO BRASIL	23
2.4. ÁREAS SITUADAS FORA DOS NÚCLEOS URBANOS NA AMAZÔNIA.....	30
3. OBJETIVOS.....	37
3.1. OBJETIVO GERAL	37
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
4. METODOLOGIA.....	38
4.1. REVISÃO DE ESCOPO.....	39
4.1.1. <i>Definição da questão de pesquisa</i>	39
4.1.2. <i>Busca dos estudos relevantes</i>	40
4.1.3. <i>Seleção dos estudos</i>	42
4.1.4. <i>Agrupamento e exploração dos dados</i>	43
4.1.5. <i>Síntese</i>	43
4.2. ESTUDO DE CASO	44
4.2.1. <i>Local do estudo</i>	45
4.2.2. <i>Inquérito transversal</i>	48
4.2.3. <i>Observação Participante</i>	49
4.2.4. <i>Entrevistas</i>	52
4.2.5. <i>Análise dos dados</i>	53
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
5.1. APS NA AMAZÔNIA.....	56
5.1.1. <i>Características gerais dos estudos</i>	56
5.1.2. <i>Locais dos estudos</i>	59
5.1.3. <i>Funcionamento e estratégias da APS na Amazônia</i>	60
5.1.3.1. <i>Impactos no Acesso</i>	60
5.1.3.2. <i>Impactos na Qualidade</i>	61
5.1.4. <i>Discussão dos achados da Revisão de Escopo</i>	62
5.1.5. <i>Lacunas nos estudos</i>	65
5.2. ESTUDO DE CASO EM CUIEIRAS	65
5.2.1. <i>Caraterização do local do estudo e dos serviços de APS</i>	65
5.2.1.1. <i>Especificidades do município de Manaus</i>	65
5.2.1.2. <i>Unidade Básica de Saúde Fluvial</i>	66
5.2.1.3. <i>Caracterização de Cuieiras</i>	69
5.2.1.4. <i>Aspectos sociodemográficos da localidade e percepções dos moradores quanto aos serviços de saúde</i> 77	
5.2.1.5. <i>Gestores e profissionais de saúde</i>	81
5.2.2. <i>Concepções sobre o rural amazônico</i>	83
5.2.2.1. <i>Perspectivas dos Gestores</i>	84
5.2.2.2. <i>Perspectivas dos Profissionais</i>	87
5.2.3. <i>Práticas dos gestores e profissionais diante das singularidades e necessidades amazônicas</i>	90
5.2.3.1. <i>Atuação dos Gestores</i>	91

5.2.3.2. Práticas dos Profissionais de Saúde	99
5.2.4. Análise dos conteúdos do Estudo de Caso a partir do framework (BOURKE et al., 2012b) 112	
5.2.5. Discussão dos achados do Estudo de Caso	115
6. FORTALEZAS E LIMITES DO ESTUDO	121
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
8. REFERÊNCIA	125
APÊNDICE 1.....	142
APÊNDICE 2.....	145
APÊNDICE 3.....	148
APÊNDICE 4.....	150
APÊNDICE 5.....	151
ANEXO 1	160

1. INTRODUÇÃO

Uma vasta literatura internacional vem se preocupando em analisar quais elementos influenciam a cobertura, a qualidade e a capacidade de resposta dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em localidades rurais e remotas (SBAROUNI et al., 2012; THAM et al., 2010). Os resultados desses trabalhos ressaltam a necessidade da adoção de lógicas diferentes das adotadas em áreas urbanas na organização e oferta dos serviços em localidades que apresentam populações rarefeitas, que se distribuem em pequenos núcleos, em um extenso território (WINTERTON et al., 2014). Assim, as formas como a APS podem se organizar para prestar serviço a essas localidades devem ser razão de discussões.

A Amazônia, em que pese sua heterogeneidade geográfica e populacional, é um dos cenários onde estas condições são evidenciadas em uma parte significativa do seu território, que convive com grandes distâncias e populações rarefeitas, além de condições geográficas específicas que tornam um desafio para os países amazônicos prestarem assistência à saúde (SCHWEICKARDT et al., 2017). Essa situação é mais evidente, nas localidades que se situam fora das áreas urbanas e das principais cidades, que costumam enfrentar condições precárias de vida e saúde. Condição que tem sido agravada ao longo do tempo em razão do modelo de exploração em funcionamento nessas áreas, o qual desconsidera os interesses das populações que nela vivem (COCA-CASTRO et al., 2013). Destaca-se que as áreas de degradação ambiental resultantes desse modelo de exploração, “coincidem” com áreas em que se evidenciam problemas sociais, situação que expõe ainda mais a população a situações de vulnerabilidade potencializando outros riscos à saúde (TORRES; H.G, 2000).

A literatura cita o acesso à água potável, a falta de saneamento básico, as doenças infecciosas, a exposição a produtos tóxicos e as altas taxas de doenças relacionadas à nutrição como problemas que são evidenciados na Amazônia (BRONDIZIO, 2016; CUNHA et al., 2017; FERREIRA DA SILVA; OLIVEIRA LIMA, 2020; JOSEPH et al., 2014; WESTGARD et al., 2019).

Essa realidade configura um desafio para os serviços de saúde, que além de levar serviços para as áreas isoladas e de difícil acesso, comuns nessa região, precisam atuar diante das condições que vulnerabilizam os habitantes da Amazônia. Giovanella et al., (2015) destacam que, mesmo com a ampliação da APS na América Latina, é necessário priorizar o alcance das áreas remotas e desfavorecidas na América do Sul. Esta situação é ainda mais crítica devido terem sido retratadas em estudo realizado em algumas localidades

amazônicas específicas, uma desorganizada distribuição dos serviços de saúde e lacunas na atenção primária (SOUSA et al., 2017). Achados de estudos na Amazônia também mostram que os mais excluídos dos serviços de saúde, foram principalmente as pessoas mais vulneráveis e com desvantagens socioeconômicas (GALVAO et al., 2019).

As dificuldades da atuação da APS na região amazônica, e mesmo sua ausência em determinadas localidades, evidenciam-se como motivo de preocupação, sobretudo diante de evidências encontradas em estudos que revelaram melhorias nos indicadores de saúde associados à implementação da Atenção Primária à Saúde na região (PERRY et al., 2003). Especificamente, nas áreas rurais e remotas, os cuidados preconizados pela APS têm sido considerados como estratégicos para atender às necessidades destas localidades, em razão da sua potencialidade em reduzir o agravamento das condições de saúde e, também, por promover a redução de internações e melhorias no uso de recursos financeiros (THOMAS et al., 2017). Sua relevância ainda é destacada dada a sua centralidade na redução da morbimortalidade e mortalidade (ZHAO et al., 2015). Além disso, esse é o nível de cuidado considerado como ideal para a atuação com populações tradicionais em áreas rurais e remotas (HARFIELD et al., 2018).

Mais recentemente, na primeira década do século 21, diversos países da América do Sul vivenciaram processos de renovação da APS aproximando-se de uma abordagem abrangente (RAMÍREZ et al., 2016). Países como a Bolívia, Brasil, Equador, Peru e Venezuela, em que parte de seus territórios inclui o ecossistema amazônico, passaram a adotar para todo o país, novos modelos, com alguns traços comuns, como: a abordagem da família, a menção do cuidado integral, a adoção de equipes multiprofissionais com população e territórios definidos (GIOVANELLA et al., 2015).

No Brasil, destaca-se a expansão da APS com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF) com resultados que levaram melhorias nas condições de saúde em todo o país (MACINKO e MENDONÇA, 2018). Nas localidades rurais, essa cobertura chegou a 77% dos domicílios entre 2013 e 2019, configurando uma proporção de domicílios cobertos nestas áreas, maior do que a dos situados nas localidades urbanas, que foi de 57,3% (GIOVANELLA et al., 2020). Contudo, ainda existem poucos estudos que se dedicam aos resultados do que isso representou para as localidades rurais, predominando o desconhecimento sobre as condições de saúde das populações que vivem nessas localidades (COIMBRA JR, 2018).

Quanto às políticas públicas, os serviços de APS no Brasil seguem as orientações previstas no âmbito federal, expressas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que

dispõe sobre as diretrizes para o funcionamento dos serviços em todo o país, sejam em territórios urbanos ou rurais, tendo como base o princípio da Universalidade que preconiza igualdade de condições e prevê que todos tenham direito à saúde.

Entretanto, em razão do país possuir dimensões continentais e diante das diferenças presentes no seu território, essa política apresenta limitações no seu alcance, especialmente em áreas com características geográficas próprias como é o caso da Amazônia. A necessidade de políticas específicas fica explícita, quando na versão de 2011, a PNAB (BRASIL, 2012) faz a previsão de unidades de saúde e recursos extras exclusivos para os territórios de acesso fluvial amazônicos e do pantanal, seguida de medidas posteriores que implementam esses novos modelos de unidade, com possibilidades de outros formatos de equipes e estruturas de apoio. Essas alterações permaneceram na última versão desta política. Além disso, conforme a Portaria nº 2.979 (BRASIL, 2019), as regras de financiamento para a atenção básica passaram a considerar as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômicas e espacial para o custeio das ações nesse nível de cuidado.

Ainda assim, permanecem no país as dificuldades em organizar os serviços de APS de forma equitativa na Amazônia brasileira, sendo identificados problemas no número limitado de unidades nas localidades remotas na região Norte do país e na forma como os serviços, ainda que responsáveis pelo atendimento nas áreas rurais, permanecem situados nas áreas urbanas (GARNELO et al., 2018a).

Destaca-se que alguns municípios amazônicos brasileiros, muito antes da previsão na PNAB, considerando as especificidades das suas áreas rurais e remotas, construíram formas de atuar, criando estratégias diferenciadas, ainda que limitadas em razão dos recursos, para levar serviços de APS a essas áreas. Esse foi o caso de Manaus, que, apesar da nova proposta de classificação do IBGE ter sido reconhecido como município predominantemente urbano (IBGE, 2017), apresenta uma extensa área rural, que representa 97% do seu território, onde residem 0,5% da sua população, com características comuns às existentes em localidades isoladas amazônicas, que apresentam uma população distribuída em uma grande extensão territorial, ocupadas por uma população com modos de vida e cultura influenciados pelas condições de vulnerabilidade, pelo isolamento e pelas características do território que ocupam.

No município de Manaus, em 2019 foram implantadas duas Unidade Básicas de Saúde Fluvial (UBSF), que são unidades de saúde que funcionam dentro de uma embarcação fluvial e se locomovem pelos rios, caracterizando-se por ser um serviço regular de visitas de serviços

de atenção básica em áreas de acesso somente fluvial. Essas unidades passaram a prestar assistência aos residentes nas margens dos rios Negro e Amazonas, que se situam nas áreas rurais, entretanto nessas localidades, além do serviço de visita realizados pela UBSF, existem Postos de Saúde que permanecem fixos nas margens do rio, que contam com Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que compõem o serviço de APS nessas localidades.

A UBSF já foi previamente analisada em alguns estudos (FIGUEIRA et al., 2017; KADRI et al., 2019; LIMA et al., 2021) em outros municípios amazônicos e os seus resultados apontaram aspectos positivos, como é o caso da inclusão de pessoas que antes não eram assistidas pelas unidades fixas, que representou impactos diante das iniquidades de acesso aos serviços de APS. Essa atuação incluiu as demandas das famílias nos atendimentos, adotando uma abordagem de atendimento familiar.

Contudo, estes mesmos estudos, apresentaram como desafios a esse modelo, algumas ações importantes: o fortalecimento do apoio intersetorial; a flexibilização dos parâmetros das diretrizes nacionais; uma maior participação popular nas decisões sobre a organização dos serviços. Também apontou um número de unidades fluviais inferior ao necessário e dificuldades em limitar o atendimento ao número máximo preconizado de atendimentos médicos diários estabelecidos pelo município, dado o grande volume de pessoas a serem atendidas quando a UBSF está na localidade.

Dada a relevância de reconhecer o funcionamento e estratégias da APS diante das singularidades da região amazônica e no intuito de contribuir com os achados em torno desse tema e diante dos desafios desse nível de cuidado em atuar diante da heterogeneidade da região amazônica buscou-se analisar quais estratégias têm sido adotadas para o funcionamento da APS. Neste sentido, este estudo utilizou estratégias metodológicas diversas que buscaram analisar o objeto de estudo em variadas escalas, o que contemplou a realização de uma Revisão de Escopo que explorou o que está presente na literatura científica nos nove países amazônicos sobre esse tema e uma análise em escala local que valorizou as concepções de gestores e profissionais sobre o rural amazônico o que permitiu a partir de uma análise em profundidade, reconhecer aspectos chaves que se relacionam com a gestão e a prestação de serviços de APS na localidade estudada.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. O desafio dos sistemas de saúde em alcançar áreas rurais e remotas

Levar assistência à saúde para localidades rurais e remotas distantes dos centros urbanos, com reduzido número de pessoas, dispersas em grandes distâncias, tem sido um desafio para os sistemas de saúde de países por todo o mundo que possuem áreas com essas características (STRASSER, 2003). Gestores, profissionais e pesquisadores da área da saúde têm se dedicado, nos últimos anos, a identificar as diferentes necessidades e prioridades existentes nas áreas rurais e remotas, na tentativa de organizar e implementar os serviços que sejam mais sustentáveis e qualificados para a atuação nestas localidades (KRUSE et al., 2016; MUNGA et al., 2012; RUSSELL et al., 2013). Alguns países têm um histórico de esforços neste sentido. A Austrália, em particular, completou quase três décadas de sua primeira política nacional voltada para as estratégias de saúde para as áreas rurais e remotas (AUSTRALIA, 1994).

Limitações para o desenvolvimento das políticas e sistemas de saúde nessas localidades têm sido descritas na literatura. Como exemplo disso, têm sido relatados problemas quanto à disponibilidade de recursos financeiros, quanto a dificuldades na fixação de profissionais em localidades isoladas, limitações na adoção de uma abordagem que inclua a cultura e lacunas na integração entre os serviços (BADU et al., 2016; DIELEMAN et al., 2011; HUMPHREYS, 2009; MITCHELL et al., 2018; WEINHOLD e GURTNER, 2014; YERAVDEKAR et al., 2013). Por outro lado, estratégias criadas por gestores, profissionais de saúde e pesquisadores têm se mostrado eficientes para lidar com esses desafios, com ênfase no uso de tecnologias, formação dos profissionais, participação social, novos modelos de serviços de visita e inovações nos transportes nos casos de urgência e emergência (BOERAS et al., 2019; CAREY et al., 2018; COMETTO et al., 2020; NIMEGEER et al., 2011; SOMMANUSTWEECHAI et al., 2016; YUAN et al., 2017).

Uma questão relevante nos estudos sobre a implantação dos serviços em áreas rurais e remotas é a importância que sejam respeitadas as especificidades de cada localidade, existindo críticas à concepção de um rural homogêneo por parte dos gestores (FARMER et al., 2012) e à adoção de um modelo que seja o mesmo para todos (THOMAS et al., 2015). Neste sentido, ressalta-se a importância que sejam levadas em consideração questões como a presença de

famílias mais jovens ou idosos, a facilidade de acesso a um centro urbano e aos serviços de saúde e uma carga maior de doenças.

Diante disso, alguns estudos sugerem critérios a serem seguidos, baseados nas características geográficas que reforçam o isolamento e no número de habitantes, que seriam as principais referências para definição de serviços prioritários e de quais modelos são mais compatíveis, conforme as características de cada território (THOMAS et al., 2015).

Para CUMMINS et al. (2007), a atuação nas áreas rurais e remotas deve se dar por uma abordagem que considere relevante como o lugar se relaciona com a saúde. Desse modo, os autores consideram que a compreensão do lugar deve incluir pessoas, oportunidades econômicas, recursos naturais, aspectos sociais, política, contexto cultural, infraestrutura, história e suas relações com outros lugares. Os autores consideram isso como fundamental para a oferta de intervenções e políticas de saúde mais efetivas e contextualizadas.

A relevância do entendimento do lugar como relacional nas localidades rurais e remotas também foi ressaltada em estudo de WINTERTON et al. (2014), segundo o qual as vantagens dessa compreensão se justificam em razão de três aspectos: 1) evita o uso de abordagens unidimensionais; 2) modera a conceituação homogênea de "rural"; e 3) reconhece o papel dos atores externos.

Segundo JARAMILLO (2018), a Saúde Pública se enriquece com o entendimento do território a partir de uma visão dialética, que o entende como produto social e resultado das dinâmicas entre as relações das pessoas com o lugar, mas também da forma como este lugar se relaciona com outros lugares e se coloca no mundo globalizado. Segundo a autora, a visão do território como espaço socialmente produzido é importante para compreender as relações entre as dinâmicas sociais e a determinação das vulnerabilidades à saúde, que se originam nas interações de grupos humanos em (e com) determinados espaços geográficos.

Destaca-se o fato de que mais de dois terços dos 1,4 bilhões de pessoas extremamente pobres do mundo viverem em áreas rurais (IFAD, 2011) as quais, historicamente, concentram vulnerabilidades (MARSDEN, 2009). Estudos realizados em áreas rurais dos Estados Unidos, Austrália, Canadá e Nova Zelândia confirmam que, mesmo em países com altas rendas, essas áreas apresentam as piores condições comparadas às demais localidades dentro dos respectivos países (SULLIVAN et al., 2018; LEVIN e HANSON, 2020). Isso também se confirma nas condições de saúde e no acesso aos serviços de saúde. STRASSER (2003) descreve existir uma pobreza que persiste nas áreas rurais acompanhada de um estado crítico de saúde e de alta carga

de doenças. Além disso, as minorias que se concentram nessas áreas, dentre elas, indígenas, negros e migrante, tendem a apresentar maiores taxas de mortalidade e menos acesso a cuidados (HENNING-SMITH et al., 2019).

FARMER et al. (2012), entretanto, faz críticas quanto à compreensão de rural atrelada a conceitos que fragilizam e inferiorizam esse território e que não consideram as condições que promovem e, ao mesmo tempo, mantêm as vulnerabilidades nessas localidades. Uma questão comum, que tem sido identificada como problemática em vários países, é a baixa representatividade das populações rurais nas políticas, o que implica na manutenção da desigualdade de poderes. Segundo PINEDA (2011), a limitada participação das populações rurais na tomada de decisão e a falta de oportunidades em termos de educação e trabalho em condições formais dificultam que seus interesses sejam enxergados e considerados nas dinâmicas políticas.

Para BOURKE et al. (2013), existe um discurso dominante que define o rural como problemático, inferior e indesejável em relação ao urbano. Segundo os autores, para que isso seja diferente, é necessário que a saúde rompa com esse tipo de compreensão sobre o rural e que sejam construídas novas relações com essas localidades. Apesar da existência dessas recomendações, as diferenças presentes nas áreas rurais tendem a ser ignoradas, permanecendo invisíveis suas singularidades e habilidades das pessoas que moram nessas localidades (MALATZKY e BOURKE, 2018). Em razão destas questões e para revertê-las, MALATZKY e BOURKE (2017) sugerem uma mudança dos sistemas de saúde para que sejam capazes de fornecer cuidados de saúde rurais integrados, com foco nas pessoas, reconhecendo que a abordagem que inclua as diferenças é fundamental.

No que diz respeito aos estudos que se dedicam à análise dos serviços de saúde em áreas rurais e remotas, HUMPHREYS et al. (2008) criticam a análise dos resultados do funcionamento dos serviços limitados ao nível local, afirmando que, apesar de esse resultado ser o mais óbvio a ser observado, ele apresenta limites. Os autores defendem que aspectos de um contexto mais amplo, os quais têm impacto sobre o território e implicam na forma como os serviços são ofertados, precisam ser considerados na análise. Neste sentido, BOURKE et al. (2012) ressaltam a necessidade de que a análise dos serviços rurais seja realizada de forma holística e abrangente, como resultado de ações integradas a sistemas, estruturas e formas de conhecimento mais amplos, levando em conta os impactos do isolamento geográfico.

2.2. Relevância da APS em áreas rurais e remotas

Na Declaração de Alma Ata (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978), os cuidados de saúde da APS foram considerados como essenciais para o desenvolvimento da justiça social. Neste documento também foi reconhecida a saúde como direito humano fundamental e os governos passaram ser orientados a promover acesso aos serviços de APS para todos conforme suas necessidades.

Nas áreas rurais e remotas, os cuidados preconizados pela APS têm sido considerados como estratégicos para atender às necessidades destes territórios (THOMAS et al., 2014a). Sua relevância nessas localidades é destacada dada a sua centralidade na redução da morbimortalidade e mortalidade (ZHAO et al., 2015). Além disso, a APS tem sido enfatizada em razão não apenas da sua potencialidade em diminuir o agravamento das condições de saúde em áreas rurais e remotas, mas também da redução de internações e de melhorias no uso de recursos financeiros (THOMAS et al., 2014b).

Outro papel fundamental da APS é sua atuação como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção (BOUSQUAT et al., 2017). Sua atuação, neste sentido, busca garantir um atendimento integral e uma gestão mais holística dos serviços (BAKER et al., 2006), o que lhe garante condições para oferecer respostas diante da fragmentação da assistência que os serviços de saúde costumam vivenciar nas áreas rurais e remotas (WONG; REGAN, 2009).

A APS também é reconhecida pela sua capacidade de contribuir com a autonomia das pessoas assistidas e possibilitar a participação social na construção e no desenvolvimento dos serviços mais adequados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978). A atuação da APS, com base na participação da comunidade, tem resultados positivos na superação de barreiras para o desenvolvimento dos serviços e traz também a oportunidade de pertinentes mudanças nas políticas governamentais (CARROLL et al., 2015).

Essa capacidade de se aproximar das pessoas com as quais atua também possibilita que a APS desempenhe o cuidado ideal diante das diferenças culturais presentes nas localidades rurais e remotas, sendo essa capacidade defendida pela Estratégia de Medicina Tradicional da OMS para 2014-2023 (2013), como conhecimento estratégico para este nível de atenção.

Em razão da APS possibilitar que as pessoas participem da construção e do controle dos serviços torna-se possível uma aproximação ideal aos valores e princípios da população

com quem se atua (HARFIELD et al., 2018). Além disso, devido à sua atuação com base na equidade, que considera os determinantes sociais, esse nível de cuidado se destaca pela sua capacidade de atuar diante das vulnerabilidades e trazer transformações, sendo esta habilidade fundamental para impactar as condições de saúde de pessoas que vivem nas áreas rurais e remotas (FREEMAN et al., 2016).

Entretanto, a abordagem a ser adotada pela APS permanece uma questão desafiadora. Neste sentido, discute-se a necessidade de um equilíbrio entre uma abordagem individual para o cuidado, ao mesmo tempo em que se reitera a importância de que este nível de atenção à saúde dê conta de implementar cuidados e ações resolutivas que consigam empoderar a comunidade para lidar com os determinantes sociais que se apresentam como problemas no território (GIOVANELLA et al., 2015).

Alguns estudos, realizados em localidades rurais e remotas, têm buscado elencar o que seria prioritário na atuação da APS nessas localidades, chegando a apontar como essenciais: o cuidado com doentes; a saúde mental; a saúde materno-infantil, a saúde integral, a saúde sexual, a reabilitação, a saúde bucal, a prevenção e a promoção da saúde (THOMAS et al., 2014a). Entretanto, estudos também apontam as dificuldades na determinação do que é prioritário para a APS e ressaltam a necessidade de clareza sobre quais seriam os melhores modelos e abordagens a serem ofertados (THOMAS et al., 2015). O treinamento, a partir de uma abordagem adequada, a descrição dos papéis e o desprezo pela atuação dos médicos generalistas foram apontados, por profissionais que atuam na APS em áreas rurais e remotas, como limitações para o desenvolvimento das ações de saúde nessas localidades (SBAROUNI et al., 2012).

THAM et al. (2010) apontam a adoção de medidas objetivas para avaliar os serviços de saúde como componente essencial para o sucesso da APS, destacando a necessidade de monitorar e acompanhar seus resultados. Esse estudo identificou, ainda, lacunas nas avaliações dos serviços de APS nas áreas rurais e remotas, que informem o que funciona bem, onde e por quê. Segundo os autores, essas avaliações poderiam auxiliar na condução de melhores políticas e no uso mais racional dos recursos, dado que serviços de saúde, quando inadequados, produzem resultados negativos, prejudicam o acesso aos cuidados e tornam-se problemas quando mais são necessários.

Por outro lado, o apoio e a supervisão dos gestores aos profissionais têm se apresentado como uma possível forma de melhorar os resultados (CARROLL et al., 2015). Além disso,

resultados positivos da APS em áreas rurais e remotas têm sido relacionados com o recebimento de apoio político e financeiro por este nível de cuidado, sendo esses elementos fundamentais para a qualidade e o desenvolvimento dos serviços. O desenvolvimento de planos nacionais e o aporte de recursos financeiros tem sido identificados como essenciais na implantação de serviços de saúde, em especial para que os serviços consigam atuar diante das complexidades de lugares singulares (VERSTEEG et al., 2013).

Uma outra questão que tem sido apontada para uma melhor atuação da APS em áreas rurais e remotas são as decisões compartilhadas, a negociação e a consulta com as comunidades, ações capazes de induzir melhorias aos serviços de APS e que resultam em serviços mais adequados e sustentáveis (LYLE et al., 2017).

2.3. APS nas áreas rurais e remotas do Brasil

No Brasil, o princípio da Universalidade é um dos fundamentos para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir desse princípio é previsto que todos os cidadãos brasileiros têm direito ao acesso à saúde, sem qualquer tipo de discriminação. Seguindo esse princípio, buscou-se no país ampliar progressivamente o acesso, sendo preconizado que a ampliação da APS teria como ênfase a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF se caracteriza pela atenção em saúde ao indivíduo e à família de forma integral e contínua, sendo responsável por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Em teoria, esse serviço deve ser capaz de resolver 85% dos problemas de saúde nas comunidades, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (ALMEIDA et al., 2011).

Um estudo que analisou a ESF revelou que, entre 2013 e 2019, houve um aumento de 11,6% na cobertura dessa estratégia no país (GIOVANELLA et al., 2020). Ele destacou ainda que esse aumento foi mais elevado entre a população mais vulnerável, consideradas a escolaridade do responsável pelo domicílio ou renda familiar. Outro dado significativo deste estudo, foi que ele revelou ter havido um aumento na cobertura de domicílios nas áreas rurais, proporcionalmente maior do que a dos situados nas localidades urbanas, entretanto, demonstrou ainda existirem problemas e desafios a serem enfrentados nessas áreas.

Nesse sentido, os achados de PITILIN et al. (2015) que investigaram a percepção das mulheres sobre os serviços de APS na área rural do município de Prudentópolis (PR), apontaram que a APS não atendia aos atributos que garantem a qualidade do serviço. Essa

avaliação se justifica, segundo os autores, em razão da APS ofertar um atendimento com tempo reduzido, fragmentado e desigual no contexto rural. Além disso, foi identificada que a unidade de saúde se limitava a um lugar de pronto atendimento e um nível burocrático de passagem para outros tipos de serviços.

Problemas com o acesso também foram relatados em estudo que se dedicou ao acesso de idosos aos serviços de saúde no Brasil e identificou que os idosos moradores de áreas rurais utilizam menos os serviços de saúde, mesmo quando referiram estar doentes, demonstrando acesso limitado aos serviços de complexidade intermediária e revelando um maior número de barreiras para os idosos com mais idade (TRAVASSOS e VIACAVA, 2007). Com relação ainda ao acesso, estudo de GARNELO et al. (2018), realizado na região Norte, encontrou que as equipes que estão responsáveis por fazer a cobertura da população rural estão localizadas nas áreas urbanas, identificando falta de adaptação das unidades para os serviços nas áreas rurais. Além disso, os achados desse estudo revelaram problemas no acolhimento à demanda espontânea, no agendamento de consulta e na disponibilidade de transporte para o atendimento.

Estudos também apontaram dificuldades na organização e em estratégias adotadas pelos serviços nas localidades rurais e remotas, como é o caso da pesquisa que analisou as condições de saúde das populações do campo, da floresta e das águas e encontrou que a ESF para essas populações ainda apresenta desafios relativos à sua implantação, demonstrando pior desempenho, problemas quanto a territorialização e fragilidades na participação social (PESSOA et al., 2018). Estudo realizado com dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) também encontrou barreiras organizacionais e dificuldades da ESF em atuar sob a perspectiva de um cuidado contínuo, integral e coordenado na Amazônia (RABELO et al., 2020).

Destacam-se, entretanto, resultados positivos da APS em áreas rurais e remotas revelados pelos estudos que analisaram o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013), que, apesar de não ter sua atuação exclusiva nas áreas rurais e remotas do país, teve forte presença nessas localidades. Esse programa, estabelecido pelo governo federal no ano de 2013, visou dentre diversas estratégias, a contratação de profissionais para atuar em áreas vulneráveis; investimentos para melhorar a infraestrutura das UBS; mudanças curriculares na formação médica; a reordenação dos cursos de medicina para as áreas que apresentam menor número de médicos e mudanças curriculares (CARVALHO et al., 2016). Durante seu funcionamento, o programa aumentou a provisão de profissionais, principalmente médicos na APS em áreas

vulneráveis, chegando a prover 11.400 posições de médicos no país, contemplando vários postos em áreas rurais e remotas (AGUIAR e MACEDO, 2019). Revisão integrativa (MOURÃO NETTO et al., 2018) de estudos voltados para esse programa no país revelou um atendimento humanizado, comprometido, de escuta ativa e solidário, destacando-o como um programa que foi responsável pela mobilização de recursos financeiros e para a melhora da estrutura das unidades básicas de saúde. Entretanto, nos últimos anos, esse programa vem enfrentando medidas de austeridade e passou por cortes orçamentários que implicam em cenários desanimadores para o funcionamento dele para os próximos anos (FRANCESCONI et al., 2020).

Dentre as dificuldades que afetam a construção das políticas e dos serviços para as áreas rurais do país estão também a definição do que é rural no Brasil e a relação que o país mantém com essas áreas. Destaca-se que reconhecer o que é rural e saber suas características é um importante passo para a construção de políticas e serviços adequados (WINTERTON et al., 2014).

Historicamente, no país a classificação das áreas rurais se constituiu a partir de um viés residual, que considera rural aquilo que não é urbano. Ainda hoje se encontra em vigor o Decreto Lei 311/38 (BRASIL, 1938) que organizou a estrutura territorial brasileira. Tal decreto estabelece que as sedes dos municípios e distritos seriam os únicos espaços urbanos, cujos limites são determinados por leis municipais, configurando-se como rural tudo aquilo que está fora desses limites. Estudo de VEIGA (2001) demonstrou problemas nos cálculos da parcela urbana do país, oriundos da forma como os municípios distribuem seus territórios, muitas vezes balizando-se por interesses tributários, relacionados com o aumento do imposto da área urbana, recolhido pelo município. Segundo o autor, essa situação tem levado a um aumento da área urbana, presumindo que aproximadamente 1/3 da população brasileira poderia ser considerada rural, contra os 18% das estatísticas oficiais.

Com relação aos significados de rural no país, é válido destacar um panorama histórico que reservou para estas áreas o estigma do desaparecimento, sob a perspectiva de que o desenvolvimento levaria o país a superar o “atraso” que representava o rural, em razão de o urbano ser compreendido como mais evoluído (VEIGA, 2001).

Contudo, a profecia do inevitável fim do rural não se cumpriu e, ao contrário, as transformações do espaço rural no país conferiram a este território novas configurações (VERDE, 2004). Nesse processo, entre os anos 50 e 70, a relação do país com os territórios

rurais se modifica na medida em que o território rural passa a incorporar modelos industrializados de produção. Essa nova realidade leva as políticas públicas a se voltarem para um mundo rural com aptidões para produzir em grande escala. Posteriormente, na década de 90, e, principalmente, depois dos anos 2000, houve também um progressivo reconhecimento político e institucional da agricultura familiar (GRISA et al., 2017), que passa a disputar poderes com o agronegócio; entretanto a agricultura camponesa ou familiar nunca foi protagonista do modelo do agronegócio do qual são dependentes e marginais (FERNANDES, 2015).

Dada a ênfase para o rural ligado ao agrário no país, a visibilidade dos espaços rurais, quando existente, limitou-se, predominantemente, ao seu reconhecimento a partir das questões agrárias, situação que se reflete no âmbito das políticas, nos documentos oficiais e que resultam em uma profunda indefinição da realidade dessas áreas quando não se encaixam dentro do conceito de agrícola (SILVEIRA e PINHEIRO, 2013). Neste sentido, a imensa heterogeneidade existente nas demais localidades permaneceu invisível para as políticas e o planejamento do país (IBGE, 2015).

No âmbito da saúde, destaca-se recentemente a tentativa de dar visibilidade à diversidade de populações no território brasileiro, com a implantação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), que foi instituída por meio da Portaria nº. 2.311 (BRASIL, 2014), com o objetivo de melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta. Contudo, os efeitos desta política até então se resumiram ao aumento das mobilizações sociais em torno desse tema, além do aumento do debate conceitual e estudos acadêmicos (PESSOA et al., 2018).

Quanto à forma de atuar da APS, a PNAB (BRASIL, 2017) traz orientações que guiam o funcionamento deste nível de cuidado em todo país. Esta política, entretanto, não faz diferenças entre as normas que orientam o funcionamento para os serviços nas áreas urbanas, rurais ou remotas. Todavia, em suas três versões, essa política enfatizou que a assistência à saúde deveria ser prestada de acordo com as necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Neste sentido, esta política destaca a territorialização como estratégia para adaptar as diretrizes do governo central às necessidades e prioridades de cada localidade. Com relação à territorialização essa política definiu que:

A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos,

demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. (BRASIL, 2017, p.74)

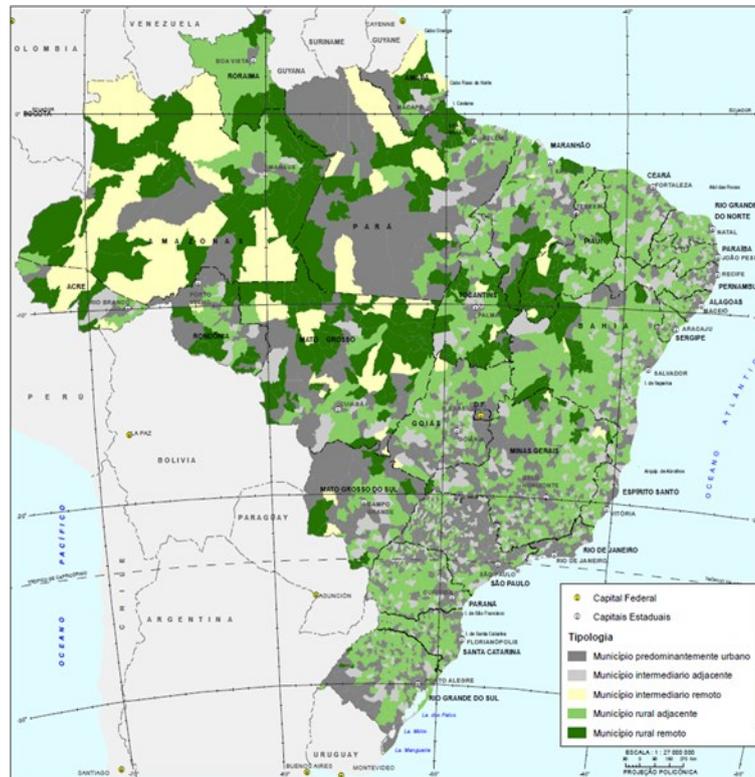
Neste modelo de funcionamento, a coordenação geral cabe ao gestor federal, enquanto aos municípios cabe a responsabilidade de desenhar como se dará o funcionamento dos serviços, levando em conta as características de cada território. Entretanto, o processo de territorialização previsto nas políticas nacionais tem encontrado dificuldades para ser aplicado na prática, se resumindo, na maioria dos casos, a uma distribuição dos territórios para a atuação da APS. Os limites na atuação territorializada têm sido explicados em razão deste processo caminhar no sentido inverso ao de uma vigente ideologia neoliberal predominante, mas também em razão das prioridades e recursos financeiros da saúde que não se voltaram para concretizar a territorialização (FARIA, 2020).

No ano de 2011, a PNAB (BRASIL, 2012) fez a previsão de unidades de saúde com modelos e orçamentos específicos para áreas de acesso fluvial na Amazônia e no Pantanal, que se repetiu, com algumas adaptações, na sua versão em 2017. Esta última versão da PNAB (BRASIL, 2017) também faculta ao gestor municipal a decisão de definir outro parâmetro de cobertura populacional da ESF de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, respeitando critérios de equidade ou, ainda, a decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica.

Essas inserções representam uma forma inédita da legislação de considerar novos formatos de prestação de serviços de APS e outros orçamentos, levando em conta características do território e fazendo previsões de novos modelos e orçamento de acordo com as especificidades locais.

Recentemente, no ano de 2017, e muito tardiamente quando comparada com outros países, foi proposta uma nova classificação dos territórios rurais pelo IBGE (2017), com o intuito de que esta passasse a valer no censo demográfico seguinte. Essa classificação utiliza como principal critério a densidade demográfica, alinhada aos critérios da OCDE e da União Europeia, com destaque para o critério de acessibilidade a centros com alto nível hierárquico em relação à rede urbana. Segundo a publicação, isso permite a comparação do Brasil com outros países que utilizam os mesmos referenciais. A união dos critérios relacionados à acessibilidade, com o número de unidades populacionais em área de ocupação densa, permitiu que os municípios fossem classificados em urbano, intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente e rural remoto, conforme Figura 1.

Figura 1 - Tipologia municipal rural-urbano



Extraído de: IBGE,2017.

De acordo com esta classificação, a maior parte dos municípios do país, o que equivale a 60,4%, foram classificados como predominantemente rurais, 54,6% como rurais adjacentes e 5,8% como rurais remotos. Considerando isso, mais de 32 milhões de brasileiros, o equivalente a 17,6% da população, vivem em territórios rurais e remotos do país.

De acordo com esta classificação, a região Norte tem 66,3% dos seus residentes vivendo em municípios urbanos e 33,7% em municípios classificados como rurais. Esta região ainda se destaca pelo elevado percentual de municípios classificados como rurais adjacentes e rurais remotos, o que equivale a 65% do total de municípios nessa região, que dão à região Norte o posto de região com o maior número de municípios rurais.

Além disso, a classificação do IBGE, que considera a localização como variável utilizada para diferenciar os municípios em sua relação com centros urbanos de maior porte, encontrou, na região Norte, quando comparada à média nacional, a maior parte dos municípios classificados como remotos. Eles foram assim classificados, considerando o cálculo da

distância e a forma como os municípios acessam os centros urbanos com maior complexidade de oferta de bens e serviços. Essa classificação revelou que boa parte dos municípios da região Norte apresentaram uma distância relativa acima da média nacional, o que caracteriza o isolamento das localidades na região, conforme pode ser observado na Figura 2.

Figura 2. Municípios adjacentes e remotos segundo a média nacional



Extraído de: IBGE,2017.

Os municípios da região Norte estão localizados na Amazônia Legal, que inclui ainda alguns municípios da região Nordeste e Centro-Oeste. Na Amazônia Legal atualmente, estima-se que viva uma população de mais de 24 milhões de pessoas, distribuídas em 772 municípios. De acordo com a proposta classificatória do IBGE, dos 323 municípios classificados como rurais e remotos no país, 205 estão na Amazônia. Entretanto, ainda que esta proposta de classificação do IBGE seja um avanço importante para a distinção entre os espaços rurais e remotos brasileiros, o fato de ter o município como escala implica em limitações.

No caso dos municípios amazônicos, considerando as suas grandes extensões, sua heterogeneidade e as diferentes formas de ocupação em seus territórios, essa classificação necessita de critérios, ainda mais específicos, que consigam contemplar as diferenças dentro de um mesmo município. Esse é o caso de Manaus, capital do Amazonas, que ocupa 11.401,092 km², onde vivem 1.861.838 de pessoas de acordo com o Censo (2010), sendo que destas,

1.792.881 estão concentradas na área urbana do município, que ocupa cerca de 3% do seu território; e 9.133 vivem nas áreas rurais do município, o que equivale a 0,5% da sua população, que vive distribuída no equivalente a 97% do território deste município.

Em razão disto, as populações que vivem fora da área urbana do município, apesar de estarem situadas em um município considerado predominantemente urbano, conforme a nova classificação do IBGE, apresentam características geográficas de isolamento, baixa densidade demográfica populacional e modos de vida típicos de áreas rurais, que, entretanto, ficam sem visibilidade nesta classificação.

Isso se torna ainda mais problemático quando regulamentações recentes no país, como é o caso da Portaria nº 2.979 (BRASIL, 2019), que instituiu o Programa Previne Brasil, adotou os critérios do IBGE para estabelecer regras de distribuição de recursos financeiros para os serviços de saúde, visto que, ao adotar como escala mínima os municípios, desconsideram as enormes diferenças presentes neles.

2.4. Áreas situadas fora dos núcleos urbanos na Amazônia

A Amazônia está situada na América do Sul, cobrindo uma área de 6 milhões de km² em nove países diferentes, com as respectivas coberturas em cada um deles: Brasil (58,4%), Peru (12,8%), Bolívia (7,7%), Colômbia (7,1%), Venezuela (6,1%), Guiana (3,1%), Suriname (2,5%), Guiana Francesa (1,4%) e Equador (1%) (COCA-CASTRO et al., 2013).

Contudo, ao contrário do que está presente no imaginário social, a Amazônia não é homogênea, mas composta de diferentes ecossistemas, como florestas densas de terra firme, florestas estacionais, florestas de igapó, campos alagados, várzeas, savanas, refúgios montanhosos e formações pioneiras (INSTITUTO BRASILEIRO DE FLORESTAS, [s.d.]). Conforme os ciclos das águas, essas diferenças ainda apresentam mudanças ao longo do ano, originando diferentes paisagens no período da seca ou das cheias. Além disso, é válido destacar que existem grandes centros urbanos e também variados graus de urbanidade dentro das suas cidades (SCHOR e OLIVEIRA, 2011).

A essa diversidade geográfica somam-se as influências sociais sobre esse território que inauguraram diferentes formas de organização. Elas são frutos de processos e relações de trocas materiais e simbólicas, entre as populações que vivem nesse território com as comunidades vizinhas e com os agentes mediadores da cultura, e ainda, entre o mundo rural e urbano e a vida em escala global. Essas relações trouxeram transformações nos modos de vida das pessoas que

ocupam essa região, que fazem com que ela seja caracterizada como um bioma de floresta com uma vasta complexidade ecológica e de relações sociais (LUI e MOLINA, 2016).

Desde um passado mais distante até mais recentemente, a história, porém, revela que, as populações que ocupam essa região compartilham vulnerabilidades resultantes das várias ações exploratórias a que foram submetidas.

Na atualidade, essa região experimenta efeitos de ações iniciadas na década de 1980, que consistem no uso do seu território para a construção de hidrelétricas, para a pecuária de grande porte, para a produção de soja e para as atividades extrativistas, como a indústria madeireira, a mineração, a exploração de petróleo e gás, atividades que permanecem atuando baseadas em uma lógica exploratória e de submissão ao capital estrangeiro, resultando na piora das condições de vida da população (BEBBINGTON et al., 2018). Em geral, nessas investidas econômicas, as populações não são beneficiadas; ao contrário, são forçadas a romper com seus modos de vida e lógicas em prol de uma possível melhoria de condições de vida que não se concretiza na maioria das vezes. A interdependência entre as populações amazônicas e o meio natural torna essa situação ainda mais severa (TORRES, 2000).

Outra situação relevante, que afeta ainda mais as condições de vida das populações nesta região, é a forma como são tratadas marginalmente pelas políticas internas dos países amazônicos, sendo comum que os territórios da bacia amazônica fiquem fora dos planos e dinâmicas nacionais desses países (PORTO-GONÇALVES, 2017). Realidade que, entretanto, contrasta com a importância da Amazônia no cenário global, uma vez que responde por 56% da floresta tropical e 20% da água doce mundial (COCA-CASTRO et al., 2013).

No Brasil, a literatura demonstra que a relação do país com a região amazônica se deu predominantemente pelo viés do controle e dominação. Segundo MALHEIRO (2019), essa relação se explica dada a posição “fora” do país que a Amazônia se estabeleceu historicamente e que levou o Estado a tomar medidas que o autor denomina como dispositivo de exceção. Ele explica esse dispositivo a partir da construção de um sistema de domínio territorial e étnico, que alarga estratégias de conquista e controle no intuito de garantir o poder, tanto internamente quanto externamente sobre esse território.

A Amazônia no discurso é vista como a natureza brasileira, ou seja, como uma exterioridade à humanidade brasileira, ou ainda, como uma região situada enquanto natural em uma linha civilizatória em que a natureza representa imaturidade/inferioridade e a sociedade representa o progresso histórico (MALHEIRO, 2019, P.83)

Segundo FRAXE et al. (2009), a forma como o país se relacionou com a Amazônia revela não só uma perspectiva geopoliticamente inapropriada do Estado, mas também sua dificuldade em se apropriar e admitir singularidades étnicas e culturais presentes nele. Neste sentido, a via escolhida para lidar com a diversidade amazônica foi a de invisibilizá-la e condicionar sua integração por meio da modernização do território. Essa modernização vem se concretizando com a expansão capitalista, que até agora atua de forma predatória, socialmente desigual, rápida e autoritária, e determina um aspecto socioambiental problemático em face da devastação do bioma e urbanização sem cidadania (SILVA e BAMPI, 2019).

BECKER (2010) afirma que, desde a expansão militar, predominou uma proposta de modernização para a região amazônica, baseada em grandes projetos, coordenados por diversas forças nacionais e internacionais, denominados como *techno* industriais. Entretanto, afirma que, nos dias atuais, existe uma nova ideologia que vem ganhando espaço, voltada para um novo padrão de desenvolvimento sustentável, que privilegia projetos e defesa de territórios socioecológicos, de Unidades de Conservação, de Reservas Extrativistas etc. Entretanto, em seus estudos, a autora chama a atenção para a necessidade de observar os resultados destas inovações para as populações e afirma que boa parte da Amazônia ainda se encontra fora das dinâmicas nacionais de desenvolvimento.

SANTOS e SILVEIRA (2001) ressaltaram que a importância dada à Amazônia se deu em razão dos seus recursos naturais. Em razão deles, alguns pontos específicos foram escolhidos, onde os investimentos foram feitos a serviço dos interesses nacionais e internacionais. Essa situação configurou uma região onde a população e os recursos financeiros estão concentrados em grandes núcleos urbanos que contrastam com o território que as rodeia. Estas áreas fora das principais cidades, dos centros urbanos e das áreas exploradas pelo capital, se configuram como um mosaico de fazendas, aldeias, casas isoladas e pequenas cidades espalhadas por um vasto território, comumente acessado apenas por via navegável, que, em geral, desenvolve uma relação de dependência com os centros urbanos.

Frequentemente são áreas que apresentam características de isolamento e ocupam partes dos territórios para os quais o acesso é difícil, considerando o deslocamento a partir dos centros urbanos. Outra característica que essas localidades possuem em comum é a exclusão das redes de comunicação, compartilhando outra vivência de espaço e tempo, em razão de não estarem plenamente incluídas nos espaços dos fluxos e de um tempo intemporal (CASTELLS;

MANUEL e CARDOSO, 2011). Essa condição resulta, para essas localidades, na dependência da comunicação pelo contato direto entre as pessoas (TRINDADE JÚNIOR, 2010). Este mesmo autor reconhece que, nas localidades amazônicas fora das áreas urbanas, o meio técnico-científico informacional se faz presente de maneira muito tímida se comparadas a outras cidades brasileiras e mesmo com outras da região amazônica.

Com relação à população que ocupa a Amazônia brasileira, observa-se que ela se caracteriza pela existência de perfis e condições de vida distintos dos residentes em espaços urbanos e de outras regiões do país, marcados por uma imensa variedade, de acordo com suas origens, o contexto e suas histórias. No âmbito teórico, as análises sobre essas populações variam conforme o campo disciplinar e a linha teórica que as abordam, o que faz com que sejam interpretadas a partir de uma variedade de denominações, sendo reconhecidas como campesina, mestiça, ribeirinha, cabocla. Neste sentido, LIMA e POZZOBON (2005) afirmam existir uma complexidade no uso dos termos para designá-las quando não indígenas.

LIMA (1999) afirma que a maioria dos habitantes da zona rural se reconhecem como agricultores, porém estes costumam manter múltiplas ações, extraindo madeira e outros produtos da floresta, voltadas para garantir o consumo das famílias e não para suprir o mercado. Nesta realidade, o trabalho agrícola tem o caráter sazonal, sendo apenas mais uma, entre as várias ocupações desta população. Para PACE (2006), o reconhecimento da liminaridade e da multivariabilidade sociológica vigente na Amazônia é fundamental para ultrapassar uma identidade exclusivamente étnica, algo que o movimento ambientalista tende a fazer, ao enfatizar o rótulo de “tradicional” e de valorizar esses grupos exclusivamente em função de seus vínculos com a natureza.

Nesta região, RODRIGUES et al. (2018) defendem que o modo como as pessoas vivem e as intersubjetividades que os constituem são aspectos imprescindíveis para compreendermos as relações e práticas do urbano e do rural. Dentre suas principais características, MARINHO e SCHOR (2012) destacam a mobilidade, sendo este um elemento relevante para a compreensão destas populações. Esses autores consideram existir, na Amazônia, entre a população rural e a urbana a coexistência e influência mútua de uma sobre a outra, chegando a afirmar a existência de uma influência vital entre elas. LOMBA e NOBRE-JÚNIOR (2013) reconhecem, nos rios, vias de ligação, que, por um lado favorecem a existência de modos de vida ligados à floresta e, por outro, propiciam as relações com os espaços urbanos. Para os autores, mesmo com a modernização, os ribeirinhos convivem com o urbano sem se desvincular do rural, mobilizando-

se entre ambos os espaços através do rio, sem necessariamente desestruturar seus modos de vida e territorialidades. No que se refere aos modos de vidas adotados por essas populações e que se perpetuam ao longo do tempo, NODA et al. (2006) chama a atenção para os fortes laços de parentesco que se mantêm e são acionados tanto para desenvolver a produção no meio rural, quanto para buscar oportunidades no mundo urbano.

Formalmente a Amazônia Legal tem seu território delimitado em consonância ao Art. 2º da Lei Complementar nº 124, de 03.01.2007, sendo composta pelos estados de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará, Amapá, Tocantins, Mato Grosso, bem como, por 181 Municípios do estado do Maranhão. Possui uma superfície aproximada de 5.015.067,75 km², correspondente a cerca de 58,9% do território brasileiro (IBGE, 2020).

O histórico desta região, a forma como foi ocupada e como o país se relaciona com a Amazônia resultaram para este território desigualdades na distribuição de poder, prestígio e recursos. No que tange às condições de vida das populações que vivem nesta região do país, DUARTE et al. (2017), baseados em indicadores que expressam o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), evidenciaram as piores condições de IDH no semiárido nordestino e na floresta amazônica, sugerindo a persistência de fortes desigualdades sociais nesses espaços.

Avaliação do Índice de Progresso Social (IPS) (2014) na Amazônia Legal, que considera indicadores sociais e ambientais, encontrou que o IPS médio deste território (57,31) é inferior à média nacional (67,73), com quase 98,5% dos municípios amazônicos obtendo pontuação de progresso social inferior à essa média nacional. No componente “Nutrição e cuidados médicos básicos”, que compõe esse índice, os resultados dessa avaliação revelaram que cerca de 1,4 milhão de pessoas (5,8% da população) que vivem na Amazônia apresentam peso abaixo do adequado, e a subnutrição é ainda maior entre as crianças com até 5 anos (8,5%). A taxa de mortalidade por desnutrição (7,8 óbitos para cada 100 mil habitantes) é o dobro da taxa brasileira (3,3). Além disso, a mortalidade materna média dos municípios amazônicos (167,5 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos) é quase três vezes maior que a taxa média brasileira (58,2). Comparada com a média do Brasil, a Amazônia apresenta resultados inferiores para todas as dimensões e quase todos os componentes do IPS, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Índice de Progresso Social na Amazônia Legal

		Brasil	Amazônia
Índice de Progresso Social – IPS		67,73	57,31
Dimensão 1. Necessidades Humanas Básicas		71,60	58,75
Componentes	Nutrição e cuidados médicos básicos	80,01	72,46
	Água e saneamento	74,87	35,35
	Moradia	92,03	72,48
	Segurança pessoal	39,49	54,72
Dimensão 2. Fundamentos para o Bem-estar		70,42	64,84
Componentes	Acesso ao conhecimento básico	67,13	60,61
	Acesso à informação e comunicação	63,44	53,36
	Saúde e bem-estar	68,35	70,57
	Sustentabilidade dos ecossistemas	82,76	74,85
Dimensão 3. Oportunidades		61,18	48,33
Componentes	Direitos individuais	65,39	45,22
	Liberdade individual e de escolha	81,99	64,41
	Tolerância e inclusão	63,59	64,58
	Acesso à educação superior	33,76	19,10

Extraído de: IPS Amazônia, 2014.

Além desses dados, os casos de mortalidade por doenças infecciosas (aids, tuberculose, dengue, malária, entre outras doenças) chega a cerca de 20 óbitos por 100 mil habitantes, sendo que os casos de malária representam taxas consideradas epidêmicas de (10,2 casos para cada mil habitantes). Nas áreas rurais da região amazônica, estima-se que apenas 8% da população tem acesso a um abastecimento adequado de água e apenas 3% têm um sistema adequado de esgoto (SANTOS et al., 2014).

Embora se reconheça que a Amazônia Legal tenha o maior território rural do país, pouco se sabe sobre a diversidade sociocultural das populações que o ocupam, e suas condições de saúde. Ao abordar a saúde da Amazônia, SILVA (2006) afirma: “*milhares ainda nascem e morrem sem qualquer atestado da sua existência*” (p.85).

VIANA et al. (2007), ao analisarem a realidade dos serviços de saúde existentes na Amazônia, levantaram dados que demonstram desigualdades na oferta deles. Em seus estudos, foi realizada uma divisão dos municípios a partir da sua inserção econômica. A análise dos resultados demonstrou diversos problemas existentes nos municípios menores, com destaque para a falta de profissionais de saúde especializados, ausência de dados, dependência com relação aos valores repassados pelo governo federal e disputa por recursos. Por outro lado, o estudo demonstrou a concentração dos serviços de média e alta complexidade nas cidades de Manaus e Belém, enfatizando a insuficiência deles nos demais municípios dessa região. Ficou

evidente, ainda, o frequente encaminhamento de pessoas para tratamento em outros municípios, incluindo algumas questões que poderiam ter sido solucionadas com exames simples e na própria atenção básica.

Com relação a APS nesta região, estudo que utilizou dados do PMAQ no estado do Amazonas encontrou problemas nos atributos de coordenação e longitudinalidade, que tem impedido a realização de um cuidado contínuo, integral e coordenado neste estado e apontou a necessidades de estudos nesta direção (RABELO et al., 2020).

As dificuldades em implantar equipes de ESF na Amazônia, diante da dificuldade em atender ao critério de número de pessoas cobertas previstos pela PNAB, foram também retratadas em estudo de GARNELO et al. (2013). A forma como a população se encontra distribuída em um extenso território, exige que os serviços previstos para lugares fora das localidades urbanas sejam pensados a partir de outras lógicas, que exigem dos gestores capacidade de criar e inovar.

Com relação a essas inovações, destaca-se a previsão na PNAB (BRASIL, 2017), de unidades específicas para a região amazônica e do Pantanal, prevendo a possibilidade de recursos para a construção e manutenção de Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) e de Unidade Básica de Saúde Ribeirinha (UBSR), voltadas para atender as localidades de acesso fluvial na região amazônica e do pantanal.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar como os serviços de APS se organizam e se estruturam diante das necessidades e singularidades amazônicas.

3.2. Objetivos Específicos

- Mapear na literatura os conteúdos referentes à atuação, às estratégias, aos resultados e aos impactos das ações da APS na Amazônia visando construir uma síntese dos achados;
- Identificar e analisar as concepções de gestores e profissionais de saúde sobre o rural amazônico;
- Compreender as práticas de gestão e dos serviços de APS em uma localidade rural amazônica, buscando analisar como atuam diante das necessidades e singularidades do lugar.

4. METODOLOGIA

Considerando as questões explicitadas como objeto deste estudo, adotou-se para a realização desta pesquisa o uso de metodologias qualitativas, que, apesar das diversas vertentes e filiações teóricas, tem como pontos centrais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e a interação entre o investigador e os atores sociais envolvidos na pesquisa (MINAYO, 2006).

A fim de responder aos objetivos, os procedimentos metodológicos foram estruturados em dois eixos analíticos. No primeiro eixo, considerando que a atuação dos serviços de saúde na Amazônia é um tema complexo e que não havia sido revisado na literatura até então, foi realizada uma Revisão de Escopo para mapear a literatura científica e identificar as estratégias da APS na Amazônia e seus respectivos resultados, o que envolveu os estudos publicados, que abordaram esse tema, nos nove países amazônicos, entre os anos 2000 e 2019. No segundo eixo de análise, realizou-se um Estudo de Caso na localidade Cuieiras, situada na área rural de Manaus, no estado do Amazonas.

Considerando que o Estudo de Caso deve envolver uma diversidade de técnicas, optou-se pelo uso de múltiplas estratégias de investigação qualitativa, incluindo a realização de um inquérito domiciliar, observação participante e entrevistas individuais realizadas com gestores e profissionais que atuam nesta localidade. A partir do conteúdo obtido por meio dessas técnicas, foi possível chegar a uma compreensão profunda sobre a atuação da APS na localidade estudada e, a partir da discussão com a literatura, identificaram-se as concepções de gestores e profissionais sobre o rural amazônico e analisou-se como as práticas de gestão e a atuação dos serviços de APS funcionam no local e como lidam com as singularidades amazônicas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo nº. 2.961.083, CAAE 98163418.2.0000.5421 (Anexo 1).

Todos os participantes entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme modelo (Apêndices 1 e 2).

4.1. Revisão de Escopo

A aproximação com o debate acadêmico e com a leitura dos documentos fez surgir a necessidade de se fazer um mergulho na literatura a respeito dos serviços de saúde na Amazônia para compreender quais experiências já haviam sido retratadas nos estudos e seus respectivos resultados. A partir disso, decidiu-se pela realização da Revisão de Escopo, uma vez que ela permite uma aproximação criteriosa dos estudos que envolvem esse tema e possibilita uma síntese capaz de produzir conhecimentos ainda não explorados sobre esse assunto.

Esse tipo de revisão, de acordo com COLQUHOUN et al. (2014), busca mapear conceitos-chave, tipos de evidências e lacunas em pesquisas relacionadas a uma área ou a campo definido, pesquisando, selecionando e sintetizando de forma sistemática o conhecimento existente, visando, ao final do processo, responder a uma questão de pesquisa exploratória.

Para a realização desta revisão, foi utilizado o protocolo proposto por ARKSEY e O'MALLEY (2005), o qual enumera passos a serem seguidos para a construção da revisão. Segundo esses autores, esses passos compreendem: definir a questão da pesquisa; buscar os estudos relevantes; selecionar os estudos; agrupar e explorar os dados, sintetizá-los e apresentar os resultados.

Este estudo, baseado nesses passos, considerou ainda as contribuições ao método propostas por LEVAC (2010), que apresenta recomendações que os tornam mais claros e estruturados, propondo, no primeiro passo, que a questão da pesquisa equilibre amplitude e abrangência do processo de definição do escopo. Também propõe que o segundo passo seja realizado por uma equipe interativa; e, no terceiro e no quarto passos, seja utilizada uma abordagem baseada na literatura para selecionar os estudos e extrair dados. Finalmente, no quinto passo, o autor sugere que sejam incorporados não apenas um resumo numérico, mas também uma análise temática qualitativa, relatando resultados e considerando as implicações das conclusões do estudo para a política, prática ou pesquisa.

4.1.1. Definição da questão de pesquisa

A questão de pesquisa é o elemento norteador do levantamento de estudos disponíveis na literatura indexada. É a partir dela que os próximos passos serão construídos, sendo importante que ela contemple aquilo que se pretende abordar e que ao final seja capaz de trazer um conhecimento que ainda não foi abordado em toda sua extensão na literatura.

Em razão de tratar-se de um tema sobre o qual se tem pouco conhecimento e que se desconhece como tem sido abordado na literatura, optou-se pelo uso de uma questão ampla, no intuito de apresentar uma visão geral a seu respeito. KASTNER et al. (2012) afirmam que o uso de questões amplas permite examinar um tema em toda sua amplitude, recomendando que as questões propostas para uma Revisão de Escopo devem ser adequadamente abertas, para que consigam alcançar a amplitude das respostas que se busca.

Ao mesmo tempo, entende-se que as iniquidades na Amazônia fora dos núcleos urbanos são um dos principais problemas relacionados com os processos de saúde e doença nessa região, e que trazer conhecimentos sobre como a APS têm atuado diante destas questões traria respostas que permitiriam ampliar o conhecimento sobre a APS na Amazônia. Dessa forma, elegeu-se a seguinte questão norteadora para esse estudo: *"Como funciona a Atenção Primária à Saúde e quais são suas estratégias na Amazônia e seus respectivos potenciais para reduzir as iniquidades?"*

4.1.2. Busca dos estudos relevantes

Neste estudo, o conceito de APS seguiu a abordagem defendida por VUORI (1986), que apresenta pelo menos quatro formas diferentes de compreendê-la: como um conjunto de atividades; um nível de cuidado; uma estratégia de organização para o sistema de serviços; como princípio que deve nortear todas as ações desenvolvidas em um sistema de saúde. Dessa forma, as palavras-chave da busca foram identificadas considerando-se esses conceitos.

O termo “rural”, inicialmente, seria um dos descritores de busca. Entretanto, quando foi realizado teste em uma das bases, o uso deste termo conjuntamente com “Amazônia” reduziu significativamente o número de estudos. Esse número reduzido explica-se em razão de ainda persistirem muita indefinição quanto ao uso do termo “rural” na Amazônia, o que faz com que alguns autores não o utilizem, ainda que seus estudos estejam voltados para as localidades fora dos núcleos urbanos da região amazônica. Em razão disso, após a realização do teste e dos posicionamentos presentes na literatura sobre a indefinição do uso do termo rural quando se refere ao território amazônico, optou-se pelo uso do termo “Amazônia” ao invés de “rural”, ficando, a partir disso, decidido que seriam incluídas todas as pesquisas de APS na Amazônia desde que não estivessem limitadas às capitais e núcleos urbanos, e que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão previstos para esse estudo.

Primou-se por contemplar todas as bases de dados voltadas para a saúde, tendo sido utilizadas neste estudo: PUBMED, SCOPUS, LILACS, EMBASE e WEB OF SCIENCE. As palavras-chave da busca foram identificadas por meio de consultas entre os pesquisadores e um bibliotecário de ciências da saúde. A partir dos resultados da busca preliminar, foi realizada uma varredura nos títulos e cabeçalhos de assuntos, sendo ajustados conforme os critérios das bases de pesquisa, como apresentado no Quadro 1. Todos os estudos nas bases de dados limitaram-se aos idiomas inglês, português e espanhol, e com data de publicação entre janeiro de 2000 e novembro de 2019. O intervalo dessas datas foi escolhido em razão desta revisão ter buscado contemplar a literatura contemporânea sobre o assunto.

Quadro 1. Descritores de buscas conforme suas respectivas bases de pesquisa, 2019.

BASES	APS	Amazônia
PUBMED	"primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields] OR ("primary"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary care"[All Fields] OR atenção básica[Title/Abstract] OR atenção primária[Title/Abstract] OR atencion primaria[Title/Abstract] OR saúde da família[Title/Abstract] OR salud familiar[Title/Abstract] OR atendimento básico[Title/Abstract] OR atendimento primário[Title/Abstract] OR servicio* básico* de salud[Title/Abstract] OR basic health service*[Title/Abstract]	amazon* [Title/Abstract]
SCOPUS	"primary health care" OR "primary care" OR "primary health" OR "atenção básica" OR "atenção primária" OR "atencion primaria" OR "saúde da família" OR "salud familiar" OR "atendimento básico" OR "atendimento primário" OR "servicios básicos de salud" OR "basic health services"	amazon*
LILACS	("primary health care" OR "primary care" OR "primary health" OR "atenção básica" OR "atenção primária" OR "atencion primaria" OR "saúde da família" OR "salud familiar" OR "atendimento básico" OR "atendimento primário" OR "servicios básicos de salud" OR "basic health services")	amazon*
WEB OF SCIENCE	("primary health care" OR "primary care" OR "primary health" OR "atenção básica" OR "atenção primária" OR "atencion primaria" OR "saúde da família" OR "salud familiar" OR	amazon*

	"atendimento básico" OR "atendimento primário" OR "servicios básicos de salud" OR "basic health services")	
EMBASE	("primary health care" OR "primary care" OR "primary health" OR "atenção básica" OR "atenção primária" OR "atencion primaria" OR "saúde da família" OR "salud familiar" OR "atendimento básico" OR "atendimento primário" OR "servicios básicos de salud" OR "basic health services")	amazon*

Fonte: Elaborado pela autora

4.1.3. Seleção dos estudos

Ao todo, foram encontrados 817 estudos nas bases pesquisadas. As informações bibliográficas de cada resultado da pesquisa foram importadas para o *Covidence*¹, que consiste em um sistema computacional que auxilia no desenvolvimento de revisões científicas. O uso dessa ferramenta possibilitou a organização dos artigos, a exclusão dos duplicados, bem como facilitou a revisão conjunta dos pesquisadores. Após a exclusão dos artigos repetidos, restaram para a fase seguinte 385 artigos com potencialidade de serem incluídos.

Antes de iniciar a revisão dos títulos e resumos, os critérios de inclusão e exclusão constantes no Quadro 2 foram definidos e ajustados. A partir disso, teve início a primeira fase da revisão, que foi realizada pela autora da pesquisa e mais um pesquisador, conforme orientado na metodologia. Nesta etapa, foram excluídos os estudos que não atenderam aos critérios de inclusão ou que se encaixaram em algum dos critérios de exclusão estabelecidos. Ao longo desta etapa, também foram feitos ajustes nos critérios definidos previamente, conforme foram surgindo situações para as quais não havia critérios previstos. Nos casos em que houve discordância quanto à elegibilidade, o estudo em conflito era revisado por um terceiro pesquisador que não havia participado da primeira fase, que fez seu julgamento contribuindo para a decisão final sobre a inclusão ou não do estudo. Após essa fase, permaneceram 81 estudos.

Quadro 2. Critérios de inclusão e exclusão utilizados na Revisão de Escopo.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
1. Artigos publicados em inglês, espanhol e português.	1. Estudos focados em cuidados de saúde informais. 2. Estudos focados para assistência de média e alta complexidade, serviços de emergência e hospitalares.

¹ <https://www.covidence.org/>

2. Estudos com enfoque na APS ou em um dos seus componentes. 3. Somente artigos revisados por pares.	3. Estudos com enfoque em intervenções clínicas ou rastreio ou que se restrinjam à análise de qualquer doença prevalente. 4. Estudos fora da Amazônia. 5. Estudos restritos a áreas urbanas.
---	--

Fonte: Elaborado pela autora

Na sequência, a autora e mais dois pesquisadores leram os artigos na íntegra e avaliaram a inclusão de cada um de forma independente. As decisões conflitantes foram resolvidas por meio de reuniões entre os pesquisadores, sendo definido que seriam excluídos 17 estudos que não tinham focado na APS, 15 estudos que tratavam de intervenção clínica ou rastreamento ou que se restrinjam à análise de qualquer doença prevalente, 14 estudos restritos a áreas urbanas, 4 estudos que não diferenciaram se os dados eram referentes às localidades rurais ou urbanas, 3 estudos que abordavam territórios fora da Amazônia e 2 artigos que não foram encontrados. Ao final, restaram incluídos 25 artigos, os quais fizeram parte desta revisão.

4.1.4. Agrupamento e exploração dos dados

A partir da definição dos estudos incluídos, foi construído um quadro analítico com questões para extração de informações padronizadas, contendo questões gerais e específicas sobre os artigos, que compreenderam os seguintes dados: autor, ano do estudo, objetivo, país em que o estudo foi realizado, tipo de estudo, metodologia utilizada, o modo como os autores descreveram o rural amazônico, a atuação da APS, e resultados das ações da APS.

Considerou-se, para a realização do mapeamento, as orientações de PAWSON et al. (2005) que afirmam que o conteúdo deve ser apresentado de forma contextualizada o mais compreensível possível, buscando evitar produzir um simples resumo ou perfil de cada estudo. Essa fase também exigiu que fossem realizadas decisões, sendo valorizada a discussão entre a equipe para resolução das divergências quanto à alocação dos conteúdos.

4.1.5. Síntese

O estudo de escopo deve abranger um número de estudos representativos do tema na literatura, que devem ser analisados criticamente. Neste sentido, não se busca uma simples agregação dos resultados para gerar uma resposta, mas sim, que seja realizada uma síntese da qual novos conhecimentos possam ser apreendidos (ARKSEY e O'MALLEY, 2005). Apesar da Revisão de Escopo contar com uma estrutura analítica para sua realização, não se faz a análise considerando “peso” dos achados encontrados. Neste sentido, buscou-se que os dados

fossem analisados criticamente, o que possibilitou que o estudo trouxesse conhecimentos sobre a questão levantada, sendo ainda identificadas as lacunas na literatura sobre o tema proposto.

Desde a consecução da Revisão de Escopo, foi realizado um intenso processo de análise, que exige do pesquisador envolvimento e amplo domínio do conteúdo relacionado ao tema, que possibilitou a definição da pergunta, a formulação do instrumento de extração de dados, bem como a síntese dos resultados, diferenciando-se de outros tipos de revisões sistemáticas que usam instrumentos padronizados.

A síntese dos estudos distribuídos em categorias foi debatida entre os pesquisadores e oportunizou a criação de um corpo de conteúdos. Esse corpo permitiu que fossem realizadas não apenas inferências, mas também que fosse estabelecidas relações entre os temas e palavras apresentados, os quais, juntamente com os conceitos relevantes na literatura, permitiram a análise do conteúdo presente nos estudos.

4.2. Estudo de Caso

Segundo LEFFA (2006, p.15), em um Estudo de Caso “Não se investiga uma variável isolada; procura-se, ao contrário, descrever todos os aspectos que envolvem o caso, apreendendo em sua totalidade”. Neste sentido, foram utilizadas metodologias diversas que possibilitaram diferentes perspectivas de análises que, ao final, foram discutidas visando a uma maior compreensão sobre o objeto do estudo. O Estudo de Caso permite que o objeto estudado tenha preservada sua unidade, mesmo que ele se entrelace com o contexto em que está inserido, possibilitando que sejam formuladas hipóteses e teorias, permitindo a explicação de variáveis em situações ainda que complexas (GIL, 2002).

De acordo com as classificações propostas por YIN (2015) que identificam os propósitos do Estudo de Caso, pode-se afirmar que esta pesquisa trata de um Estudo de Caso Exploratório, visto que tem como objetivo prover maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa, contribuindo principalmente para esclarecer uma situação na qual as informações são escassas e tendo como finalidade definir questões ou hipóteses relevantes para investigações posteriores.

MINAYO (2006) aponta vantagens trazidas pelo campo nos estudos, considerando-o como etapa essencial para a pesquisa qualitativa. Dentre as vantagens, ela destaca que um estudo local apresenta discussões próprias das especificidades de um lugar.

Seguindo essas orientações, este estudo dedicou-se a uma localidade específica fora dos núcleos urbanos amazônicos. A partir dele, discutiu-se questões próprias da localidade, sendo

realizada uma compreensão profunda sobre o lugar, mas também buscou-se analisar, as estruturas mais amplas com as quais o local interage, buscando a compreensão das relações entre as interações no nível micro e suas relações externas.

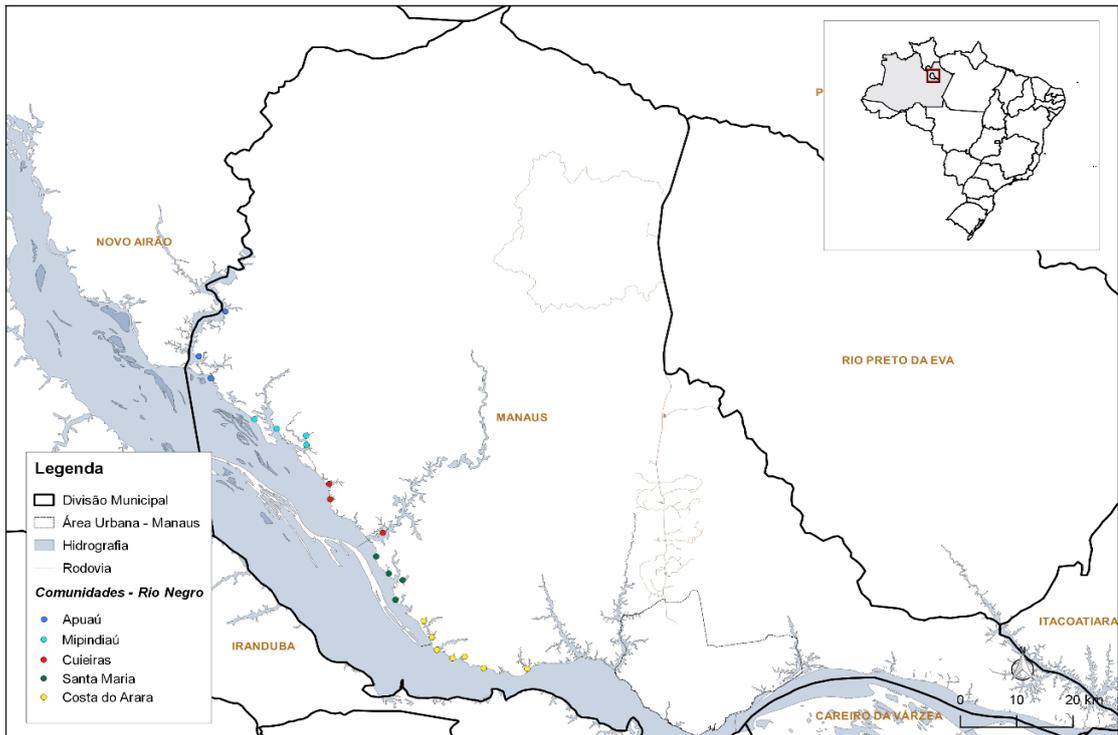
Dentre as condições para eleger o local de realização desta parte do estudo, destaca-se o fato dele precisar apresentar características comuns presente em boa parte do território amazônico, sendo elas, o isolamento geográfico, limitadas formas de comunicação, baixa densidade demográfica e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Em razão de possuir essas características, esse estudo foi realizado na localidade Cuieiras, situada na área rural de Manaus.

Para obtenção dos dados, foram utilizados um inquérito de base domiciliar, observação participante no local do estudo e a realização de entrevistas semiestruturadas, individualmente, com gestores e profissionais responsáveis e executores das ações de APS no local estudado.

4.2.1. Local do estudo

A margem do rio Negro localizada na área rural do município de Manaus é uma área que só tem acesso via fluvial e onde vivem 2.342 habitantes que se distribuem em 38 localidades. Para organizar o atendimento para essa população, a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) definiu áreas de abrangência, sendo em cada uma delas instalado um Posto de Saúde, onde atuam técnicos de enfermagem e ACS. Essas áreas também são assistidas mensalmente pela UBSF que presta assistência à saúde uma vez por mês para essas localidades. Elas também têm assistência de uma ambulância do SAMU que presta serviço para as margens do rio Amazonas e Rio Negro nos casos de urgência. Conforme essa organização, a margem rio Negro ficou dividida em cinco áreas de abrangência: Mipindiaú, Cuieiras, St. Maria, Costa do Arara e Apuaú, conforme apresentado na Figura 3.

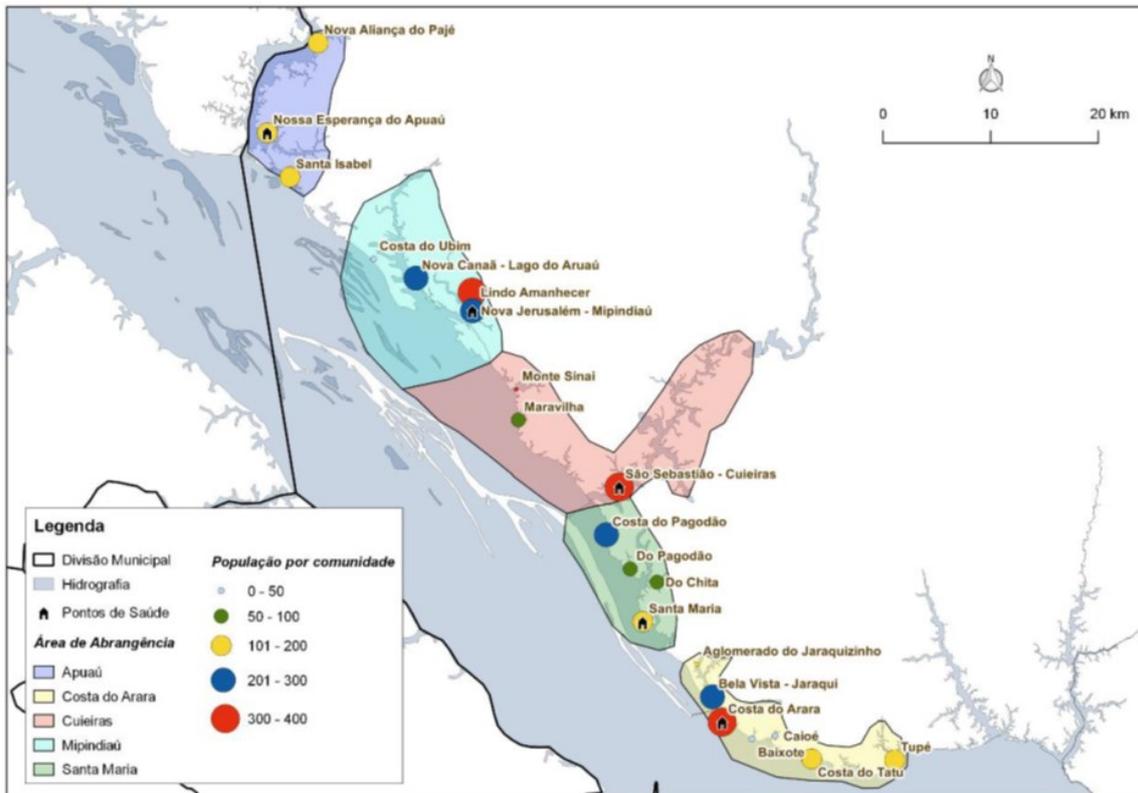
Figura 3. Comunidades na margem do Rio Negro no município de Manaus



Fonte: Dados cartográficos: SEMSA e IBGE. Mapa elaborado pelo Núcleo de Apoio à Pesquisa/NAP/ILMD/FIOCRUZ, Manaus, 2018.

Este estudo voltou-se especificamente para as comunidades pertencentes ao Cuieiras, localizando-se no meio do caminho entre a área urbana de Manaus e o município de Novo Ayrão. Em Cuieiras vivem 415 pessoas cadastradas pela SEMSA, que se distribuem em uma comunidade chamada São Sebastião do Cuieiras, onde vive a maior parte das pessoas, outras comunidades menores e igarapés (braços menores do rio), onde pessoas vivem em casas isoladas que se distanciam quilômetros umas das outras, conforme apresentado na Figura 4.

Figura 4. Distribuição populacional entre as principais comunidades das áreas de abrangência do Rio Negro (Manaus- AM) conforme cadastro da SEMSA, 2017.



Fonte: Dados cartográficos: SEMSA e IBGE. Mapa elaborado pelo Núcleo de Apoio à Pesquisa/NAP/ILMD/FIOCRUZ, Manaus, 2017.

A localidade de Cueiras fica na parte central da margem do Rio Negro e a distância da sua principal comunidade para a área urbana de Manaus é de 80 km, o que significa uma duração em média 10 horas ou mais do trajeto do barco que faz este transporte para Cueiras. Deve-se considerar, contudo, que o tempo da viagem pode variar a depender da potência do motor e o regime do rio, no caso, se cheia ou vazante. Ressalta-se ainda, que esse meio de transporte só chega até a Comunidade São Sebastião do Cueiras, sendo que, após a chegada nessa comunidade, muitas pessoas ainda necessitam se deslocar, algumas vezes por horas, dependendo do tipo de transporte, para chegar às suas residências localizadas nos igarapés e em comunidades menores mais longínquas.

Cueiras, apesar de localizado em uma capital, compartilha algumas realidades semelhantes às regiões amazônicas isoladas no que tange ao acesso aos serviços, bens e pela ausência de instituições. A área urbana mais próxima é a de Manaus para onde as pessoas têm que se deslocar quando necessitam acessar serviços e para a compra de produtos. Em Cueiras, estão presentes somente uma escola e o Posto de Saúde, que são as únicas instituições do lugar.

Outra situação que reforça o isolamento desta localidade são suas deficiências quanto ao acesso às redes de comunicação, visto que há poucas operadoras de telefonia móvel e o sinal é fraco, instável e só atende a alguns pontos da localidade. Em razão dessas dificuldades, com frequência recorre-se ao contato direto interpessoal, sendo em alguns casos, a única forma de comunicação possível. Na comunidade São Sebastião do Cuieiras, onde a maior parte das pessoas se concentra, somente a escola tem internet banda larga, via satélite.

4.2.2. Inquérito transversal

O Inquérito realizado em Cuieiras fez parte da pesquisa “Estudo exploratório das condições de vida e saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão que são atendidas pela UBSF no trecho da calha do Rio Negro, no município de Manaus, realizado pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD) – Fiocruz, por meio do Laboratório de Situação de Saúde e Gestão do Cuidado de Populações Indígenas e outros grupos vulneráveis (SAGESPI). A autora desta tese faz parte do referido laboratório e da pesquisa citada e participou efetivamente da construção do questionário e sua aplicação.

O questionário seguiu os parâmetros utilizados nos inquéritos epidemiológicos nacionais (SZWARCOWALD et al., 2014) e as recomendações da Organização Mundial da Saúde. O instrumento contemplou características socioeconômicas, demográficas e de saúde e estilo de vida de todos os moradores dos domicílios selecionados, sendo ainda avaliado o acesso aos serviços de saúde, a avaliação dos moradores com relação aos serviços e as barreiras que as pessoas identificavam para seu uso.

Antes da aplicação do questionário para as comunidades atendidas pela UBSF nas margens do Rio Negro, foi realizada uma aplicação do questionário para outras comunidades com características próximas ao da área estudada. A aplicação do inquérito para as localidades situadas às margens do rio Negro atendidas pela UBSF aconteceu no ano de 2019 e foi realizado em três viagens seguidas, sendo este o tempo necessário para a conclusão da coleta de dados. Os estudos classificados como transversais caracterizam-se pela coleta de dados de determinado número de indivíduos em uma única oportunidade, cujo recurso de medida geralmente utilizado é o questionário (KLEIN e BLOCH, 2003).

Para sua realização, inicialmente, procurou-se identificar o número de domicílios presentes nestas localidades. Esta listagem foi fornecida pela SEMSA com base no cadastro das famílias residentes em cada uma das áreas de abrangência. O cálculo amostral do estudo

baseou-se nesta listagem e levou em conta a representatividade de populações específicas de interesse da pesquisa, que incluiu adultos e idosos de ambos os sexos e crianças menores de 2 anos. Considerando isso, foi realizado o cálculo da probabilidade de encontrar os indivíduos de cada grupo dentro de cada domicílio. Esse cálculo levou em conta também o tamanho da amostra e considerou 50% dos desfechos de interesse e precisão de 95%, sendo acrescentado 10% para possíveis perdas ou recusas, com ajuste para a população finita, o que totalizou uma amostra de 277 pessoas e 239 domicílios participantes do inquérito.

Para a localidade de Cuieiras, a fração da amostra foi calculada conforme o número de moradores que totaliza 415 pessoas nos 86 domicílios existentes. Desses, 48 domicílios efetivamente participaram do inquérito. Para este estudo foram consideradas as respostas do morador principal, que era um adulto homem ou mulher eleito para responder sobre as questões relacionadas ao domicílio. Nos casos de terem sido colhidos dados de dois moradores adultos, os dados deste segundo morador também foram considerados para esta pesquisa.

Os domicílios participantes foram selecionados a partir de uma amostragem aleatória estratificada sistemática, sendo incluídos, por estrato certo, os domicílios que possuíam crianças menores de dois anos de idade. Na amostragem sistemática, o total de domicílios na comunidade foi dividido pelo número de domicílios selecionados para obter o intervalo entre os domicílios selecionados. A partir dos mapas mentais elaborados pelos ACS, foram selecionados os domicílios seguindo o curso do rio ou a disposição encontrada nas localidades.

Para testar a clareza e a viabilidade do questionário, bem como sua consistência interna, foi realizado um estudo piloto conduzido em áreas rurais do município de Manaus que não faziam parte do estudo principal.

O questionário abordou questões relativas aos dados socioeconômicos, demográficos e sanitários (escolaridade; ocupação; características domiciliares; renda e fontes de renda), sendo também

abordadas questões sobre às condições de saúde das pessoas e de uso e acesso aos serviços de saúde. O questionário foi aplicado no domicílio dos moradores de cada localidade.

4.2.3. Observação Participante

A observação participante foi realizada a partir dos pressupostos de MINAYO (2006), que entende sua aplicação com a finalidade de realizar uma investigação científica, objetivando

obter informações do dia a dia e sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. Segundo esta autora, a importância da Observação Participante é tão significativa que vai além de uma estratégia no conjunto da investigação, conformando-se como um método de compreensão da realidade.

As observações foram realizadas em dois momentos durante os quais a pesquisadora permaneceu o total de dez dias na comunidade de São Sebastião do Cuieiras, hospedada na casa de um dos moradores que pertencia a esta comunidade. Para os ajustes e planejamento da estadia na comunidade, a pesquisadora participou previamente de uma reunião realizada pela SEMSA na qual apresentou sua pesquisa e combinou detalhes das datas e da sua estadia na comunidade.

Para a realização da Observação Participante foram seguidas as etapas elencadas por QUEIROZ et al. (2007). Primeiramente, foi realizada uma interação informal com as pessoas que vivem na comunidade São Sebastião do Cuieiras. Nesta oportunidade, foram estabelecidos os primeiros contatos e impressões sobre o lugar e as pessoas. Em seguida foi realizada uma observação mais profunda sobre o cotidiano das pessoas, o reconhecimento das organizações e instituições existentes na comunidade e conhecimento sobre o contexto local.

Para facilitar a localização e promover uma maior interação com as pessoas da comunidade, a pesquisadora combinou um encontro com moradores, que aceitaram previamente o convite, e apresentou a eles imagens da comunidade em que vivem, retiradas do Google Maps. Nas imagens, previamente impressas, a pesquisadora solicitou que eles identificassem os principais pontos da comunidade, indicando os locais onde: conseguiam alimentos; realizavam atividades de lazer; estudavam; realizavam reuniões comunitárias; realizavam tratamentos de saúde; trabalhavam; obtinham água para o consumo. Foi solicitado também que identificassem os pontos de internet existentes na localidade.

Além de imagens da própria comunidade de São Sebastião do Cuieiras, foram apresentadas imagens das outras comunidades menores e igarapés que compõem a localidade de Cuieiras, sendo solicitado que, também, apontassem os referidos pontos, caso mantivessem interação com essas outras localidades.

Esse reconhecimento facilitou o deslocamento da pesquisadora na localidade e sua compreensão sobre o dia a dia dos moradores. Após isso, foi realizada ao longo dos dias uma observação mais profunda sobre o cotidiano das pessoas no contexto local e o funcionamento

das instituições, em especial da atuação do Posto de Saúde. A experiência de estar próximo dos moradores, convivendo com suas realidades, permite que o pesquisador relativize o seu espaço social e se permita, em razão da aproximação com seu interlocutor, colocar-se no lugar do outro (MINAYO, 2006).

Durante os dias, na primeira ida à localidade, a pesquisadora dedicou-se a observar o atendimento dos ACS e o percurso que realizavam. Na comunidade em que estava instalada, a pesquisadora pôde fazer essa atividade a pé, acompanhando o ACS responsável pelo atendimento na comunidade de São Sebastião do Cuieiras. Entretanto, para o reconhecimento e acompanhamento dos atendimentos realizados em outras comunidades menores e nas casas isoladas nos igarapés, mas que ainda fazem parte da localidade do Cuieiras, foi necessário a utilização de um barco com maior potência do que os ACS costumam trabalhar, para que a pesquisadora pudesse dar conta de todo o percurso nos dias que estava na localidade.

Na visita às localidades fora da comunidade maior, a pesquisadora registrou as coordenadas de cada domicílio, o que tornou possível a identificação deles no Google Maps e a construção do mapa com os trajetos dos ACS.

A segunda ida à comunidade foi planejada para coincidir com o período que a UBSF estaria realizando atendimentos na localidade. Considerando isto, a pesquisadora se organizou para chegar antes do dia em que a UBSF prestaria atendimento, visando observar como a localidade se preparava e organizava as pessoas para a realização dos serviços.

Nesta ocasião, foi possível observar os procedimentos prévios realizados pelos ACS, o deslocamento das pessoas na comunidade para o atendimento e a chegada das pessoas vindas de outras localidades para o local onde o barco iria atracar. Durante os atendimentos realizados pela UBSF foi possível acompanhar a realização das atividades dos profissionais e a interação das pessoas com os profissionais.

A pesquisadora utilizou um diário de campo para registro das informações recebidas e das suas impressões. As anotações foram realizadas logo em seguida às observações. Após esse processo, as observações foram sistematizadas e organizadas segundo proposto por QUEIROZ [22] nesta fase.

Dentre as limitações da observação participante, é possível afirmar que nem todos os fenômenos podem ser observados na estada do pesquisador em campo, além disso, os critérios de seleção dos eventos a observar muitas das vezes não são tão óbvios quanto se deseja, tendo

o investigador dificuldade em avaliar a adequação dos critérios usados, evidenciando-se um problema com a seletividade/cobertura limitada (KENRICK et al., 2005).

4.2.4. Entrevistas

Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas baseadas em um roteiro prévio. Segundo MINAYO (2006):

Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista esse objetivo (MINAYO, 2006, p.261).

Pretendeu-se com as entrevistas alcançar atores considerados chaves para o planejamento e execução das ações de APS nas localidades rurais do município de Manaus, em especial, na localidade de Cuieiras. O roteiro compreendeu questões sobre suas práticas, percepções e sentidos produzidos sobre sua atuação neste contexto.

Para participar da entrevista, foram selecionados gestores da sede municipal e do Distrito de Saúde Rural (DISAR) e profissionais de saúde da UBSF e o Diretor do Posto de Saúde e os ACS que atuam na localidade de Cuieiras.

Para realização das entrevistas, foram construídos dois roteiros (Apêndices 3 e 4), um deles voltado para os gestores e outro para os profissionais de saúde, que foi o mesmo utilizado para o Diretor do Posto de Saúde e para os ACS. A elaboração dos instrumentos levou em conta os pressupostos de MINAYO (2012), que orienta que a construção dos instrumentos deve considerar o disposto na literatura sobre o tema e as observações prévias do campo. Isso resultou na construção de entrevistas semiestruturadas subdividas nas principais categorias que orientaram a coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas individualmente, a maior parte delas foi realizada na área urbana de Manaus e todos os entrevistados permitiram que a entrevista fosse gravada. A transcrição dos áudios foi realizada logo após a realização delas, no intuito de captar as impressões mínimas que foram registradas pela pesquisadora.

Buscou-se, entre os entrevistados, contemplar todos os gestores que estão relacionados com a prestação de serviços nas áreas rurais de Manaus, incluídos os que atuam na sede da SEMSA e no DISAR. Com relação aos profissionais, foram selecionados todos os profissionais de nível superior que atuam na UBSF, os ACS e o Diretor do Posto de Saúde, por entender que

estes seriam os profissionais com maiores responsabilidades com o modelo de serviços e que suas falas seriam relevantes para compreender a atuação da APS na localidade estudada.

4.2.5. Análise dos dados

A análise dos dados do Estudo de Caso buscou articular os dados obtidos pelos diversos recursos metodológicos disponíveis, entendendo que o objeto para o qual o estudo está voltado exige que se ultrapasse os limites disciplinares, sendo necessária uma “compreensão/explicação’ em profundidade”, como uma “explicação em extensão” (DESLANDES e ASSIS, 2002, p.195).

Os dados do inquérito foram analisados de forma descritiva, sendo incluídas as variáveis de interesse para esse estudo que se referiram às questões socioeconômicas, demográficas e sanitárias dos respondentes, bem como dos seus respectivos domicílios. Além desses, foi realizada a análise de dados referentes à avaliação do serviço de saúde pelos moradores, às condições de uso e de acesso a esses serviços e a algumas questões sobre suas percepções sobre o serviço de saúde.

Para apreender os conteúdos relevantes, presentes nos resultados das observações e das entrevistas, em consonância com os objetivos específicos da pesquisa, foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temática, organizada em dois grupos (“gestores” e “profissionais de saúde”). O grupo dos profissionais de saúde incluiu também os conteúdos das respostas do Diretor do Posto de Saúde e dos ACS. Os conteúdos foram analisados a partir de temas e de categorias propostas nos roteiros das entrevistas. A análise de conteúdo pôde ser utilizada para as diferentes fontes de conteúdo (verbais ou não-verbais).

Esse método de análise permite que, a partir dos dados encontrados na pesquisa qualitativa, o autor realize análises sobre o tamanho das respostas, a frequência dos conteúdos, convergências e divergências nos discursos a fim de, com base no referencial teórico adotado, fazer inferências de sua autoria.

A pesquisadora também se pautou em um processo reflexivo sendo realizada em um processo contínuo, com retorno aos dados, sempre que necessário, para refletir sobre sua análise inicial. Trata-se de uma técnica apurada, exigindo do pesquisador disciplina, dedicação, paciência e tempo, bem como um certo grau de intuição, imaginação e criatividade, nomeadamente na etapa de definição e titulação das categorias de análise, sem descuidar do

rigor e da ética como fatores necessários à aplicabilidade da técnica (SILVA; FOSSÁ, 2015). De fundamental importância, igualmente, foi a importância por parte da pesquisadora na realização de uma vigilância de não-viés durante a análise. Ao utilizar os conteúdos não se faz necessário forçar o consenso nos resultados, ao contrário, pode-se adotar essas variações na interpretação e utilizá-las para capturar a riqueza dos dados (CARTER et al., 2014).

MINAYO (2006, p.316) aponta que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. Significa dizer que, a partir dos objetivos da pesquisa, identifica-se a presença, ausência, repetições e contradições na fala dos participantes em relação aos temas investigados. Para tanto, os seguintes procedimentos foram adotados: a) pré-análise: leitura flutuante do material coletado; b) exploração do material: codificação e recortes dos elementos constitutivos do objeto de estudo em dois temas – “concepções sobre o rural amazônico” e “práticas frente às singularidades amazônicas”) tratamento e interpretação: processo analítico de significação e validação dos resultados.

A análise realizada buscou ir além do conteúdo presente nas respostas, compreendendo, conforme GEERTZ (2008) que a descrição densa usa explicações detalhadas para demonstrar não apenas o comportamento, mas também, o contexto subjacente ao comportamento. Neste sentido, a análise considerou os aspectos sociais e culturais que podem ajudar a explicar a experiências de exclusão das populações fora das áreas urbanas na Amazônia, primando por compreender como os valores, atitudes e sistemas de crenças dos profissionais e gestores são construídos e, por sua vez, representados em suas práticas.

Os conteúdos presentes nas observações e nas entrevistas foram organizados conforme as categorias prévias, com auxílio do *software* MAXQDA® Plus Versão 2020 que possibilita processos de trabalho mais eficientes, eficazes e fidedignos. A partir das categorias prévias, os conteúdos foram sintetizados e divididos, o que possibilitou a criação de quadros que facilitaram a análise.

Para uma compreensão que integrasse aspectos internos e externos que se relacionam com a prestação de serviços de APS em Cuieiras, este estudo utilizou o *framework* proposto por BOURKE (2012). Este *framework* foi desenvolvido por uma equipe de pesquisadores de diversas disciplinas (Geografia, Saúde Pública, Medicina, Política de Saúde, Serviço Social, Desenvolvimento Comunitário e Sociologia) com experiência na atuação de serviços nas áreas rurais e remotas. E, a partir de estudos de temas significativos para a área, discutidos em

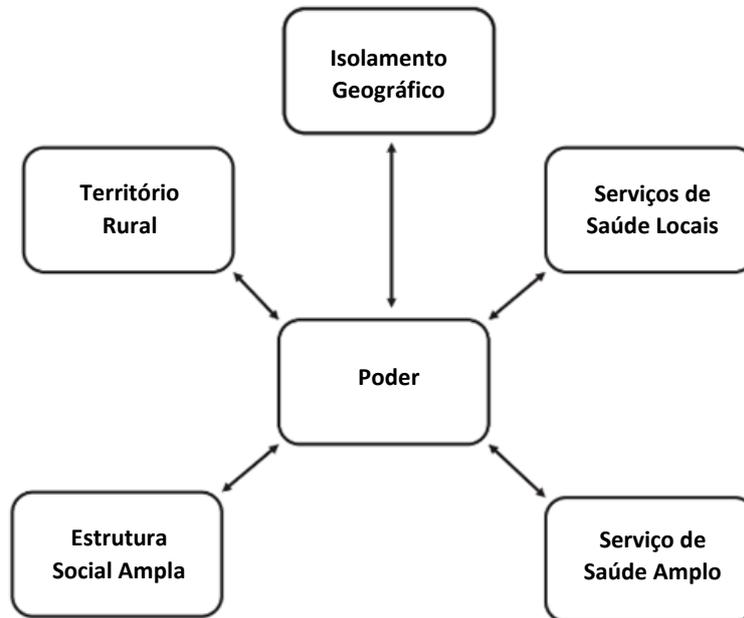
encontros e eventos, propuseram um modelo conceitual que auxilia na compreensão de questões específicas no que diz respeito não apenas à saúde em áreas rurais e remotas, mas também às suas interações com aspectos externos mais amplos que podem explicar o funcionamento dos serviços em áreas rurais e remotas.

O modelo conceitual proposto considera que as ações promovidas e os usos feitos dos recursos em saúde são decorrentes dos fatores intersubjetivos, que são construções baseadas na experiência temporal e intersubjetiva. Baseadas na teoria interacionista proposta por GIDDENS (2009), os autores partem do entendimento de que essas construções influenciam no modo como se dão as ações e os comportamentos das pessoas no nível local, como também revelam como essas pessoas são afetadas pelas estruturas mais amplas da sociedade global. Ressaltam ainda, que as experiências locais, em interação com as estruturas sociais mais amplas, acabam por transformar as relações de poder, ações e relações humanas globais.

Neste sentido, esse modelo conceitual foi usado nesse estudo em razão dele permitir analisar o modo como os serviços de saúde se estruturam e funcionam nos contextos rurais (BOURKE et al., 2012b).

Desta forma, realizou-se, a partir dos dados do Estudo de Caso a análise dos conteúdos, guiada pelo framework proposto que inclui seis questões-chave, apresentadas na Figura 5, quais sejam: a) o isolamento geográfico; b) as questões locais que envolvem os modos de vida e relações na localidade; c) as respostas de saúde dos serviços que atuam no território; d) os sistemas de saúde que se conectam com os sistemas de saúde presentes no território; e) as relações sociais deste território em um contexto mais ampliado, e; f) o poder de transformação interno e externo ao território.

Figura 5 – Estrutura conceitual da saúde rural e remota



Extraído de: Bourke et al., 2012

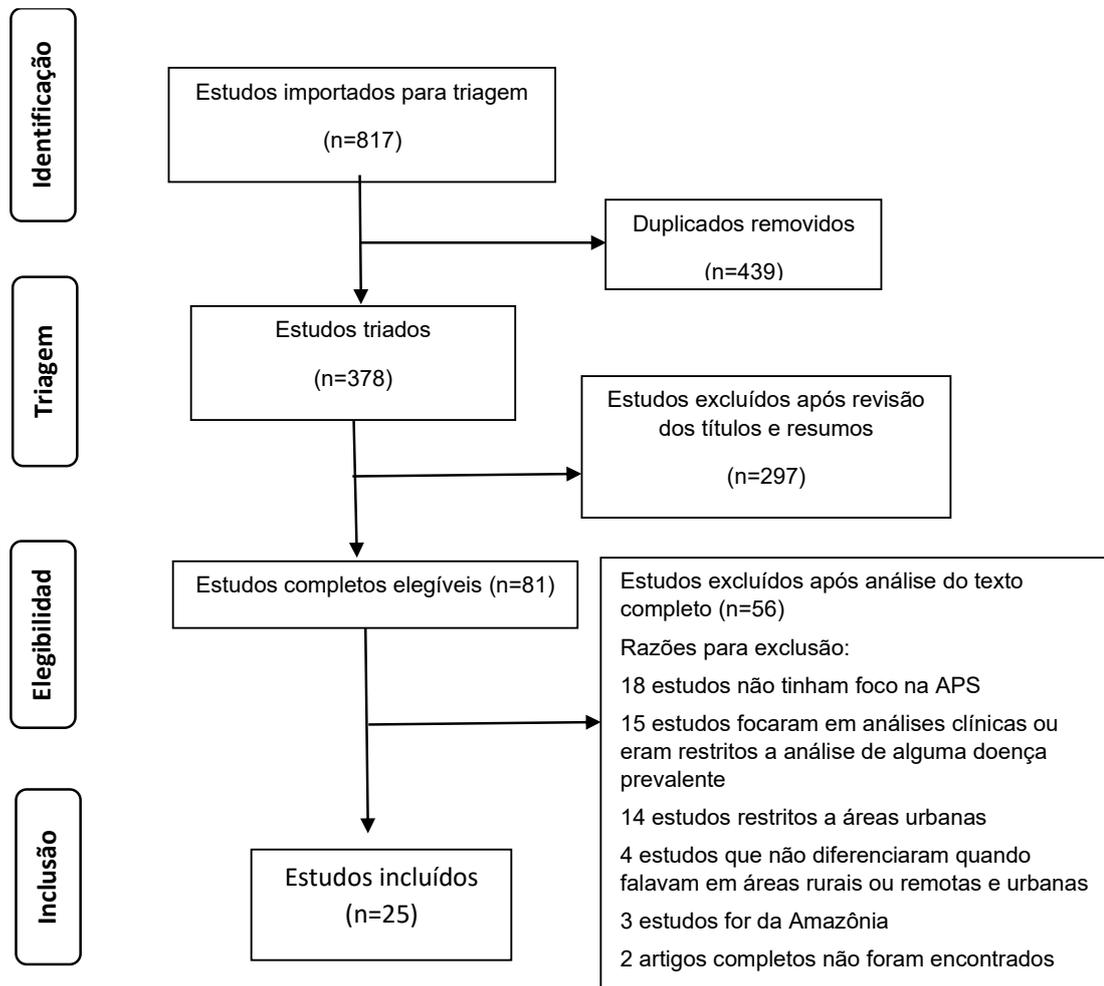
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. APS na Amazônia

5.1.1. Características gerais dos estudos

Dos estudos que tiveram como foco a APS na Amazônia, um total de 817 resultados retornaram das pesquisas de banco de dados. Depois que os estudos duplicados foram removidos, 378 registros exclusivos permaneceram para possível inclusão na revisão. A partir desses estudos, foram realizadas as leituras dos resumos, restando 81 estudos que foram lidos na sua integralidade de forma independente pelos pesquisadores, restando 25 estudos que foram incluídos, conforme apresentado na Figura 6.

Figura 6. Fluxo do processo da análise de escopo.



Fonte: Elaborado pela autora.

A partir do mapeamento desses 25 estudos, produziu-se o Quadro 3 (Apêndice 5) que identifica conteúdos relevantes e que buscou responder à pergunta conduzida na revisão, conforme proposta metodológica.

Do número total de estudos, dezoito deles abordaram unidades de saúde em funcionamento no Brasil que atuam segundo as diretrizes da ESF que são válidas para todo o país. A ESF foi implantada no Brasil no ano de 2006 e se configura como a principal iniciativa de atenção primária no país, orientada pelos princípios: primeiro contato, integralidade, coordenação, longitudinalidade, orientação comunitária, foco na família e competência cultural (CORBO; MOROSINI, 2005).

As unidades que atuam seguindo o preconizado pela ESF devem funcionar como porta de entrada de todo sistema e com equipes multiprofissionais compostas de no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde.

Esses profissionais prestam assistência em unidades de saúde que devem atuar de forma geograficamente territorializada. Além disso, a ESF tem como pressupostos a responsabilidade da equipe com um número estabelecido de pessoas no território, com as quais deve desenvolver ações de saúde, sendo sua atribuição a realização das ações de atenção de forma integral e contínua centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social.

Apesar de ser um modelo de atuação válido para todo o país, a ESF adota algumas especificidades na forma de funcionamento em território amazônico que foram abordadas por alguns estudos incluídos nesta Revisão de Escopo. Um dos estudos abordou a UBSF (KADRI et al., 2019) que é um modelo de unidade de saúde previsto desde 2012. Esta unidade funciona sob os mesmos princípios da ESF e se caracteriza por um serviço de visita que funciona dentro de um barco e tem a facilidade de se deslocar pelos rios.

Outros dois estudos (GARNELO et al., 2001; SCOPEL et al., 2015) voltaram-se para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), que também é uma particularidade presente nas áreas indígenas do país, predominantes na Amazônia. Essa atuação se caracteriza pelo treinamento de indígenas pelos serviços de saúde para realizar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde voltadas à população indígena, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas (BRASIL, 2018). Dois estudos (PEREIRA e PACHECO, 2017; SOUZA, 2015) realizados no Brasil, voltaram-se para estratégias e o funcionamento do Programa Mais Médicos (PMM). Esse programa consiste prioritariamente na provisão emergencial de médicos na atenção primária de áreas vulneráveis, que incluiu fixação de profissionais em áreas remotas (BRASIL, 2013).

Diferentemente do Brasil, as unidades estudadas nos outros países amazônicos que foram apresentados nos estudos tinham formatos de unidades específicos para as áreas rurais. Com exceção do Brasil, nos demais países, é comum que as unidades que atuam em áreas rurais e remotas, como no caso da Amazônia, prestem assistência com ACS ou técnicos de enfermagem que são acompanhados por médicos que se situam em outras localidades (GIOVANELLA et al., 2015). Outra característica comum desses serviços é que eles são

implantados em localidades com menor densidade demográfica e têm responsabilidade por um número menor de pessoas.

Em geral, os estudos se voltaram para o funcionamento de unidades de saúde ou projetos e ações desenvolvidas nas áreas rurais e remotas amazônicas em unidades que prestam serviços públicos, e que, ofertavam serviços gratuitos. Os estudos se reportaram às atividades desenvolvidas nessas unidades e, em alguns casos, se voltaram para projetos específicos desenvolvidos nelas. Destaca-se uma variedade de atores que, nesses estudos, configuravam-se como responsáveis pela realização dessas ações nessas localidades, onde se incluem organizações sem fins lucrativos, fundações e programas desenvolvidos pelas universidades.

5.1.2. Locais dos estudos

Os resultados desta revisão indicam a existência de um número reduzido de estudos dedicados à APS em localidades amazônicas e revelou ainda, a existência de desigualdades na distribuição desses estudos nos nove países amazônicos, o que pode ser verificado na maior proporção de estudos no Brasil e na ausência de estudos na Bolívia, Colômbia, Guiana, e Guiana Francesa. A ausência de estudos com esse tema em determinados países amazônicos se revela ainda mais agravante, visto que países com dificuldades financeiras são os que mais deveriam investir em pesquisas de saúde voltadas para a APS (BEASLEY et al., 2007).

Dos artigos incluídos, a maioria teve origem no Brasil (n = 21), seguido pelo Equador (n = 2), Venezuela (n = 1), Suriname (n = 1) e Peru (n = 1). Além de registrar o país onde ocorreu a atuação na APS, esta revisão priorizou como os autores se referiram ao lugar onde o estudo foi realizado. Essa caracterização foi valorizada devido às diferentes paisagens e populações que habitam a Amazônia e as questões que envolvem as dificuldades em nominar as localidades nesta região quando estão fora dos núcleos urbanos.

Nos resultados, foi possível observar que a maioria dos autores se referiu ao lugar do estudo como "pequenos municípios" (n = 9). Outra forma que os autores utilizaram para denominar o local foi a partir do uso do termo "áreas indígenas" (n = 7); alguns estudos referiram o local como "rural / remoto" (n = 3) outros e -se ao local tomando como referência "a região do país" onde se localizava o local estudado (n = 2); outros autores ainda usaram características que descrevem o local como uma "região de várzea" (n = 2). Um dos estudos que também se referiu às áreas ribeirinhas enfatizou mais os aspectos das populações que

habitam o lugar, referindo-se a ele como "comunidade de pescadores" (n = 1); e, por fim, um dos estudos referiu-se ao local usando o termo "interior" (n = 1).

Esses resultados demonstram a variedade de termos usados para se referir ao lugar. O que reforça a heterogeneidade presente nesta região e a dificuldade de nomeá-los a partir de um único conceito de "rural". O que reforça que foi correta a decisão de considerar o termo "Amazônia" ao invés de "rural" nesta revisão, o que permitiu ser incluído um maior número de estudos que contemplaram áreas fora das áreas urbanas da região.

5.1.3. Funcionamento e estratégias da APS na Amazônia

Dos 25 estudos, 11 deles (GARNELO et al., 2001; VACAS et al., 2003; MARTÍNEZ et al., 2004; PAIXÃO et al., 2009; KITAJIMA e MOREIRA, 2012; SOUSA, FJS e ANDRADE, FSD, 2015; KAWASAKI et al., 2015; SCOPEL et al., 2015; PEREIRA e PACHECO, 2017; EERSEL et al., 2018; KADRI et al., 2019) revelaram resultados promissores no que diz respeito ao funcionamento e estratégias propostas pela APS. Contudo, 14 estudos apresentaram resultados que destacaram as dificuldades e desafios que se impõem para o funcionamento da APS na Amazônia (FARIA et al., 2010; MORETTI-PIRES, 2009; MORETTI-PIRES et al., 2010, 2011a, 2011b; MORETTI-PIRES e CAMPOS, 2010; PULIDO FUENTES, 2010; PIONER, 2012; HEUFEMANN et al., 2013; BARRAZA DÍAZ e SÁNCHEZ, S, 2014; SOUZA, 2015; KATSURAYAMA et al., 2016; CHÊNE NETO et al., 2016; GARNELO et al., 2018).

A partir do funcionamento da APS, das estratégias adotadas nesse nível de cuidado e diante dos resultados apresentados, bem como da literatura referente ao tema, destacaram-se três temáticas, a partir das quais os conteúdos apresentados nos estudos foram divididos, conforme apresentados, a seguir:

5.1.3.1. Impactos no Acesso

Com base nas ações de APS implementadas e seus respectivos resultados nos estudos, dispostos no Quadro 3 (Apêndice 5), seis dos estudos sugerem que as ações implementadas ampliaram o acesso.

Esses estudos enfatizaram a qualificação para atuação por meio de treinamento e o uso de tecnologias que permitiram que ACS e técnicos de enfermagem pudessem garantir

assistência à saúde em áreas isoladas nas quais não existam outros profissionais de saúde (VACAS et al., 2003; MARTÍNEZ et al., 2004; EERSEL et al., 2018). Além desses, outros estudos demonstraram a viabilidade de diretrizes existentes nas políticas e as medidas da gestão para organizar e adaptar os serviços e manter profissionais médicos em áreas remotas que resultaram no aumento do número de atendimentos médicos e a demanda por cuidado (VACAS et al., 2003; KITAJIMA e MOREIRA, 2012; PEREIRA e PACHECO, 2017) e a implantação de um novo modelo de unidade de saúde que opera em um barco que incluiu pessoas antes excluídas dos serviços de saúde (KADRI et al., 2019).

Por outro lado, em dois estudos, as ações e resultados da APS indicam um possível aumento na dificuldade de acesso aos serviços. Um deles analisou o acesso e a cobertura em áreas urbanas, rurais e remotas e revelou um desenho na prestação dos serviços que não considerou as distâncias, a dispersão populacional e os gastos financeiros impostos aos usuários, demonstrando que serviços criados para assistir às populações rurais continuam concentrados em áreas urbanas (GARNELO et al., 2018). Outro estudo (HEUFEMANN et al., 2013), focado no contexto e no grau de implementação do Programa de Controle de Tuberculose nos serviços da APS, constatou que as ações se restringiam à área urbana do município, e revelou ausência de planejamento, objetivos ou estratégias para as áreas rurais a despeito da presença de casos da doença.

5.1.3.2. Impactos na Qualidade

Doze estudos apontaram ações implementadas e resultados que sugerem falhas na qualidade dos serviços. Quatro deles enfocaram ações e estratégias relacionadas à abordagem utilizada pelos serviços (MORETTI-PIRES, 2009; MORETTI-PIRES e CAMPOS, 2010; MORETTI-PIRES et al., 2011a, 2011b) e encontraram a atuação da APS sendo realizada predominantemente por meio de atendimentos individualizados, com foco na doença e não considerando a realidade das famílias e o contexto sociocultural. Três deles se concentraram na atuação de profissionais e analisaram a capacitação e formação acadêmica anterior dos profissionais (FARIA et al., 2010; MORETTI-PIRES et al., 2010; BARRAZA DÍAZ e SÁNCHEZ, S, 2014). Em seus resultados, encontraram profissionais mal preparados para atuar nos serviços de APS, bem como contradições entre o que se espera e o que é feito pelos profissionais nos serviços. Quatro estudos descreveram a gestão do serviço (FARIA et al., 2010; PIONER, 2012; SOUZA, 2015; KATSURAYAMA et al., 2016) e encontraram problemas na supervisão, monitoramento das ações e nas relações entre profissionais e gestores. Dois estudos

investigaram se os serviços trabalhavam com abordagem cultural e constataram que os profissionais de saúde não consideravam os saberes tradicionais nas suas práticas (PULIDO FUENTES, 2010; CHÊNE NETO et al., 2016).

Por outro lado, nove estudos apresentaram resultados que sugerem impactos positivos na qualidade dos serviços. Cinco deles referiram-se a treinamentos ou outras estratégias utilizadas para preparar os profissionais que resultou na melhoria da qualidade do trabalho realizado (VACAS et al., 2003; PAIXÃO et al., 2009; KITAJIMA e MOREIRA, 2012; KAWASAKI et al., 2015; EERSEL et al., 2018). Um dos referidos estudos dedicou-se ao acompanhamento das atividades e ao apoio aos profissionais, revelando como essas ações podem contribuir para a melhoria da qualidade da assistência e no uso dos recursos financeiros (KITAJIMA e MOREIRA, 2012). Quatro estudos foram dirigidos para investigar a adoção de abordagens culturalmente adequadas pelos serviços e encontraram vínculos facilitados com a comunidade (GARNELO et al., 2001; SOUSA e ANDRADE, 2015; SCOPEL et al., 2015; EERSEL et al., 2018). Dentre esses estudos, um deles dedicou-se à implantação de um programa de DST/AIDS em uma comunidade e descreveu o uso de metodologia participativa, que teve como resultado uma maior aceitação do programa e evitou possíveis resistências (GARNELO et al., 2001);

O engajamento de membros da comunidade na construção e a tomada de decisão para ações de APS apareceram em estudo de SCOPEL et al. (2015) que mostrou a presença de AIS em comitês responsáveis pelas decisões locais e em outras instâncias onde são responsáveis por tomar decisões mais amplas que são válidas para todo o distrito sanitário, demonstrando uma maior divisão de poderes entre os profissionais e os usuários, o que resultou em uma diminuição da distância entre os conhecimentos biomédicos e os tradicionais.

5.1.4. Discussão dos achados da Revisão de Escopo

O número de ações de APS na Amazônia que revelaram impacto positivo no acesso, demonstrado nos resultados da revisão, foi maior do que aqueles que mostraram impacto negativo. Esse é um dado significativo dado que a ampliação do acesso tem sido relacionada com melhoria das condições de saúde. Como exemplo disso, um estudo conduzido em áreas rurais da Bolívia reportou que as taxas de mortalidade eram quatro vezes mais baixas em áreas assistidas pela APS em comparação às áreas que não recebiam assistência desse nível de cuidado (PERRY et al., 2003).

Corroborando com resultados de estudos anteriores, os resultados desta revisão também mostraram impactos positivos nas áreas rurais amazônicas relacionados com a melhoria no acesso. Dentre estes resultados, um dos estudos demonstrou a importância do uso de rádio e de celular que tornou possível aos profissionais de nível superior apoiar ACS e técnicos em localidades isoladas onde esses profissionais têm que atuar sozinhos, o que foi capaz de ampliar o cuidado em áreas isoladas.

Essa estratégia é particularmente relevante em países amazônicos onde as unidades de saúde rurais são compostas apenas por ACS ou técnicos de enfermagem e a comunicação é difícil devido ao seu isolamento, sendo, em geral, responsabilidade desses atores os cuidados de saúde nessas localidades (KASELITZ et al., 2017). Estudos em áreas rurais e remotas têm demonstrado a importância dos agentes de saúde diante das dificuldades de alcançar pessoas em áreas rurais e remotas (WALLACE et al., 2020).

Em contrapartida, as ações da APS em áreas rurais e remotas que demonstraram potencial para afetar negativamente o acesso estiveram mais frequentemente relacionadas ao modo como os serviços são arranjados geograficamente e na forma como são planejados. Em geral, esses estudos demonstraram formatos de atuação que não consideraram as especificidades rurais e por sua vez tiveram resultados que acentuaram as diferenças entre os locais, aumentando potencialmente as iniquidades.

Nesse sentido, um estudo apresentou o desequilíbrio na distribuição de serviços entre as áreas urbana e rural na Amazônia e outro mostrou problemas na fixação de profissionais em áreas isoladas. Essas situações, por serem comuns nos espaços da região amazônica fora das áreas urbanas, exigem dos gestores ações com foco na superação dessas diferenças, que entretanto muitas vezes não são realizadas. Um exemplo é o caso do desequilíbrio do número de médicos disponíveis em áreas urbanas e rurais na Amazônia brasileira, as quais demandam políticas e medidas de gestão para superar esse problema, mas que, até o momento, ainda permanece sem solução (SILVEIRA e PIHEIRO, 2014).

Quando se compara "acesso" e "qualidade", observa-se uma diferença na quantidade de resultados positivos e negativos: no acesso, o número de estudos com resultados positivos foi maior, enquanto na qualidade isso se inverte e o número de ações com resultados negativos é maior. Neste sentido, os achados desta revisão demonstram que a qualidade dos serviços se mostra como um desafio para a APS na Amazônia. Os resultados negativos relacionados à

qualidade mostraram problemas principalmente na adaptação cultural dos serviços, no uso de abordagens inadequadas, na preparação insuficiente da força de trabalho e problemas na gestão dos serviços.

No que tange à abordagem utilizada pelos serviços, apesar do esforço para adotar uma abordagem de saúde abrangente nos países da América do Sul, esta revisão revelou ainda predominância nos estudos pelo uso de uma abordagem biomédica, ao invés de uma abordagem abrangente (STARFIELD,2011). Isso pode ser explicado pela forte influência orientada para o mercado nesses países (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2012). No entanto, um sistema de saúde focado na especialização médica ameaça as metas de equidade, visto que esses cuidados são mais caros e os países não podem arcar com o custo de distribuição desse tipo de serviço a todos (STARFIELD, 2002).

Outra questão que esteve mais relacionada aos impactos negativos na qualidade dos serviços de APS na Amazônia, foram as limitações de desempenho dos gestores. O papel da gestão tem sido considerado fundamental na condução dos serviços de APS nas áreas rurais (RUSSELL et al., 2013). Entretanto, estudos demonstram que tem sido comum os gestores apresentarem dificuldades na realização de fiscalizações, monitoramento dos resultados dos serviços, apoio aos profissionais e implantação dos serviços em áreas rurais e remotas, onde essas ações são consideradas essenciais (CAMPBELL et al., 2013).

Algumas das ações descritas, por sua vez, demonstraram melhora na qualidade do serviço. Muitas vezes, os estudos mostravam que isso estava relacionado à formação e capacitação de profissionais, sendo que o treinamento do ACS foi o mais citado. Os estudos sugerem que, quando os ACS são capacitados, eles se tornam um importante aliado para a qualidade dos serviços nas áreas amazônicas. Por outro lado, problemas no preparo do ACS para atuar na APS podem colocar em risco as populações atendidas; como foi o caso, por exemplo, demonstrado nesta revisão, que evidenciou problemas na distribuição de medicamentos pelos ACS a qual estava sendo realizada sem a devida orientação.

Os achados também demonstraram déficit na formação dos profissionais de nível superior para atuar na APS. Isso é sugerido nos resultados dos estudos que evidenciaram contradições entre o que é recomendado e a operacionalização do trabalho nesse nível de cuidado. Quanto à utilização de uma abordagem que inclua a cultura, apesar dos achados revelarem atuações adaptadas culturalmente, alguns resultados revelam que isso ainda é um

desafio, pois foram evidenciados resultados negativos nesse sentido. Segundo MALATZKY e BOURKE (2017), não realizar a adaptação dos serviços às diferenças culturais tende a exacerbar o desequilíbrio de poderes entre usuários e profissionais. Segundo estas autoras, as relações de poder que se desenvolvem em contextos rurais e remotos devem ser analisadas considerando que as relações neste contexto tendem a exacerbar as fragilidades ali existentes, e que as ações de saúde muitas vezes reproduzem esse tipo de relação.

Apesar dos resultados positivos quando a APS engaja as pessoas atendidas para atuarem no controle e participação nas decisões nos serviços em áreas rurais e remotas (REEVE et al., 2015), apenas um estudo nesta revisão focou esse tipo de estratégia, o que revela desconhecimento sobre as experiências e caminhos para a APS atuar nesta direção na região amazônica.

5.1.5. Lacunas nos estudos

Os resultados da revisão revelaram ausência de estudos com enfoque nas ações de APS cuja atuação envolveu parcerias externas ao campo da saúde. A atuação em parceria é reconhecida, como uma das estratégias que contribuem para uma APS menos fragmentada e que responde melhor às iniquidades. Além disso, também se identificou nas ações de APS uma carência de estratégias voltadas para a modificação dos determinantes da saúde, as quais, nesta região, envolvem principalmente questões sociais e ambientais. A revisão também não encontrou evidências nos estudos de atuações da APS que demonstrassem, antes da implementação do serviço, uma preocupação com os impactos que esse nível de cuidado teria sobre as iniquidades, estratégia que (FREEMAN et al., 2016) identificou como significativa na implementação dos serviços de APS.

5.2. Estudo de Caso em Cuieiras

5.2.1. Caracterização do local do estudo e dos serviços de APS

5.2.1.1. Especificidades do município de Manaus

Antes de nos determos sobre a localidade onde foi realizado o Estudo de Caso, buscou-se aqui fazer uma breve contextualização sobre o município de Manaus e as particularidades desse município.

Na última revisão do IBGE (2017), que utilizou critérios para classificar os municípios em urbanos, rurais e remotos, Manaus foi classificado como município urbano. Entretanto, é válido destacar que Manaus tem 97% do seu território composto por áreas rurais, nas quais estão distribuídos 0,5% da população total do município.

Essa área se divide entre as acessíveis somente por via fluvial, que corresponde as calhas dos rios Negro e Amazonas e as localidades de acesso terrestre, localizadas ao longo das três rodovias que ligam o município de Manaus a outras cidades (Rodovia AM 010, que liga Manaus ao município de Itacoatiara; a BR 174 que liga Manaus a Boa Vista e AM 070, que conecta Manaus aos municípios de Iranduba, Manacapuru e Novo Airão).

Outra especificidade deste município é que ele possui, em sua gestão, uma divisão que é responsável especificamente pelos cuidados em saúde nas áreas rurais, denominada DISAR. Esse distrito de saúde foi criado em 2005, quando a SEMSA dividiu a assistência à saúde do município em distritos sanitários, sendo nessa ocasião, criado o DISAR que ficou responsável pelos serviços de saúde em todas as áreas rurais de Manaus.

Entretanto, mesmo antes da criação do DISAR, conforme se depreende do discurso dos gestores e profissionais, o município de Manaus atuou criando estratégias para atender suas áreas rurais.

Somente em 2018, o município de Manaus realizou o cadastro das duas primeiras UBSF do município e passou a receber apoio e recursos federais para seu funcionamento (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2018), o que, conforme gestores e profissionais, exigiu mudanças e ajustes na forma como a APS vinha sendo realizada ao longo dos anos nessas localidades.

5.2.1.2. Unidade Básica de Saúde Fluvial

Com a publicação da PNAB (BRASIL, 2012), foi prevista pela primeira vez, nas normas federais, a prestação de serviços de APS que funcionam dentro de uma embarcação que se desloca pelos rios para atender populações rurais de acesso fluvial da Amazônia Legal e no Pantanal. Essa política também estabeleceu a previsão de recursos financeiros para a construção e manutenção das UBSF, incluindo outras estruturas e formas de funcionamento destes serviços que estão incluídas nesta norma, bem como nas suas respectivas alterações, estando atualmente regulada pela PNAB (BRASIL, 2017).

Esta última versão da PNAB prevê a estrutura física da UBSF e a composição da equipe de saúde da família fluvial (eSFF) que deve prestar serviços às populações ribeirinhas (BRASIL, 2011), sendo esta composta por 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e Agentes Comunitários de Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal. Devem contar também com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir, na composição mínima, os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal. Poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Nasf – AB.

No que diz respeito à estrutura física, a UBSF deve dispor de consultório médico, de enfermagem e odontológico; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiros; expurgo e sala de procedimentos. Para a acomodação da equipe ficou regulamentado a necessidade de cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe e cozinha.

Com relação ao funcionamento da UBSF, a legislação se limitou a garantir que ela realize atendimentos por 20 dias no mês e itinerários de viagem que garantam que as comunidades recebam atendimento, no mínimo a cada 60 dias. Quanto aos processos de trabalho, definiu-se apenas que fossem executadas as ações de Atenção Básica.

Sua última versão também fez a previsão de outras estruturas de apoio para o funcionamento deste modelo de atenção, prevendo incentivos financeiro de custeio para até quatro unidades de apoio, vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente; até quatro embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde das equipes vinculadas ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

Na ocasião da realização do campo deste estudo, duas UBSF estavam previstas para iniciarem seu funcionamento no Município de Manaus, momento em que estavam sendo realizadas adaptações na forma como o município atuava na prestação de serviços para as áreas

de acesso fluvial. Em razão disso, a pesquisadora pôde acompanhar o processo de transição do modelo em que atuavam para a adoção da UBSF, prevista pelas normas federais.

Um momento importante quando a pesquisadora pôde acompanhar a organização desse processo, se deu em uma reunião coordenada pelo DISAR com os profissionais, ocorrida em agosto de 2018, com o objetivo de compartilhar com os profissionais e gestores, o que seria modificado a partir do funcionamento da UBSF.

Nesta reunião, ficou previsto que cada uma das unidades seria responsável por uma das margens dos rios. Uma UBSF ficou responsável pela margem do rio Amazonas e outra pela margem do rio Negro. Para se adequar normas previstas na PNAB (BRASIL, 2017), que prevê o funcionamento da UBSF durante vinte dias em cada mês, o DISAR fez um arranjo em que cada uma das equipes passaria dez dias embarcadas. Nesse modelo, as comunidades que ficam às margens do rio Negro e do rio Amazonas foram divididas, ficando cada equipe responsável por um número fixo de comunidades e com pontos fixos onde a embarcação ficaria atracada.

Neste modelo de funcionamento, os profissionais ficariam embarcados por tempo superior ao do formato anterior, que era de sete dias, passando a ficarem embarcados durante nove dias. Segundo os gestores, isso iria ter como resultado mais tempo para ficar em cada uma das comunidades. Especificamente em Cuieiras, a UBSF passou a ficar atracada por um dia, diferente do modelo anterior no qual ficavam somente um período do dia (uma manhã ou uma tarde) na localidade. Segundo orientações dos gestores, nesse período a mais que a equipe ficaria atracada, deveria atuar realizando ações coletivas e de promoção à saúde, segundo eles, visando cumprir as diretrizes previstas em razão da adoção do modelo de ESF.

Apesar da UBSF ser um modelo relativamente novo de unidade de saúde no país, já existem resultados de alguns estudos que analisaram o funcionamento da UBSF, conforme apresentado na introdução deste estudo. No âmbito internacional, destaca-se estudo de CAREY et al. (2018) que propôs uma revisão sistemática dos modelos de serviços de saúde de visita em áreas rurais e remotas e encontrou poucas pesquisas relacionadas a esse tema e uma variedade grande de formas de funcionar desses serviços. Em razão disso, esse estudo demonstrou dificuldades em definir uma tipologia para esses serviços. Ainda assim, os conhecimentos foram suficientes para que os autores elencassem princípios orientadores que os autores consideraram úteis para os gestores e para organização do modelo.

Estudo de BOUSQUAT et al. (2021) que analisou modelos de visita realizados em municípios rurais e remotos do Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia, apontou dificuldades desses tipos serviços realizados pela APS desses municípios em cumprir os princípios elencados pelo estudo de CAREY et al. (2018), mas ressaltam melhorias nesses modelos de prestação de serviços nos últimos anos para as áreas rurais do país, sendo a UBSF um desses modelos.

5.2.1.3. Caracterização de Cuieiras

Situada dentro de uma Área de Proteção Ambiental (APA), à margem esquerda do Rio Negro, Cuieiras abriga uma população composta principalmente por descendentes de indígenas e de pessoas que foram assentadas pelo Instituto Nacional da Colonização e Reforma Agrária (INCRA) no final da década de 80. Atualmente a população garante seu sustendo com a pesca e o extrativismo de produtos da floresta que são a base para sua subsistência. Apesar da distância, há uma relação estreita com a área urbana de Manaus, onde costumam ir uma vez por mês comprar produtos, com os recursos dos benefícios sociais, que a maior parte recebe. Além disso, também caçam, produzem farinha a partir da mandioca e extraem alguns produtos da floresta para consumo próprio, bem como mantém modos de vida baseados em uma estreita relação de interdependência com o ambiente que as cerca.

Figura 7. Visão frontal da comunidade São Sebastião do Cuieiras, 2018.



Fonte: A autora.

Entretanto, mais recentemente, com a diminuição do número de peixes e caças, reconhecido pelos moradores, uma parte da população foi obrigada a se dedicar a outras atividades. Dentre elas, destaca-se a fabricação de espetos para churrasco a partir da madeira disponível na localidade. Entretanto, este trabalho, além de colocar em risco a saúde, visto que exige que eles utilizem objetos cortantes, ocasionando constantemente acidentes de trabalho, redem para essas pessoas recursos financeiros mínimos, visto que os espetos são vendidos para atravessadores da área urbana de Manaus por preços irrisórios, chegando a custar R\$ 0,30 o cento.

Figura 8. Produção de espetos para churrasco na comunidade São Sebastião do Cuieiras, 2018.



Fonte: A autora.

Na localidade não existem veículos automotores e todos se deslocam a pé ou de barco. Os únicos dois equipamentos sociais presentes na comunidade são a escola municipal de Ensino que atende o ensino fundamental e médio e o Posto de Saúde. No período de implantação do Programa Luz para Todos, iniciado no ano de 2003, a localidade passou a receber energia elétrica, entretanto as casas que se situam nos igarapés não foram contempladas. A rede de telefonia é bastante precária na localidade, o alcance do sinal de celular somente é possível em algumas partes dela e durante alguns dias. Frequentemente, costumam utilizar o rádio, que é o aparelho mais comum e que mais pessoas têm acesso nessa localidade.

As pessoas que vivem na comunidade São Sebastião do Cuieiras, maior comunidade do Cuieiras, costumam permanecer em suas residências, onde realizam seus afazeres. Entretanto, se distanciam das suas casas quando vão pescar em igarapés mais distantes ou quando vão para a área urbana. Nesta comunidade, as casas são próximas umas das outras, divididas por caminhos de barro e não existem muros ou cercas dividindo as residências. As crianças vão para a escola a pé, diferente daquelas que moram nos igarapés ou em outras comunidades menores, que precisam se deslocar em barcos ou canoas próprios para chegar até a escola.

A comunidade permanece vazia, com poucas pessoas se deslocando, exceto no período da tarde, quando acontece o futebol, que é a principal forma de lazer da comunidade. Nessa ocasião, as pessoas se deslocam para o campo que existe na parte central da comunidade seja para jogar ou assistir.

Na comunidade, existem dois pequenos pontos de comércio que vendem produtos oriundos de Manaus. Nesses comércios são vendidos cerveja, refrigerantes, alguns alimentos, como carne em conserva, arroz e alguns salgadinhos em pacotes.

Nos quintais das casas é possível ver alguns animais domésticos e somente uma residência tinha criação de galinhas, mas alguns moradores disseram que não são favoráveis a criações de galinhas na comunidade; segundo eles, por conta da sujeira e por atrair outros animais. Em uma parte da comunidade, localizada em um local afastado das residências, existe uma área que foi informada como não sendo de propriedade de ninguém, onde algumas pessoas da comunidade passaram a plantar várias fruteiras, que segundo eles servirá de frutos para que futuramente possam comer.

O Posto de Saúde é aberto todos os dias e pelo menos um dos ACS permanece nele para atender às pessoas que chegam. Os outros ACS seguem roteiros previstos para realização das suas visitas.

Durante a observação, foi possível acompanhar o atendimento de uma pessoa que estava com sintomas de malária. Essa pessoa era oriunda de outra comunidade, mas que ainda fazia parte de Cuieiras. Ela chegou em uma canoa com um acompanhante, que veio remando. Segundo eles, haviam saído da sua residência e passaram duas horas na canoa até chegar ao Posto de Saúde. Ao chegar, o ACS que os recebeu perguntou sobre os sintomas, a pessoa disse que estava sentindo febre e moleza. Na ocasião, foi realizada a coleta do sangue para exame de malária. Entretanto, como na comunidade não tem microscopista, o ACS entregou a amostra do sangue coletado para que eles fossem até a localidade mais próxima, uma comunidade indígena, há trinta minutos à remo, que tinha um microscopista e que poderia fazer a análise do material. Segundo o ACS a coleta teve que ser feita em Cuieiras porque na comunidade indígena o serviço de coleta só é realizado para os indígenas aldeados.

Figura 9. Posto de Saúde na Comunidade São Sebastião do Cuieiras, 2018.



Fonte: A autora.

No mapeamento dos pontos relevantes na comunidade, realizada com os moradores da comunidade principal, foi possível evidenciar que estes costumam se deslocar mais frequentemente dentro da comunidade, afastando-se para ir a outras comunidades ou para os igarapés pontualmente.

A partir dessa abordagem, foi possível identificar que os moradores possuem como principais pontos de reunião o centro comunitário, as duas igrejas e o campo de futebol. A água da comunidade é proveniente de dois poços, sendo que um deles pertence à escola e o outro

fornece água, que chega por meio de canos, para a maior parte das pessoas da comunidade. Entretanto, como esses poços funcionam por meio da energia elétrica, nas vezes em que falta energia na comunidade (situação frequente), eles também ficam sem água. Na escola tem um ponto de internet via satélite, o que torna comum ver pessoas, especialmente os adolescentes, se concentrando ao redor da escola para ter acesso à rede.

Com relação aos locais onde conseguiam alimentos, os moradores identificaram o rio, onde realizam a pesca, dois mercados na comunidade, alguns pontos de farinha situados nas residências das pessoas, o pomar de frutas comunitário, uma horta que pertence à escola e pontos de agricultura e de criação de animais que ficam fora da comunidade. Além disso, declararam consumir produtos oriundos da área urbana de Manaus.

Para os igarapés que se situam em localidades mais distantes, esses moradores somente se deslocam quando pretendem realizar alguma atividade específica, como atividades de lazer, quando buscam praias, ou no caso de umas poucas pessoas que tinham casas de farinha e pequenas hortas em terrenos nesses igarapés. Também se deslocavam nos casos em que quando precisavam dos serviços da parteira, que segundo eles, não estava mais sendo utilizado com frequência, visto que as mulheres, meses antes de terem seus bebês se deslocavam para a área urbana. Outra situação que apareceu no discurso das pessoas, que demandava deslocamento era nos casos de dores ocasionadas por lesões musculares ou quedas, nas quais eles buscavam um puxador que morava em uma comunidade menor.

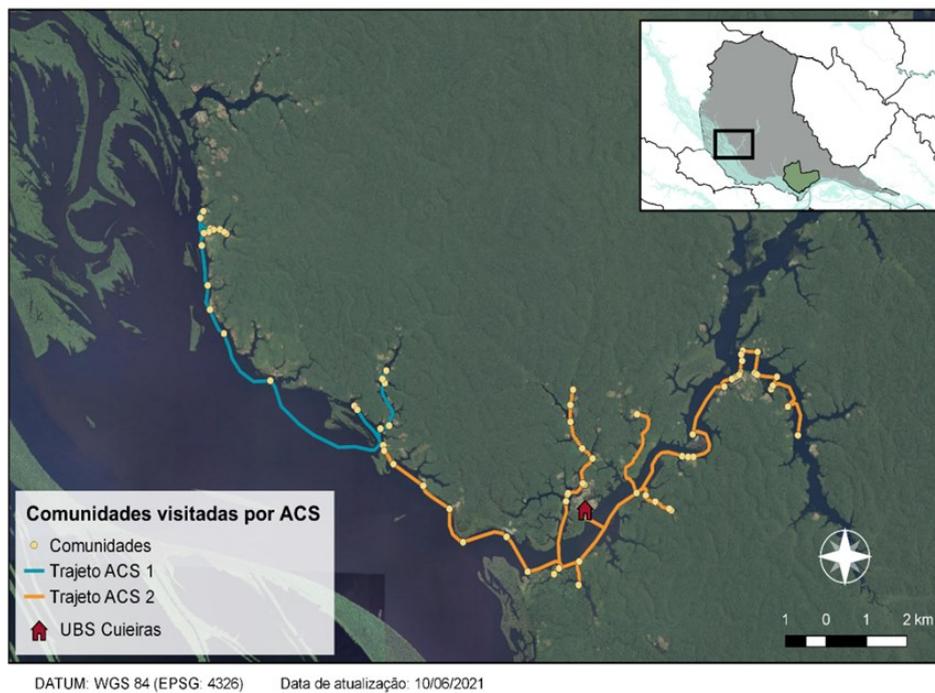
Na oportunidade também foi possível ir até outras comunidades e residências que se distribuem nos igarapés. Essas idas foram realizadas na companhia dos ACS que atuam nessa localidade. Em Cuieiras atuam três ACS que se dividem, considerando os registros do DISAR, sendo que cada um deles fica responsável por uma área. Um fica com a responsabilidade das visitas na área da comunidade de São Sebastião do Cuieiras, realizada a pé e os outros dois fazem roteiros cobrindo outras comunidades menores e casas isoladas ao longo dos igarapés, realizando visita para essas localidades em pequenas embarcações.

O ACS que tem como responsabilidade realizar as visitas nas residências localizadas na comunidade São Sebastião do Cuieiras estava de licença médica, o que impossibilitou o acompanhamento das visitas nos domicílios nessa comunidade. Sendo possível somente acompanhar a atuação dos outros dois ACS que são responsáveis pelas visitas às comunidades menores e as casas isoladas nos igarapés. Nesse sentido, foram acompanhados os trajetos dos dois ACS em ocasiões distintas. Em ambos, o acompanhamento do percurso foi realizado em

barco de maior potência do que os que os ACS costumam utilizar em razão do tempo disponível pela pesquisadora para a realização desses trajetos. Na oportunidade foi possível conhecer o trajeto que cada um dos ACS realizava, sendo registradas as coordenadas das casas que estavam sob suas respectivas responsabilidades, o que permitiu posteriormente o mapeamento dos trajetos e identificação dos domicílios acompanhados por eles.

A partir desses dados foi realizada a mensuração do percurso realizado por cada um dos ACS, sendo considerado o deslocamento desde o primeiro domicílio sob suas respectivas responsabilidades até o domicílio mais distante alcançado, sem considerar a volta. Nesta medição, chegou-se a uma estimativa, se considerarmos em linha reta, que o ACS 1 percorre um trajeto de 12,2 km e o ACS 2 percorre um trajeto de 27,7 km.

Figura 10. Trajetos dos ACS na localidade Cuieiras, 2018



Fonte: Dados cartográficos: A autora. Mapa elaborado pelo Núcleo de Apoio à Pesquisa/NAP/ILMD/FIOCRUZ, Manaus, 2021.

Na oportunidade foi possível ter uma dimensão das distâncias percorridas por esses profissionais e do desafio de realizar esses percursos sozinhos nas suas pequenas embarcações.

Nesse reconhecimento, indentificou-se um padrão diferente das casas existentes nas comunidades menores e nos igarapés, quando comparados às casas situadas na comunidade de

São Sebastião do Cuieiras. Uma principal diferença evidenciada foi a distância entre elas. As casas situadas nas comunidades menores costumam manter grande distância umas das outras, sendo comum encontrar uma única casa que fica isolada em um dos igarapés, situando-se quilômetros de distância da próxima casa. As casas que se situam às margens dos igarapés, também tem em comum a característica de serem cercadas por um grande espaço coberto pela floresta. Durante o percurso, foi possível visualizar as pessoas nas áreas ao redor da residência, realizando algum tipo de trabalho, sendo possível identificar pessoas plantando, pescando ou fazendo espetos para churrasco. Também era comum as casas terem uma pequena embarcação, a presença de animais domésticos, como porcos, carneiros e galinhas.

Figura 11. Casas situadas em um dos igarapés da localidade do Cuieiras, 2019.



Fonte: A autora.

Durante a presença da UBSF na comunidade de São Sebastião do Cuieiras, ela parecia uma outra comunidade, diferente daquela que a pesquisadora tinha convivido em sua visita anterior, quando a UBSF não estava atracada na localidade. Uma principal diferença é que a comunidade estava com mais pessoas circulando, muitas delas tinham vindo dos igarapés para realizar as consultas e exames na UBSF, o que deixava o local bem mais movimentado. Nas suas margens, havia várias embarcações atracadas e os locais que permaneciam normalmente fechados, estavam abertos, como o Clube de Mães, que estava funcionando, com vendas de doces de cupuaçu e de lanches.

Figura 12. Doces que são preparados e vendidos no Clube de Mães enquanto a UBSF está atracada na comunidade São Sebastião do Cuieiras, 2018.



Fonte: A autora.

Figura 13. Canoas e rabetas nas quais chegam os moradores em dias de atendimento da UBSF na Comunidade São Sebastião do Cuieiras, 2018.



Fonte: A autora.

Apesar da UBSF ter sua chegada prevista somente pela parte da tarde, pela manhã já se observava pessoas chegando de outras comunidades e formando filas ao longo do Posto de Saúde, onde passavam pela triagem realizada pelos ACS. Essas triagens incluíam a pesagem de crianças e aferição de pressão de adultos. Nesse dia, o Posto de Saúde estava sem energia e água, e os atendimentos foram transferidos para a escola.

Após a chegada da UBSF, enquanto esperavam na fila para o atendimento médico, a enfermeira realizou uma palestra sobre o suicídio, em razão da campanha sobre esse tema no município de Manaus; entretanto, não fez menção sobre os dados disso naquela localidade e nem houve espaço para que as pessoas pudessem manifestar suas opiniões sobre o tema abordado e trocar informações.

Figura 14. Unidade Básica de Saúde Fluvial atracada na Comunidade São Sebastião do Cuieiras, 2018.



Fonte: A autora.

Nesse dia, havia dois médicos para realizar o atendimento e eles dividiram as salas de aulas da escola, transformando-as cada uma em um consultório. Os atendimentos foram realizados de maneira individual e muitas das pessoas já saíam encaminhadas para a farmácia, onde uma parte significativa recebeu medicações. O atendimento em saúde bucal foi realizado dentro da embarcação e como só tinha um consultório, os dentistas se alternavam no atendimento.

Uma coisa que chamou a atenção foi o número elevado de pessoas buscando ser atendidas. Para conseguir prestar assistência a essas pessoas, os profissionais realizaram nesse dia atendimentos até o anoitecer. Quando perguntado para as pessoas o motivo pelo qual estavam buscando ser atendidas pela UBSF, as respostas mais frequentes foram que estavam realizando consulta de rotina de alguma criança ou de acompanhamento de alguma grávida, de acompanhamento de alguma doença crônica, de alguma dor, em especial dores na coluna. Outros motivos apresentados é que estavam com alguma virose, gripe, com suspeita de malária ou só tinham vindo para acompanhar alguém. Os moradores dos igarapés ou de outras comunidades afirmaram que, para chegar até ali, haviam saído cedo de suas casas, em geral remando e tinham trazido o almoço porque nesse dia costumavam passar o dia na comunidade de São Sebastião do Cuieiras.

5.2.1.4. Aspectos sociodemográficos da localidade e percepções dos moradores quanto aos serviços de saúde

Conforme pode ser visualizado na Tabela 2, 63% dos moradores entrevistados afirmaram estar cursando ou ter concluído o Ensino Fundamental. A maior parte deles (73%) se reconheceu como pardo, havendo uma porcentagem menor dos que se reconheceram como índios, pretos ou brancos. Para a maior parte das pessoas entrevistadas a água de suas residências é oriunda de poço artesiano e 29% afirmaram que fazem uso da água do rio em seus domicílios. Somente 60% das pessoas afirmou ter energia de forma contínua em suas residências.

Os recursos oriundos de benefícios e aposentadoria se apresentam como as principais fontes de renda nos domicílios, sendo reconhecido por 82% dos respondentes que parte dos recursos do seu domicílio são frutos de benefício social, enquanto que 19% declararam que parte dos recursos do domicílio são oriundos de aposentadoria. Ainda com relação aos recursos do domicílio, 82% dos respondentes afirmaram que os recursos originários de trabalho assalariado não fazem parte dos recursos que compõem a renda dos seus respectivos domicílios. Dentre as atividades que realizam, os respondentes declararam como atividades principais a realização de agricultura, pesca ou extrativismo, descrita como principal ocupação por 48% dos respondentes.

Os dados mostram um padrão dos moradores em ir para a área urbana para obtenção de alimentos, sendo mais comum que realizem uma ida por mês à área urbana de Manaus, ação declarada por 78% dos respondentes. Tal situação é esperada, dada a relação de dependência que esses moradores mantêm com a área urbana, lugar onde costumam receber os recursos financeiros oriundos de auxílios, em geral, provindos do governo federal. Na oportunidade, também compram produtos na área urbana para sua manutenção ao longo do mês.

Tabela 2: Características sociodemográficas dos respondentes de domicílios na área de abrangência de São Sebastião do Cuieiras (Manaus-AM), 2019.

Características	n = 73	%
Escolaridade		
Fundamental	46	63%
Ensino Médio	21	29%
Nunca Frequentou Escola	3	4%
Superior	2	3%
Ignorado	1	1%
Cor ou Raça (auto-referida)		
Parda	53	73%
Branca	8	11%
Indígena	6	8%
Preta	5	7%

(em branco)	1	1%
Origem da água		
Poço artesiano	46	63%
Rio, igarapé, lago	21	29%
Poço raso (caçimba)	3	4%
Coleta da chuva	3	4%
Energia elétrica no domicílio		
Sim	44	60%
Sim, mas descontínua	21	29%
Não	8	11%
Renda do domicílio oriunda de trabalho remunerado o ano todo		
Não	60	82%
Sim	13	18%
Renda da casa oriunda de aposentadoria		
Não	59	81%
Sim	14	19%
Renda da casa oriunda de Benefícios Sociais		
Sim	60	82%
Não	13	18%
Ocupação		
Agricultura/Piscicultura /Extrativismo	35	48%
Do lar	22	30%
Funcionário público	4	5%
Aposentado	3	4%
Desempregado	3	4%
Empregado atividade ligada ao turismo	1	1%
Empregado Agricultura/Piscicultura/Extrativismo	1	1%
Empregado Comércio	1	1%
Atividade Comércio Autônomo	1	1%
Outro	2	3%
Quantidade de vezes no mês que compra comida na área urbana de Manaus		
1 vez	57	78%
2 vezes	8	11%
4 vezes	3	4%
3 vezes	2	3%
Nenhuma	1	1%
Em branco	2	3%

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Estudo exploratório das condições de vida e saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão”

Na Tabela 3, estão apresentados os dados relacionados à avaliação da população de Cuieiras quanto aos serviços de saúde. Destaca-se, nas respostas, que o local prioritário que as pessoas procuram quando estão doentes é o Posto de Saúde, representando 79% das respostas.

Com relação ao deslocamento das pessoas para os serviços, 60% declararam se deslocar de barco, rabeta ou canoa, sugerindo que moram fora da comunidade em que o serviço funciona e que arcam com o custo do combustível para ter acesso a ele. Outros 29%, conseguem acessar os serviços de saúde a pé, de onde depreende-se que estes moradores moram na comunidade

onde se situa o Posto de Saúde e onde a UBSF atraca. Em geral, a maior parte das pessoas (59%) considerou o serviço perto e de fácil acesso.

Quanto à possibilidade de conseguir atendimento, embora 40% dos respondentes tenham considerado fácil ou muito fácil, outros 32% consideraram isso difícil ou muito difícil. Destaca-se o papel dos ACS, tendo sido reconhecido como a principal forma das pessoas obterem a consulta com os profissionais da UBSF, sendo citado por 53% dos respondentes que conseguiram consulta por intermédio dos ACS. Por outro lado, 25% dos respondentes declararam que vão ao serviço sem marcar a consulta previamente e aguardam para serem atendidos, o que demonstra que uma quantidade significativa das consultas é realizada sem estar previamente agendadas.

Com relação à avaliação dos atendimentos, 84% das pessoas os avaliam como bom ou muito bom. Quando questionados se gostariam que fosse trocada a equipe ou a unidade de atendimento, 66% responderam que não, enquanto 22% declararam que sim. Quanto aos procedimentos durante as consultas, 42% declararam ter sido pelo menos em algum momento encaminhados para um especialista ou para realização de exames e 49% afirmaram ter recebido pelo menos um medicamento na sua última consulta.

Tabela 3. Avaliação das características dos serviços de APS em São Sebastião do Cuieiras, 2019.

Características	n = 73	%
Primeiro lugar que procura quando está doente ou precisando de atendimento à saúde		
Posto de Saúde	58	79%
Unidade Básica de Saúde Fluvial	6	8%
Equipe de saúde do DSEI	4	5%
Aguarda visita no domicílio	3	4%
Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica	1	1%
Serviço de Pronto Atendimento na área urbana	1	1%
Como se desloca para chegar até o serviço de saúde		
Barco/rabeta/voadeira	44	60%
A pé	29	40%
Como avalia a distância da sua casa até o serviço de saúde		
Perto e de fácil acesso	43	59%
Longe mas de fácil acesso	11	15%
Perto e de difícil acesso	9	12%
Longe e de difícil acesso	6	8%
(Em branco)	4	5%
Como avalia o grau de dificuldade para conseguir atendimento		
Fácil	29	40%
Difícil	16	22%
Nem fácil nem difícil	14	19%
Muito difícil	7	10%
Muito fácil	2	3%
Não sabe / Não respondeu	1	1%

(em branco)	4	5%
Como conseguiu a consulta com os profissionais da UBSF		
Por intermédio do agente comunitário de saúde	39	53%
Veio por sua conta e aguardou no dia para ser atendido	18	25%
O retorno foi marcado na consulta anterior	6	8%
Por intermédio de outro profissional da unidade	4	5%
Outro	2	3%
(em branco)	4	5%
Como avalia o atendimento		
Bom	45	62%
Muito Bom	16	22%
Regular	5	7%
Não lembra/não respondeu	2	3%
Muito Ruim	1	1%
(em branco)	4	5%
Trocaria de equipe ou de unidade de saúde		
Não	48	66%
Sim	16	22%
Gostaria, mas não tem como	3	4%
Não sabe	2	3%
(em branco)	4	5%
Os profissionais já lhe encaminharam para outros serviços (especialistas ou exames)		
Não	36	49%
Sim	31	42%
Não sabe/não respondeu/não lembra	2	3%
(em branco)	4	5%
No seu último atendimento foi receitado algum medicamento		
Sim	36	49%
Não	18	25%
(em branco)	19	26%

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Estudo exploratório das condições de vida e saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão”

5.2.1.5. Gestores e profissionais de saúde

Foram entrevistados no total seis gestores que atuam na sede da SEMSA e no distrito de saúde e oito profissionais de saúde que, na ocasião das entrevistas, atuavam na UBSF e ou no Posto de Saúde em Cuieiras. Dentre os profissionais entrevistados, dois deles eram médicos, um enfermeiro, um dentista, um farmacêutico, dois ACS e o diretor do Posto de Saúde. Na época da realização das entrevistas, esses profissionais faziam parte das duas equipes de saúde que atuavam na UBSF, e prestavam assistência às localidades do Rio Negro, sendo que os ACS e o Diretor do Posto de Saúde atuavam em Cuieiras.

Como em outras localidades ribeirinhas de Manaus, é comum existir um profissional que é designado como Diretor do Posto de Saúde, que em geral é um técnico de enfermagem

nomeado pelo DISAR para atuar no cuidado com a manutenção do Posto de Saúde. Esse profissional deve morar na localidade, sendo comum ser um técnico de enfermagem, sendo responsável por cuidar das questões administrativas e acompanhar a realização das ações dos ACS, registrando, por exemplo, as frequências deles. Apesar disso, as ações desse profissional e a descrição das suas ações não estão formalizadas em documentos da SEMSA. Ele recebe um salário específico correspondente à função que desempenha como Diretor do Posto.

Todos os profissionais de nível superior entrevistados moram em Manaus, exceto um deles, que mora em Boa Vista e se desloca uma vez no mês para executar seu serviço na UBSF. Eles passam dez dias embarcados, prestando assistência em APS ao longo das comunidades do Rio Negro, sendo uma de suas paradas a comunidade São Sebastião do Cuieiras.

Os profissionais de nível superior fizeram concurso para o município de Manaus nas suas respectivas áreas e, segundo eles, fizeram opção de trabalhar nas áreas rurais porque se identificam com o contexto rural. Alguns deles revelaram, entretanto, que fizeram essa opção por conta da carga horária diferenciada do serviço. Os ACS foram escolhidos dentre os moradores que viviam na localidade e o Diretor do Posto de Saúde foi escolhido pelo DISAR, não sendo obrigatório *a priori* que more na comunidade, mas ao assumir essa função, passa a ter a necessidade de morar.

Os gestores apresentaram em geral menor tempo de atuação na área rural quando comparados aos profissionais de saúde. O gestor mais antigo tinha cinco anos de atuação enquanto que o profissional mais antigo tinha vinte e dois anos, entretanto, alguns deles haviam sido recentemente contratados, como foi o caso de um profissional que estava há três meses atuando na área rural. A maioria deles, tanto gestores como profissionais de saúde, são funcionários estatutários da prefeitura e já tinham atuado em algum outro setor da SEMSA.

Com exceção dos ACS, que foram escolhidos tendo como critério morar na localidade em que iriam atuar, não existe qualquer outra exigência, habilidade ou capacitação prévia relacionada à saúde rural para atuar nessas localidades. Os profissionais também relataram, não ter tido uma formação específica prévia para os trabalhos em áreas rurais.

Apesar disso, em seus discursos, sugerem que se tivessem uma formação específica voltada para as áreas rurais isso contribuiria para atuarem melhor, mas também reconhecem como valorosa a experiência que já acumulam. Conforme demonstrado na fala de um gestor:

"mas acho que ter um curso seria muito importante, mas algo aberto que pudesse contar com a vivência das pessoas, porque é uma atividade dinâmica, e não tem um curso que pudesse dar conta de tudo da área rural. O ideal seria alguma coisa que fomentasse uma discussão com a participação de quem está lá, que fosse permanente" – G1

Entretanto, em suas falas, os gestores reconhecem que conhecem as áreas rurais mais por sua experiência pessoal em ir para essas localidades a passeio, do que em razão da sua atuação profissional. Entretanto, dois deles, já haviam trabalhado em áreas rurais, um como gestor e outro compondo uma das equipes de saúde que atuavam nas áreas rurais do município.

Em geral, os gestores afirmaram que em suas atuações cotidianas, pouco visitam presencialmente as localidades rurais de Manaus. Um dos gestores, em seu discurso, considerou que a visita inicial que realizou para iniciar seu trabalho foi suficiente para conhecer as áreas rurais, que pode ser observada abaixo:

"Antes de sentar nessa mesa da gerência, eu passei duas semanas viajando, para entender." – G3

5.2.2. Concepções sobre o rural amazônico

Esta parte destina-se a apresentar e discutir as concepções dos gestores e profissionais sobre o rural amazônico. Para ter acesso ao que gestores e profissionais de saúde pensam sobre o rural, foram utilizadas nas entrevistas questões que pudessem suscitar a reflexão desses atores sobre esse tema.

A partir dos conteúdos iniciais, presentes nos discursos dos gestores e profissionais foram tomadas decisões baseadas nas orientações de MINAYO (2012) sobre a análise do material, que prevê que sejam rearrumados em tópicos. Para a construção de cada tópico, foi realizada a organização dos conteúdos que se referiam ao rural amazônico, sendo recortados trechos das falas dos profissionais e gestores na íntegra que tratavam sobre esse tema. Em seguida, conforme recomenda o referido estudo, foi realizada uma nova leitura desse material, que, por meio da reiteração, foram rearrumados, conforme apresentado nas Tabelas 4 e 5 a seguir.

Nessas tabelas, bem como, ao longo do texto, os gestores foram identificados pela letra "G". Os profissionais de saúde, aí incluídos os profissionais que atuam na UBSF bem como o diretor do Posto de Saúde e os ACS foram identificados com a letra "P".

A importância de conhecer as concepções dos gestores e profissionais sobre o rural se justifica pela construção dialógica em torno dele e pela existência de sentidos emergentes que partem de conceitos variados e conflitantes sobre o que significa rural (BENNETT et al., 2019). Partindo desse entendimento, os conteúdos presentes nas falas desses atores são importantes para reconhecer como eles constroem seus pensamentos e como se posicionam diante do conceito de rural amazônico.

Outro aspecto relevante no conhecimento sobre suas concepções relacionadas ao rural amazônico se dá em razão da possibilidade desses conhecimentos ajudarem explicar como gestores e profissionais atuam na localidade estudada. SPINK (2010) destaca a relevância dos sentidos e significados produzidos sobre os objetos e suas implicações na forma como se atua no mundo. Essa autora afirma ainda, que a produção de conhecimento sobre algo não é uma questão individual, que está na cabeça de cada um, mas é algo construído coletivamente. Neste sentido, a discussão sobre os sentidos e significados de rural trazidos por gestores e profissionais foi realizada, considerando questões mais amplas que envolvem esse tema na sociedade.

5.2.2.1. Perspectivas dos Gestores

Dentre as sínteses dos conteúdos expressos pelos gestores quanto ao rural, sobressaíram-se cinco tópicos, apresentados na tabela a seguir (Tabela 4) que mostra a frequência com o que apareceram e os gestores que manifestaram conteúdos referentes a cada um deles.

Tabela 4. Conteúdos presentes nas falas dos gestores do DISAR sobre o rural amazônico, 2019.

Concepções de rural amazônico	G1	G2	G3	G4	G5	G6	Total
Dificuldades com acesso	3	2	-	2	1	1	9
Relacionado aos aspectos da natureza	2	-	1	-	-	1	4
Vulnerabilidades/dificuldades de vida	-	-	1	1	1	-	3
Visão a partir do que falta	-	1	-	-	-	1	2
Visão negativa da população	-	-	-	-	1	-	1

Fonte: Elaborado pela autora

Conteúdos relacionados às dificuldades de acesso foram os mais frequentes nas falas dos gestores e foi mencionado por quase todos, exceto por um deles. Em geral esses conteúdos estavam relacionados com o deslocamento das pessoas, entendido como prejudicado em razão das condições físicas do lugar. Foi comum também, em seus discursos, os gestores fazerem

comparações com o modo de deslocamento urbano, como pode se evidenciar nas falas seguintes:

"não é uma coisa que eu vou ali na esquina de manhã e já encontro... Não, eu tenho que andar, eu tenho que navegar, eu tenho que andar de cavalo, eu tenho que ir de moto, não sei quantos quilômetros pra ter alguma coisa que eu estou almejando, um atendimento, uma educação, comprar alguma coisa, é tudo mais difícil porque é tudo mais oneroso, porque é tudo mais longe" – G5

"a principal diferença que eu consigo ver é o acesso. Porque aqui na cidade a gente tem um problema, pega-se um ônibus, pega-se um Uber, pega-se um táxi, pega-se uma carona. Entretanto, na área rural não, as pessoas caminham quilômetros e quilômetros, às vezes debaixo de chuva, com a estrada lisa, com uma árvore caída, com o rio que encheu demais e transbordou, ou eles pegam carona no transporte escolar e isso dificulta muito o acesso a qualquer coisa, à escola, ao comércio e principalmente às unidades de saúde" – G6

Nessa categoria também foram elencados conteúdos que enfatizaram as dificuldades para os serviços atuarem nessas áreas. Relacionando-as aos aspectos da natureza, entendidos como barreiras. Conforme se observa nas falas abaixo:

"a gente entende que essa descentralização, essa questão geográfica muito espalhada também tem um revés que dificulta o acesso, dificulta o serviço de saúde de chegar naquela população" – G6

"mas como que dá conta se você tem distâncias absurdas pra você chegar nos ramais, a gestante que está lá, a criança, ela não consegue vir até essa unidade, a equipe tem que se desdobrar pra chegar até lá, chegar nas proximidades" – G1

As falas demonstram que esses gestores enxergam o rural enfocando o modelo urbano em que vivem como referência. Também apareceram com frequência na fala deles, conteúdos que relacionaram o rural amazônico com aspectos da natureza e com a geografia das áreas rurais, como podem ser observadas nas falas:

"a área rural é imensa territorialmente e densidade demográfica baixíssima" – G1

"floresta e de rios, da subida e descida das águas, desse ritmo que a gente vê a vida deles, dos ribeirinhos, então é isso que eu entendo, só que tem a parte rural terrestre né, que envolve a floresta, estradas e ramais, então é isso que eu entendo." – G6

As outras colocações dos gestores enfatizaram as vulnerabilidades e dificuldades que eles vivenciam pelo fato de estarem nas áreas rurais, como se identifica nas falas dos gestores expostas a seguir:

"Seriam as dificuldades encontradas na logística, no atendimento, na comunicação, saúde, educação, eu acho que a área rural é definida por isso" – G5

"cada vez que você conhece uma família você vai vendo o grau de dificuldade que elas vivenciam" – G3

Outros conteúdos oriundos das falas partiram de comparações das áreas urbanas, com a rural, sendo apresentado este último como inferior, conforme se observa nas falas a seguir:

"A minha visão de rural é tudo aquilo que não tá no ritmo urbano" – G6

"é um local que tem poucos recursos, não é como uma área urbana, mesmo que seja uma área terrestre ele tem algumas, vamos dizer assim, algumas coisas que ele não tem acesso naquele local"- G2

Dentre os discursos, um deles sugere uma visão conservadora, com a ideia do rural intocável e uma visão negativa das pessoas que ocupam esse lugar:

"então a área rural e é uma coisa que eu acho que o ser humano não devia ter entrado, era para ter deixado lá intacto, eu acho assim, né. No meu contexto bem arcaico, as pessoas não deveriam invadir a mata pra fazer uma comunidade, já tem gente lá que seria no caso os índios, que já existiam, que utilizam até hoje o que é pra consumo próprio não pra destruir"- G5

Consistente com a literatura voltada para saúde rural e remota, identifica-se na fala dos gestores um discurso de déficit rural, que enfatiza qualidades negativas das áreas rurais quando comparadas com as urbanas (BOURKE et al., 2013). Os resultados demonstraram significados sobre o rural, atribuídos por eles, que valorizaram aspectos negativos da localidade estudada e que, em geral, sugerem a vida no contexto urbano como ideal.

Enquanto isso, por um lado, pode representar um ponto de partida para enfrentar os desafios; por outro lado, essas compreensões podem contribuir para uma construção dos serviços nas áreas rurais que partem de sentidos que reforçam essas áreas como inferiores ou indesejáveis (MALATZKY e BOURKE, 2017). Isso é particularmente provável se não houver recomendações específicas que se voltem para a identificação das vantagens e dos potenciais existentes nas áreas rurais.

Os sentidos e significados sobre o rural têm sido objeto de análise de estudos na área da saúde que vem se dedicando em aprimorar a organização e os serviços ofertados para estas localidades. FARMER et al. (2012) identificam problemas no reconhecimento da heterogeneidade do rural. Outra situação evidenciada por MALATZKY e BOURKE (2018)

foram problemas na fixação dos profissionais nas áreas rurais e remotas que estão relacionados com a compreensão negativa dos profissionais sobre o lugar. Neste estudo, as autoras avaliam que os conceitos que se relacionam com o rural reforçaram interpretações do rural como lugares monótonos e nos quais os profissionais permanecem sem desafios para crescerem em suas profissões.

5.2.2.2. Perspectivas dos Profissionais

Para os profissionais, foi feito o mesmo processo de seleção dos conteúdos das suas falas, sendo realizada a síntese das suas concepções que também ensejaram outros cinco tópicos apresentados na Tabela 5. Essa tabela mostra a frequência com que apareceram os conteúdos e os profissionais que se manifestaram sobre cada um deles. Apesar de ser esperado que profissionais que moram na área urbana e se deslocam para o atendimento na localidade de Cuieiras mensalmente, e os que moram nesta localidade, partissem de perspectivas distintas sobre o rural amazônico, optou-se por representá-los em uma tabela única buscando evitar que, em razão do reduzido número de profissionais, se fossem separados em mais de uma tabela, pudessem ser identificados.

Tabela 5. Conteúdos presentes nas falas dos profissionais de saúde que atuam no Cuieiras sobre rural amazônico, 2019.

Concepções de rural	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Total
Vulnerabilidades/Dificuldades de vida	1	-	-	-	1	1	1	1	5
Visão negativa sobre as pessoas	2	1	-	-	-	1	-	-	4
Difícil acesso	-	-	-	2	-	-	-	-	2
Visão a partir do que falta	-	2	-	-	-	-	-	-	2
Pessoas que querem morar isoladas	-	-	-	-	1	-	-	-	1

Fonte: Elaborado pela autora

Destaca-se, entre os conteúdos apresentados, que a maior parte deles relacionou-se com as vulnerabilidades e as dificuldades de vida dos moradores das áreas rurais amazônicas. Conteúdos que também estiveram presentes nas falas de alguns profissionais que ocupam funções de Diretor do Posto e ACS e que moram em Cuieiras. Entre as dificuldades relatadas, eles enfatizaram a falta de alimentos e transporte. Com relação aos alimentos, ressaltam que isso se agravou depois que legislação passou a impedir que a população fizesse queimadas para a realização de pequenas roças, como pode se identificar na fala de um dos profissionais:

"e aqui você vai numa casa, você encontra criança que não tem roupa, pessoas que não tomaram café, pessoas que não comeram nada ainda. Muita pobreza, essa é a pura realidade da zona rural." – P6

"Eles vendem um peixinho e desse dinheiro eles tem que comprar café, arroz, açúcar, feijão, gasolina para pescar. Só o dinheiro da gasolina vai mais da metade. E quem tem roça, agora teve problemas com queimadas..." – P8

Outra questão que ficou perceptível nas falas dos profissionais foi a predominância de um julgamento negativo sobre as pessoas por parte deles, que se revela, por exemplo, nas compreensões das pessoas desta localidade como acomodadas. O que é visível nas falas que ressaltam sentimentos negativos pelo fato de essas pessoas receberem benefícios do Estado. Os discursos apresentam ainda julgamento sobre o trabalho que realizam, compreendido a partir de outras lógicas que não são cabíveis para o contexto amazônico, compreensões que também se fizeram presentes nas falas de alguns profissionais que são moradores da localidade de Cuieiras, o que demonstra que eles têm sentimentos negativos sobre si mesmos e que se identificam com uma visão comum que ressalta aspectos de inferioridades no modo de ser amazônico. Sendo a seguir apresentados alguns exemplos de como isso apareceu:

"o governo acostumou eles com programas sociais, eles esperam aquilo lá e pronto, não mexe na terra para trabalhar" – P6

"as pessoas não sabem trabalhar na área rural, não tem um meio de vida, não sabem fazer uma roça, diferente dos que sempre trabalharam, não sabem como pescar, aí ficam necessitando ainda de outros meios..." – P1

Esse tipo de relação estabelecida com os moradores das áreas rurais amazônicas foi reconhecido no estudo de LIMA (1999) que encontrou relações com essa população baseadas em estereótipos, sendo um deles, o de preguiçoso, que, segundo a autora, são resquícios de uma relação colonial ainda presente, revelando interpretações que partem do pressuposto de uma classe amazônica subalterna.

Ainda com relação aos sentidos apresentados em suas falas sobre as pessoas, os profissionais revelaram uma visão delas como incapazes de cuidar da sua saúde, que se apresenta nos sentimentos negativos sobre os seus hábitos e os costumes, como se verifica na fala seguinte:

"... eles não têm o hábito de cuidar da criança desde a primeira infância" – P1

Segundo BRUBAKER et al. (2004), os estereótipos são estruturas cognitivas, produtos de construções coletivas, que contêm conhecimentos, crenças e expectativas sobre grupos sociais. Quando negativos, os estereótipos podem ser problemáticos uma vez que influenciam como as pessoas percebem e julgam umas às outras. Essa questão se coloca como um desafio dado que, conforme apresentado no referencial teórico desse estudo, as relações mantidas da sociedade brasileira com o rural, em especial com o rural amazônico, contribuem com esse tipo de visão estereotipada, que se mostra ainda presente no discurso dos profissionais.

Ao longo dos discursos dos profissionais, é possível observar também compreensões que ressaltam a onipotência dos profissionais quando se referem a si mesmos como salvação para essas pessoas. Isso é visível em discursos que revelam preocupações excessivas por não estarem de forma permanente nas localidades rurais, ressaltando que essas pessoas não irão saber como cuidar da sua saúde sem a presença deles ou ainda ressaltando que, se não fossem eles estarem presentes nessa localidade, ninguém viria cuidar deles.

Em geral, observa-se que os conteúdos apresentados pelos gestores e profissionais, relacionaram o rural amazônico com vulnerabilidades e dificuldades sem se referir a aspectos positivos e que revelassem as potencialidades do lugar.

Os conteúdos presentes nos discursos dos profissionais também sugerem que eles partem de ideais urbanos e avaliam as condições de vida das pessoas nessas localidades, não como diferentes, mas como inferiores. Exemplo desse tipo de compreensão são possíveis se identificar na fala deste profissional, que enfatiza um ideal de desenvolvimento, que parte de padrões urbanos:

"as comunidades continuam como há 20 anos atrás, algumas mais desenvolvidas, outras menos, mas as comunidades permanecem do jeito que estão" – P2

A fala desse mesmo profissional sugere ainda aspectos fantasiosos, revelando receio e desconhecimento sobre o lugar e uma visão preconceituosa sobre os modos de vida dessas pessoas, que são desfeitas, em parte, no contato com elas:

"Eu pensei que tinha uma tribo indígena, às vezes, a gente imagina coisas graves, raras, do fim do mundo, mas não é bem assim. Aqui a gente tem pessoas que tem higiene, sabem viver." – P2

A partir dos resultados encontrados nos discursos dos profissionais, é perceptível que as compreensões sobre rural são predominantemente baseadas em concepções negativas sobre

o lugar e sobre as pessoas. Situação também encontrada em resultados de outros estudos que tiveram, como achados, compreensões que reforçam visões do rural como problemático, inferior e indesejável quando comparado com o urbano (MALATZKY e BOURKE, 2016).

Apesar de uma menor frequência do que na fala dos gestores, alguns profissionais se referiram às dificuldades de acesso, apresentando uma visão que tem como referência as localidades urbanas:

“o rio Negro. ele tem uma dificuldade de acesso mesmo muito grande porque é cheio de ilhas, tem poucos barcos de linha passando, para você sair daquelas comunidades para vir para Manaus se torna um pouco difícil” – P4

Destaca-se nas falas a ausência de conteúdos positivos sobre o lugar, também identificado no discurso dos profissionais que moram nessa localidade. Somente uma das falas pareceu partir do ponto de vista dos moradores em Cuieiras, ao afirmar que os moradores escolhem morar em lugares isolados e ressalta que, ainda assim, têm direito à saúde:

“...são os ribeirinhos né, são as pessoas que querem morar distante e carecem de uma saúde tão quanto o pessoal da cidade.” – P5

5.2.3. Práticas dos gestores e profissionais diante das singularidades e necessidades amazônicas

O outro tema analisado a partir das falas e observações dos gestores e profissionais, referiu-se à atuação desses atores frente às singularidades amazônicas. A proposta de evidenciar os conteúdos em torno desse tema deu-se em razão da relevância em analisar as ações de gestores e de profissionais, especialmente em lugares onde o isolamento e as condições singulares exigem flexibilidade e novas formas de atuação (THOMAS et al., 2017) o que torna a discussão da abertura dos profissionais para as diferenças necessária.

A partir desse tema foram elencadas categorias que levaram em conta o marco teórico adotado neste estudo e buscaram conhecimentos sobre a atuação de gestores e profissionais no cenário amazônico estudado. Para os gestores, as categorias de estudo definidas foram: organização do serviço e gestão; adaptação dos serviços ao lugar; monitoramento e avaliação dos serviços. Para os profissionais, tanto da UBSF, quanto para os que permaneciam na comunidade, as categorias selecionadas foram: processo de trabalho na área rural amazônica;

adaptação dos serviços ao lugar; o apoio, educação permanente e supervisão por parte da gestão; sentimentos com relação ao modelo de atendimento atual.

Essas categorias, conforme já disposto na metodologia deste estudo, foram escolhidas previamente, e, além do marco teórico, consideraram as observações iniciais realizadas no campo e guiaram as entrevistas. A partir delas foi realizada a síntese do conteúdo das falas dos entrevistados, na tentativa de entender a mensagem expressa pelos interlocutores em cada uma delas. Nesse processo, privilegiaram-se as estruturas de relevância presentes nas falas (TAQUETTE, 2016).

5.2.3.1. Atuação dos Gestores

Visando conhecer a atuação dos gestores na área rural amazônica, foi criado um quadro, a partir dos conteúdos que emergiram das observações e das entrevistas, os quais foram organizados conforme as categorias prévias, que estão apresentadas de forma sintetizada no Quadro 4. Em seguida, cada uma das categorias foi discutida e ilustrada com as falas e comentários que permitiram a análise.

Quadro 4. Atuação dos Gestores nas áreas rurais de Manaus

Categorias	Síntese dos conteúdos emergentes
Organização/Planejamento	Mesmas metas previstas para a área urbana; Preocupação em atender as diretrizes federais; Foco da saúde nas áreas urbanas; Planejamento centralizado na sede do distrito; Submissão ao proposto pelo governo federal; Enfoque nas questões logísticas; Programação feita em cima de dados da população inconsistentes; Organização/planejamento centralizado no distrito; Fragilidades na interação com a população; Abertura para participação; Conflitos entre gestores e profissionais.
Adaptação das ações às singularidades do território amazônico	Aumento do número de serviços como solução; Inovações criadas para dar conta das especificidades; Enfoque nas questões logísticas; Necessidade de mais tempo da equipe nos territórios; Dificuldades de comunicação com os usuários; Dificuldades em razão da mobilidade constante da população; Dificuldades no trabalho em razão da ausência de tecnologias; Necessidade de um maior financiamento; Contato com as áreas rurais de forma pontual; Soluções identificadas pelos gestores para adaptação; Importância das condições do território; Reconhecimento das diferenças; Esforço exigido aos profissionais em razão das especificidades; Importância do ACS morar no território;

Monitoramento/Avaliação

Mesmas metas previstas para as localidades urbanas; Avalia o monitoramento atual como bom; Avalia o monitoramento atual como ruim; Problemas no monitoramento em razão da limitada tecnologia; Espaços de supervisão e troca entre gestão e profissionais; Dificuldade com os dados sobre a população; Implementação do monitoramento em construção.

Fonte: A autora.

Organização e planejamento

A partir das falas dos gestores, nota-se, dentre suas prioridades, a de seguir as normas federais, ainda que isso lhes custem esforços para adaptar o que está proposto para as áreas nas quais atuam. Conforme se depreende da fala dos gestores:

"... a gente teve essas mudanças com os barcos que a gente teve que mudar todo o processo de trabalho. De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde, esses barcos que são financiados, para que eles sejam cadastrados como uma unidade móvel fluvial e receba o recurso pra manutenção, ele tem algumas regras" – G4

"No rural não é assim, no rural são vários quilômetros pra tentar encher uma quantidade de famílias que justifique aquele atendimento de Saúde da Família"- G6

Entretanto, eles reconhecem que, algumas vezes, apesar do esforço, isso não é possível. Ressaltam existir poucos espaços na elaboração das normas para adaptações que incluam as diferenças que identificam necessárias para atuar no contexto amazônico, conforme sugere a afirmação de um dos gestores:

"eu espero, como servidora do município de Manaus é que essas políticas levem mais em consideração as especificidades, claro que tem que ter diretrizes, mas que elas abram uma lacuna para que eu tenha como colocar a especificidade" – G2

Mas, ainda assim, demonstraram ter poucas iniciativas no intuito de fazer propostas específicas que tratem de questões que envolvem o contexto em que atuam.

Constata-se, ainda, que, no planejamento das ações do município de Manaus, as prioridades das áreas rurais não são particularizadas conforme as necessidades de cada lugar. Isso pode ser evidenciado nas falas dos gestores que admitem que o estabelecimento das prioridades para as áreas rurais do município de Manaus é baseado em propostas para a área urbana do município. Situação já identificada em estudo que analisou o planejamento do

DISAR voltado para o município de Manaus (SOUSA et al., 2019). É o que pode ser observada na fala de um dos gestores que se expressa sobre essa situação:

"A carteira de serviços é uniforme, ou para a área urbana ou rural, ela é igual."- G4

Suas falas também revelam que o planejamento das ações é realizado pelos gestores do DISAR sem a participação dos profissionais e da comunidade, sendo somente repassado o que deverá ser realizado. Conforme se constata na fala de uma das gestoras:

"Então a gente chama os diretores, ou o responsável, que normalmente é o enfermeiro dessas unidades e repassa já, tanto a demanda, quanto uma ideia de uma estratégia que ele consiga trabalhar lá"- G5

A fala de um dos gestores reforça que a comunicação com a população costuma ser intermediada pelo Ministério Público do Estado, o que reforça não apenas o distanciamento dos gestores diante das necessidades da população, como também a fragilidade da comunicação com as pessoas que vivem nestas localidades:

" A gente já respondeu para o Ministério Público sobre a necessidade da construção de várias unidades de apoio, porque as comunidades estão crescendo cada vez mais e necessitam ter uma." – G6

Mais recentemente os gestores afirmam que tem buscado espaços para um contato maior com os profissionais, especialmente na construção das formas de atuar da UBSF. Entretanto, nas suas falas, eles mesmos afirmam que as discussões ainda estão concentradas nos resultados sem avanços em uma construção coletiva e com abertura para a participação dos profissionais:

"E a gente tem procurado com isso mobilizar os diretores dessas unidades, as equipes com oficinas mensais, onde eles apresentam os resultados. A gente faz a problematização, a discussão com eles e agora a gente está usando uma matriz de intervenção em cima daqueles resultados que se mostram mais críticos. O próprio diretor é orientado, junto com sua equipe, a elaborar uma matriz de intervenção para que no ciclo seguinte a gente consiga também visualizar o que eles conseguiram intervir, melhorar." – G1

Suas falas revelam ainda a presença de tensões nas relações com os profissionais de saúde:

"tensionamento entre gestão e profissional vai sempre haver nessa construção, o que a gente tem que equilibrar são as necessidades pessoais com a necessidade institucional e a norma técnica que rege o trabalho da instituição." – G1

Adaptação das ações às singularidades do lugar

Em suas falas, os gestores priorizaram a adoção de estratégias com foco na logística para responder aos desafios relacionados com as diferenças existentes nas áreas rurais. A logística foi enfatizada principalmente no discurso deles, devido à sua importância para que os serviços alcancem as pessoas, seja se estabelecendo fisicamente mais próximo delas, evitando longos deslocamentos das pessoas para os serviços, seja na adoção do modelo itinerante que se desloca até elas. Segundo eles, em razão das condições geográficas amazônicas, isso impõe esforços aos gestores. Seguem algumas falas em que isso pode ser evidenciado:

"Quando eu penso em área rural terrestre, eu tenho que pensar no veículo acessível, então eu tenho que ter um veículo adequado que normalmente ele tem que ser tracionado diferente de uma área urbana que eu posso ir com carro de pequeno porte." – G2

"...porque você atua com logística, com transporte, com toda a situação da vigilância, da atenção, mas muito de administração tem situações assim que a gente passa mais tempo resolvendo coisa de síndico do que de um gestor da saúde, da vigilância, da atenção, entendeu." – G5

Uma outra estratégia para lidar com as especificidades identificadas pelos gestores para atuar nesta região é o aumento do número de unidades que prestam serviços de APS. Suas falas sugerem a compreensão de que o aumento do número de serviços é a saída para alcançar essas populações e melhorar os serviços, conforme é possível se depreender de suas falas:

"botar mais estratégias para melhorar o acesso" – G4

"implantar mais equipes, mesmo que seja para um número menor de pessoas do que das unidades habituais para que a gente possa atender adequadamente" – G1

Essas compreensões, sugeridas nas falas dos gestores sobre quais ações são necessárias para uma maior adequação às necessidades e singularidades do território, não incluíram outras que a literatura tem ressaltado como estratégias para as localidades rurais e remotas, como o uso de tecnologias (LAAR et al., 2019), atuação dos ACS nas localidades onde não se consegue fixar profissionais de nível superior (JEROME e IVERS, 2010), capacitação de profissionais (SMITH et al., 2015) e abordagens culturalmente adequadas (WILLIAMSON e HARRISON, 2010). Ressalta-se que os gestores também não apresentaram os referenciais em que se baseiam para a atuação em áreas rurais.

Entre as ações realizadas pelos gestores, um exemplo que vai ao encontro do que tem sido proposto como ideal na literatura voltada para as áreas rurais e remotas, foi a de uma ação colaborativa entre gestores e os moradores locais visando à instalação dos “Pontos de Apoio”. Segundo os gestores, essas são estruturas que dispõem de um espaço privativo e um aparato mínimo para que as equipes itinerantes, especialmente das áreas terrestres, possam realizar atendimento onde não existe estrutura montada para isso. Destaca-se nesta ação o movimento participativo em que gestores e moradores locais entraram em consenso sobre os locais onde são necessários os Pontos de Apoio e, conforme os discursos, houve colaboração para a construção desses pontos. As ações frutos de colaboração entre usuários e quem planeja os serviços mostraram-se exitosas na avaliação de programa que atua nas áreas rurais e remotas, dado que teve como resultado o aumento da participação das pessoas, que, com acesso ao conhecimento transferido pela condução dos serviços, passaram a ter mais capacidade de resolver seus próprios problemas (HILL e HARRIS, 2008).

Segundo os gestores, essa ação teve como objetivo o aumento do acesso e, na avaliação deles, tem obtido resultados positivos. Em seus relatos, essa estratégia partiu da iniciativa das comunidades que sentiu a necessidade de um local com uma estrutura mínima para que os serviços, quando estivessem em suas áreas, pudessem prestar assistência de forma não improvisada. Segundo os gestores, a partir disso, essas estruturas mínimas vêm sendo construídas em conjunto com as pessoas das comunidades, como depreende-se da fala de um dos gestores:

"A gente está construindo locais de apoio. A própria Secretaria de Saúde em parceria com a comunidade, inclusive a gente tem locais de apoio que a própria comunidade fez para quando a equipe fosse lá atender esse local estivesse mais adequado. Porque antes, os profissionais de saúde atendiam na casa do presidente da comunidade, ou de algum morador que sedia a casa. Agora eles estão se organizando e estão fazendo essas unidades de apoio, a gente dá um modelo mais ou menos de como pode ser" - G4

Os enfoques na logística e a preocupação do serviço chegar em áreas, ainda que isoladas, além de todas as estratégias que foram sendo criadas ao longo dos anos para dar conta das populações que vivem nas áreas rurais e remotas do município de Manaus, demonstram o esforço dos gestores deste município em prestar uma melhor qualidade de serviços nessas localidades. Entretanto, o que se sobressai em seus discursos é que eles ainda partem de padrões urbanos para pensar o funcionamento dos serviços de saúde nas áreas rurais.

Uma questão fundamental para um melhor funcionamento dos serviços, especialmente nas localidades rurais e remotas, dadas as especificidades destes contextos, é que este leve em conta as especificidades do lugar (CUMMINS et al., 2007). Neste sentido, alguns gestores relataram a necessidade de atuar voltado para essas especificidades, ressaltando a importância do reconhecimento do território e a aproximação com o modo de vida das pessoas:

"requer uma estrutura diferenciada de atendimento, requer conhecimentos específicos aprofundados para aquela realidade e aí você não tem como tratar isso igual a área urbana" - G1

"requer um horário vinculado porque aquela pessoa tem um acesso melhor naquela UBS porque ele tem algum tipo de transporte ou tem um transporte escolar que passa lá ou então porque tem um transporte convencional que passa lá seja fluvial seja terrestre então os atendimentos têm que ser naquele momento" – G2

Um dos gestores também reconheceu as dificuldades em atuar a partir de um modelo único em todo país:

"mas jamais uma política nacional vai conseguir atender as nossas especificidades" - G1

Os gestores também reconhecem que, por conta de a maior parte da população do município estar inserida na área urbana, o foco do planejamento do município são ações para essas áreas, em detrimento das prioridades das áreas rurais:

"porque se não tiver alguém olhando especificamente para isso, quando a gente coloca as demandas do rural envolvidas como um todo, como a nossa população é bem menor que a população da área urbana, ela é engolida pelas demandas" – G6

Suas falas sugerem também a ausência de formalização das adaptações que realizam para o atendimento nas áreas rurais:

"porque a gente escreve muito pouco, mas essas adaptações que a gente faz do dia a dia pra resolver esses problemas, se a gente relatasse mais, dariam trabalhos incríveis" – G6

É possível identificar também, a partir das falas dos gestores, que eles reconhecem que é necessário um esforço a mais por parte dos profissionais para atuar nas áreas rurais:

"Obviamente na área rural, que é mais isolada, muitas vezes eles se veem na obrigação de se desdobrar, é como se atua no interior do estado"- G1

Contudo, os gestores também reconhecem que os profissionais não recebem um valor a mais por isso, nem possuem formação específica para essas atuações. A única diferença entre esses profissionais e os da área urbana é a carga horária de trabalho, que, segundo eles, é diferenciada. Entretanto, não demonstraram preocupações com a proposição de estratégias neste sentido.

Os gestores reconhecem ser necessário que os ACS residam nas localidades em que vão atuar, mas nos seus discursos foi pouco valorizada a atuação de tais profissionais e o conhecimento que eles possuem sobre o território, apesar da reconhecida relevância de suas atuações, em especial para as áreas rurais e remotas (SOMMANUSTWEECHAI et al., 2016).

O discurso dos gestores demonstra como principais desafios a necessidade de um maior financiamento, a ausência de tecnologias, a mobilidade constante da população, as dificuldades de comunicação com os usuários e a ausência de dados consistentes sobre o número e as condições de saúde da população. Essas dificuldades foram ressaltadas em falas como:

"o aporte financeiro precisaria ser mais robusto digamos assim, porque se você imaginar as diferenças para uma área ribeirinha, a gente tem a questão de combustível, aqui nas nossas unidades a gente precisa de carros com tração diferenciada mesmo sendo ribeirinho" - G1

"Se essa comunicação não for feita pelo agente de endemias ou agente de saúde, se não chegar pra eles, não vão saber que vai ter essa atividade, eles não se concentram nesses locais, então isso dificulta bastante porque nas nossas áreas são pouquíssimas as que pegam sinal telefônico, muito menos whatsapp ou qualquer outro sinal de internet, então até os telefones rurais são raros né, e aí a gente pede muita ajuda de líder comunitário pra ajudar nessa parte da comunicação, mas é uma coisa muito informal." - G6

Monitoramento/Avaliação

As práticas de monitorar e avaliar o que vem dando certo são valorizadas nas áreas rurais e remotas como oportunidade de os serviços ajustarem-se e tornarem-se cada vez mais adequados. Neste sentido, tem sido reconhecido o importante papel da dimensão organizacional para a condução de ações que promovam melhorias e uma atuação mais sustentável dos serviços nas áreas rurais (HUMPHREYS et al., 2006). Entretanto, a fala dos gestores do município de Manaus revelou não haver diferenças entre as metas propostas para as áreas urbanas e rurais do município, como se constata na fala deste gestor:

"o rural ele é avaliado dentro dos indicadores prioritários como os outros distritos" – G2

A ausência de modelos sobre o que funciona da APS em áreas rurais e remotas também tem sido identificada como problemática (THAM et al., 2010). Essa é uma realidade para o caso estudado, e há poucas pesquisas e modelos sobre o que funciona em termos de serviços de saúde para a região amazônica (GARNELO e ROCHA, 2006).

Com relação às avaliações sobre o monitoramento atual das ações, os gestores apresentaram sentimentos diferentes, havendo gestores que avaliaram o monitoramento com uma boa atuação e outros que avaliaram que ele precisa ser melhorado. Dentre os gestores que avaliaram o monitoramento positivamente, um deles afirmou:

"o DISAR é muito presente, muito focado, captando essas informações a gente tem conseguido visualizar esses resultados, inclusive na área rural se mostram muito bons" – G1

Entretanto, as falas de alguns gestores ressaltam que o monitoramento das ações e a avaliação ainda são um problema para as áreas rurais, seja por falta de dados ou em razão dessas atividades ainda não estarem desenvolvidas dentro das ações da gestão que se volta para as áreas rurais:

"[sobre] a avaliação dos indicadores, a gente tá deixando a desejar porque nós não temos RH suficiente pra fazer todos esses serviços" – G4

"acho que a gente podia aprofundar muito isso e acaba que a gente vai se atropelando, passa o mês todinho digitando e a gente tem pouco tempo pra analisar." – G5

Também revelaram estar em processo de construção um modelo de avaliação específico para as áreas rurais, que está sendo desenvolvido pelo DISAR.

"A gente tá pactuando metas diferentes, que inclui um levantamento de quantitativo de atendimentos feitos, uma série histórica para gente ter uma ideia, uma pactuação exclusiva da área rural."- G1

Enfatizaram, ainda, que as principais diferenças estão na contabilização do número de atendimentos, o que sugere que a gestão ainda se encontra focada na quantidade de procedimentos, deixando de lado a forma como isso vai ser operacionalizado:

"Existe um monitoramento que é voltado para o atendimento, que avalia o que foi feito, quantidade que foi feito, quantos atendimentos foram realizados por cada profissional." – G6

Um desafio para o monitoramento reconhecido pelos gestores é a ausência de dados sobre a população rural:

"O IBGE, ele nos dá uma população que para nós não bate com o que nós temos de pessoas cadastradas, então isso já é um fator que dificulta porque o Ministério da Saúde se baseia na população do IBGE " – G4

Os gestores se reúnem com profissionais e ACS mensalmente. Entretanto, conforme o conteúdo das falas, essas reuniões não têm sido espaços para trocas entre profissionais e gestores e para realização de formações. Conforme a fala de um dos gestores, essas reuniões são uma forma de passar o que já foi planejado pelo DISAR para os profissionais. Na sua fala, ele comentou sobre o conteúdo dessas reuniões:

"e nessas reuniões a gente faz um alinhamento tanto de como é que está a situação deles e eles trazem as demandas para gente ouvir diretamente. Seja no caso do diretor ou da equipe, médico, enfermeiro ou ACS, a gente conversa e vai alinhando e muitas vezes a gente capacita em serviço nesses momentos, porque quando a gente sai daqui para ir na unidade eles estão lá atendendo, é difícil de a gente trabalhar assim, então com esse dia que eles vêm, é um dia que a gente se concentra pra fazer reunião." – G6

Considerando a necessidade de suporte e de apoio dos profissionais que enfrentam os desafios de atuar em áreas rurais, compreende-se como estratégico que os gestores consigam sentar-se ao lado dos profissionais de saúde e, junto com eles, resolver os problemas (ABDULRAHEEM I. S, 2012); entretanto, a forma como os gestores se pronuncia quanto a esse encontro mensal sugere que esses encontros são um meio de deles passarem o que já foi pensado anteriormente e planejado pelo distrito sem a participação deles.

5.2.3.2. Práticas dos Profissionais de Saúde

Visando conhecer a atuação dos profissionais que trabalham em Cuieiras, foi criado um quadro, a partir dos conteúdos que emergiram das observações e das entrevistas, sendo demonstradas de forma resumida no Quadro 6 e, em seguida, ilustradas com as falas e comentários que permitem conhecer a atuação dos profissionais.

Quadro 5. Atuação dos Profissionais de Saúde em Cuieiras

Categories	Síntese dos conteúdos emergentes
Relação com a gestão	Acreditam ser necessário uma compensação financeira diferente por conta do seu trabalho; Não tem espaço para participar da construção dos modelos; Relação conflituosa; Sentem-se invisíveis para a gestão; Gestores que não frequentam as áreas rurais e não conhecem a realidade; Gestão enxerga o trabalho da área rural igual da área urbana; Alta rotatividade dos gestores; Reuniões mensais apenas para questões administrativas e prestação de contas;
Adaptação das ações ao lugar	ACS relatam ter realizado capacitações diversas; Profissionais de nível superior reclamam de ausência de capacitações; Não tiveram formação específica para a área rural; Afirmam necessitar de uma melhor formação para exercer suas atividades; Escutam as pessoas do lugar; Sentem necessidade de ter um escopo maior; Ausência de estratégias com uso de tecnologia; Adaptações de instrumentos; Realização de levantamento sobre a população; ACS demonstram conhecer a população com a qual trabalham; Profissionais da UBSF reconhecem que precisam conhecer mais a população; Limitações da população para participação; Dificuldades com a rotatividade da população; Reconhecem que a seca ou a cheia exigem estratégias diferenciadas; Pouca valorização dos conhecimentos dos ACS; Necessitam de formação específica para o trabalho nas áreas rurais; Reconhecem falhas/limites na formação; Experiência prévia como elemento fundamental.
Processo de trabalho	Procuram ser mais resolutivos; Sentem necessidade de atuar com um escopo maior; Preconizam uma atuação biomédica; Atuação dos ACS é mais ampla; Trabalham com medicamentos disponíveis em policlínicas; Trabalham com os protocolos do MS; Profissionais, Diretor do Posto e ACS se ressentem por não poderem mais atuar com procedimentos curativos; Regras para atuação não são claras; Entendem que o modelo proposto tem limitações; As adaptações que realizam para prestar os serviços não são oficializadas; Reconhecem que o tempo que ficam nas localidades é pequeno para o que deveria ser realizado; Os períodos de seca e cheia dos rios interferem na realização dos serviços; Os ACS são os que realizam visitas aos domicílios na localidade; Ausência de tecnologias; Falta de medicamentos e material de limpeza do Posto de Saúde; Condições desconfortáveis e de risco que vivenciam na UBSF; Falta de combustível para o trabalho; O material para pequenos procedimentos de urgência não são mais enviados para o Posto de Saúde; O barco utilizado pelo ACS para visitas domiciliares é de sua propriedade; Pouca rotatividade, costumam ser os mesmos profissionais;
Satisfação com o modelo de atuação	Reconhecem que nem todos os moradores da área têm acesso aos serviços; O tempo que a UBSF fica na comunidade é insuficiente; Dificuldades do encaminhamento; Avaliam que esse é a única forma de realizar assistência; Necessidade de profissionais com outras formações/especialidades; Dificuldades em realizar o acompanhamento das pessoas; Reconhecem limitações no modelo de atenção; Acreditam que o atendimento é melhor que na área urbana; Consideram fundamental reconhecer que nenhuma comunidade é igual a outra.

Fonte: A autora.

Quanto ao modo de atuar dos profissionais, suas falas revelam que eles buscam seguir os protocolos do Ministério da Saúde. Por outro lado, seus discursos também sugerem que, ao longo dos anos, eles foram construindo adaptações, havendo vários procedimentos que são realizados de forma diferente do que é preconizado para a atenção primária para o país. Um exemplo disso, identificado em suas falas, é a predominância de atividades curativas, com o uso de abordagens mais próximas de um modelo campanhista que funcionou ao longo dos anos.

No que diz respeito à atuação em áreas rurais fluviais, por exemplo, somente durante o ano de 2018, quando este estudo estava em andamento, os gestores e profissionais estavam realizando adequações ao modelo de funcionamento da UBSF com intuito que passasse a realizar ações seguindo as proposições da PNAB (BRASIL, 2017). Ainda assim, no que se refere às mudanças em andamento, as falas dos profissionais sugerem resistências a esse novo modelo de atuação e defesa da forma como vinham atuando.

Em seus discursos, defenderam, ainda, que a forma como vinham atuando, seguindo uma abordagem com enfoque curativo, era a mais adequada para as áreas rurais. Os profissionais de saúde declararam isso, segundo eles, em razão do reconhecimento das dificuldades de acesso para pessoas aos serviços de saúde na área urbana. Também defendem que, se elas não forem atendidas naquele momento em que estão na localidade, irão encontrar dificuldades em obter outra forma de assistência, em razão de não terem como se deslocar em casos de urgência e pelas dificuldades que encontram em ter acesso a um especialista.

Os profissionais que ficam fixos no Posto de Saúde também demonstraram insatisfação com o novo formato que estava sendo proposto. Em seus discursos, afirmam que as mudanças foram feitas sem consulta prévia a eles e sem informações suficientes sobre o que ia acontecer. A respeito das mudanças, um dos profissionais se manifestou quanto a realidade com a qual tem que se deparar, especialmente quando a UBSF não está na localidade:

"Um senhor aqui chegou e ele teve um ferimento na mão esquerda, no dedo polegar e pegou 12 pontos na mão dele. E isso foi à noite, e à noite o SAMU não vem buscar. O que acontece, ou eu fazia ou esse cidadão ia se prejudicar devido a profundidade" – P6

Em suas falas reforçam as dificuldades de atendimento, ressaltando que a ambulância não faz o deslocamento do morador para atendimento na área urbana no período noturno. Neste sentido, lamentam não ser mais permitido para os profissionais que não têm nível superior façam os primeiros socorros e o atendimento dos moradores, demonstrando seu inconformismo em não poder atuar nesses casos, conforme é possível se depreender desta fala:

"O que acontece se o cidadão chegar aqui para tomar uma medicação que o médico passou? Ele precisa de uma injeção para ser tomada, por exemplo, de uma Penicilina, ou qualquer outro, ele precisa de uma agulha de grosso calibre, não vai poder ser atendido, porque não vem mais isso também. O porquê? Também não sei, nada vem por escrito, só some, não vem mais não" – P6

A fala desses profissionais sugere que eles estavam ressentidos não apenas com a nova proposta de trabalho a ser seguida pela UBSF, a qual propõe as normas federais, que preconiza uma atuação mais voltada para a promoção e prevenção da saúde, mas também ressentidos com a forma como as mudanças ocorreram.

Os profissionais em suas falas também revelaram que as propostas de modelo de funcionamento e os processos de trabalho que vinham sendo realizados ao longo dos anos não foram formalizados pela SEMSA. Ressaltam ainda que o modelo proposto atualmente com a implantação da UBSF tem limitações, em especial com relação ao tempo limitado em que ficam na comunidade, o que dificulta a atuação proposta com foco na promoção e prevenção. Conforme se depreende da fala:

"A demanda é muita e as condições são poucas, então para mim, ela não está sendo ideal ainda, teria que modificar mais ainda" – P7

"Nós fazemos igual ao que a área urbana faz. Agora de um modo, às vezes, diferenciado, porque nosso tempo é limitado nessas comunidades"- P4

Além disso, em seus discursos apontam falhas no encaminhamento das pessoas nos casos que necessitam de especialistas, ressaltando que isso não tem funcionado na prática:

"Assim, a gente atende os programas todos, dá um medicamento, mas quando a gente encaminha para algum especialista para fazer continuidade a gente não vê retorno, eles também não procuram, acabam desistindo, entendeu." – P2

As falas dos profissionais também revelaram incertezas sobre como devem atuar e as dificuldades que encontram. Segundo eles, falta uma postura clara da gestão sobre o modelo que deve guiar suas ações. Nesse sentido, tanto os profissionais de nível superior quanto os profissionais que atuam no Posto de Saúde mostraram-se insatisfeitos, como se denota nessas falas:

"Eu brigo todo mês, falo com os gestores: a gente tá fingindo que tá atendendo, eu não admito perder um monte de paciente com AVC, com infarto e tu tá lá todo mês passando receita..." – P1

"... porque a nossa unidade não oferece um aparato legal para dar um bom atendimento à população. Medicamento que nós temos aqui é realmente o básico (referindo-se ao Posto de Saúde), se chegar alguém com uma cólica menstrual, com uma dor estomacal, nós não temos medicação, se tiver com vômito, uma náusea, nós também não temos nada. Nem injetável..." – P6

Uma questão presente no discurso dos profissionais, que ainda aparenta estar indefinida para eles, é o fato de eles lidarem com as demandas de uma população que, em geral, no que diz respeito à assistência à saúde, só tem eles para contar e não terem uma orientação clara de como lidar nessas situações. Outra questão que também surge diz respeito a uma gestão que se limita a apresentar, como modelo de atuação, propostas criadas e planejadas para as áreas urbanas. Em suas falas, esses profissionais demonstram-se também esgotados fisicamente e reconhecem que não têm realizado um bom atendimento:

"Eu disse não, várias vezes eu me incomodava com o limite de ficha porque eu também tenho o meu limite físico, não é fácil, no final do dia estou com a mão no gelo, eu sei o meu limite e de paciência a gente fica mais irritado, depois que eu comecei a entender mais, eu disse, eu tenho que ter paciência, atender até o último porque eles precisam né?"- P1

Outra questão ressaltada pelos profissionais são os períodos de cheia e de seca do rio, que, segundo eles, os obriga a mudar a forma como atuam, reconhecendo que nesses períodos algumas pessoas não conseguem alcançar o serviço e a própria UBSF fica impedida de chegar nas comunidades. Essa situação faz com que os profissionais tenham que se preparar para esses momentos, nos quais passam a contar mais com a atuação dos ACS e do diretor do Posto de Saúde que ficam fixos na comunidade. Essa constatação pode ser evidenciada na fala desta profissional:

"A gente já trabalha com isso, vamos supor, nesse momento a gente já tem medicamento para três meses para os hipertensos, por causa da seca, período de recesso, o barco vai passar menos dias e aí vai custar para ir, então é melhor ter remédio para novembro, dezembro e janeiro." – P4

Os profissionais, entretanto, declaram que na SEMSA não há nada oficializado sobre os modelos de atuação e as adaptações realizadas em razão da realidade com a qual atuam.

Os profissionais da UBSF enfatizam que, pelo fato de estarem somente um período reduzido nas localidades, isso exige que eles sejam bastante operacionais. Um dos profissionais destacou o fato de um exame de gravidez ser realizado na unidade fluvial, seguido de uma coleta de todos os exames; e a pessoa ainda passa pela consulta de enfermagem e pelo dentista

também, situação que demoraria dias para serem realizadas na área urbana do município. Nesse sentido, também, um dos profissionais enfatizou a necessidade de prescrição de medicamentos considerando o tempo que vão ficar ausentes, o que faz com que aumentem a dosagem e trabalhem com medicamentos que não seriam indicados, como se percebe nesta fala:

“...então são crianças que não têm alimentação adequada, desproteinizada, desnutridas, que não vão dar o remédio às vezes na hora certa, que os pais não sabem ler e a gente às vezes acaba pecando pelo excesso e entra logo com antibiótico porque sabe que aquela criança vai piorar, então nisso a gente não segue protocolo.” P1

Outro profissional enfatizou que a UBSF tem medicamentos para além do que dispõe uma unidade de saúde da APS na área urbana, sendo disponível para eles os mesmos medicamentos dispostos em uma Policlínica, com exceção dos medicamentos para HIV e para o tratamento de fumantes. Mas também reconhecem que, para fazer uso desses medicamentos, seria ideal que os profissionais fizessem treinamentos para atuar com um escopo mais ampliado. Com relação a essa necessidade, um dos profissionais se manifestou:

“Precisam de treinamento, porque assim eles atuam em um escopo maior e o elenco de medicamentos é muito grande” - P5

Uma abordagem flexível tem sido valorizada nas áreas rurais e remotas (MURRAY e WRONSKI, 2006), entretanto os profissionais precisam ter clareza sobre o escopo com o qual vão atuar. As inadequações nas suas condutas, a ausência de uma descrição dos papéis e o pouco reconhecimento tem sido apontados como barreiras para o desenvolvimento da APS em áreas rurais e remotas (SBAROUNI et al., 2012). O investimento na qualificação dos profissionais tem sido uma prioridade em diversos países que têm se preocupado com prestar serviços com mais qualidade para as áreas rurais e que vêm encontrando estratégias que são mais adaptadas para cada contexto, sendo propostos modelos que têm como premissa a necessidade de garantir que as pessoas recebam os cuidados certos, no momento certo, pela equipe certa e no lugar certo (SMITH et al., 2015).

Os ACS e o Diretor do Posto atuam no Posto de Saúde de segunda à sexta. Essa estrutura conta com remédios básicos, fichas das pessoas atendidas, uma balança, termômetro e um aparelho de pressão. No posto, os ACS realizam orientações, para as quais, segundo eles, foram capacitados, com destaque para os casos de diarreia, aleitamento materno e o cuidado com idosos. Eles também afirmam orientar para a prevenção de doenças como a dengue, malária, hanseníase e diabetes. Inclusive relatam fazer palestras nas comunidades sobre esses temas.

Além dessas ações, os ACS fazem visitas domiciliares diariamente nas quais acompanham o estado de saúde das pessoas e definem aquelas que serão consultadas ou realizarão algum exame no dia da presença do barco na comunidade. Assim, eles previamente são responsáveis por informar as pessoas o dia em que o barco vai estar na comunidade, pesquisar as pessoas antes da consulta e organizar as fichas de prontuário para registro dos médicos e dentistas, algo que foi presenciado no dia da presença da UBSF na comunidade.

Nessas localidades, os ACS ainda afirmam que fazem aferição da pressão das pessoas e realizam o teste de glicemia, segundo eles foram treinados para realizar essas atividades. Conforme a PNAB (BRASIL, 2017), essas atividades devem ser realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados. Entretanto, em razão dos profissionais de nível superior não estarem presentes diariamente nessas localidades, isso não pode ser seguido. Os ACS também não relataram nenhuma forma de supervisão ou monitoramento dos profissionais de nível superior nesses casos. Além dessas atividades, os ACS coletam amostra e preparam a lâmina nos casos suspeitos de malária, atividade para a qual, segundo o relato deles, também receberam treinamento. Além de serem os únicos que estão na localidade todos os dias e que são os primeiros a receber as pessoas nos casos de agravamento das doenças ou nas situações de urgência, em que necessitam ser removidos para a área urbana. Em outros países latinos que possuem áreas amazônicas, o formato de unidades para áreas rurais que funcionam somente com ACS e técnicos de enfermagem tem se mostrado uma realidade (GIOVANELLA et al., 2015).

Os ACS na localidade estudada realizam visitas às residências. Essas visitas são realizadas a pé para os moradores da parte da comunidade que concentra o maior número de residências e, em embarcações menores, para os moradores dos igarapés onde só se tem acesso pelo rio. Essas embarcações, entretanto, são de propriedade dos próprios ACS que apenas recebem gasolina para seus deslocamentos nelas.

No passado, segundo os ACS, a SEMSA disponibilizou embarcações para que eles realizassem o serviço, mas que não eram apropriadas para a realidade com a qual atuam e se deterioraram em pouco tempo. Uma fala comum dos ACS é também quanto à pouca quantidade de combustível disponível, que, segundo eles, não atende às demandas dos serviços. Segundo os ACS, a gestão não realizou treinamento e nem a legalização dos seus documentos para que

pudessem pilotar essas embarcações, apesar desta ação fazer parte das atividades do dia a dia dos ACS nesta localidade.

Os serviços de APS realizados em Cuieiras não utilizam recursos de telessaúde e nem outros recursos tecnológicos. As fichas dos pacientes que estão sendo cadastradas pelo sistema e-SUS são feitas manualmente na comunidade e depois digitalizadas por trabalhadores no DISAR, na área urbana de Manaus, tornando possível o envio delas pela internet. Situação que evidencia o descaso com o investimento em tecnologias nessas áreas e vai na contramão do que países em áreas isoladas vêm apostando para melhoria da assistência à saúde em áreas remotas (BRADFORD et al., 2016) e que tem revelado também ser uma estratégia possível para a Amazônia (MARTÍNEZ et al., 2004).

Quando existe a necessidade das pessoas atendidas em Cuieiras em realizar exames que não são ofertados na UBSF ou precisam passar por um especialista, isso necessita ser intermediado pelo DISAR. Essa forma de funcionar é específica para as áreas rurais, visto que as unidades que se encontram na área urbana conseguem realizar as marcações desses serviços pela internet. Entretanto, como na área de Cuieiras o recurso de internet não está disponível, a marcação para esses serviços é realizada na sede do DISAR em Manaus. Nesses casos, a necessidade de que o paciente passe por esses serviços é identificada pela equipe da UBSF e eles fazem a requisição manual, esse pedido é levado para a sede do DISAR, que, quando consegue fazer a marcação do exame, comunica o ACS sobre a data, ou quando não consegue se comunicar com o mesmo, aguarda o dia da ida da UBSF para comunicá-lo. Após isso, o ACS repassa essa informação para o paciente, e, em uma parte significativa dos casos, ele necessita se deslocar no barco de sua propriedade até a residência do paciente, ressaltando que algumas vezes o combustível não é suficiente para essas situações. Após o paciente ser informado, fica por conta dele o custo com o deslocamento até a área urbana, sendo um valor que muitas vezes eles não têm como arcar.

A ausência de investimento também foi identificada pelos profissionais para o funcionamento dos serviços. Em seus discursos, eles enfatizaram inadequações na embarcação que funciona a UBSF, revelando problemas relacionados com a estrutura da embarcação. Como sugere o discurso de um dos profissionais:

“Há um mau cheiro fortíssimo de combustível, que é prejudicial à saúde dos funcionários e dos usuários, tem grávida que por si já tem enjoô, com combustível, passa mal, quer desmaiar, eu já tive problema de querer desmaiar com forte odor, o barulho que está insuportável, a

estrutura dela (referindo-se à embarcação que funciona a UBSF) não é muito boa." – P4

A presença de dificuldades e inadequações também foram relatadas para o funcionamento do Posto de Saúde, que, segundo eles, chega a ficar sem água e energia por dias:

"eu liguei para ele ontem (referindo-se ao gestor da SEMSA), e agora eu fui no colégio, graças a Deus conseguimos um motorzinho lá, para fazer os atendimentos de hoje lá no colégio." – P6

Os profissionais que ficam no Posto de Saúde também se ressentem de não mais dispor de materiais para a realização de curativos e remédios básicos que possam ser utilizados, especialmente nos casos de necessidade e na ausência dos profissionais da UBSF:

"Eu acho que deveria ser lei para nós, que nós temos que estar equipados para qualquer atendimento. Mas touca foi cancelada, agulha para fazer aplicação de injeção de Benzetacil, de Penicilina também deixou de vir." – P6

Essa ausência de investimento faz com que os profissionais tenham que usar dos seus próprios recursos e improvisos para o funcionamento do serviço. É o que se percebe a partir de falas como esta:

"Eu estou com dois motores quebrados, que eu mandei ajeitar. Se quebrar, como vou fazer? Remar toda essa distância não dá." - P8

Adaptação das ações às singularidades do território

Os profissionais da UBSF admitem que não conhecem suficientemente o Cuieiras, em razão do pouco tempo que passam e por terem muitas comunidades a serem atendidas. Eles reforçam que a realização de um inquérito domiciliar nas comunidades proposto pela SEMSA, há alguns anos, do qual alguns profissionais participaram, foi importante para ajudar nesse reconhecimento, mas não foi feita uma ação prática com os resultados encontrados, conforme evidencia-se na fala de um dos profissionais:

"a gente fez os levantamentos, mas a gente ainda não conseguiu dirigir para aquelas necessidades que a gente detectou, se têm mais adolescentes, se tem mais acamados, se tem população de risco." - P1

Apesar do desconhecimento do lugar, apontado nos discursos dos profissionais de nível superior da UBSF, estes não mencionaram momentos destinados para troca de conhecimentos sobre o contexto local com os ACS e o Diretor do Posto de Saúde, que são os profissionais que

permanecem fixos nas localidades. Os ACS, em particular, já moravam nela antes de se tornarem profissionais de saúde, como pode ser identificado na fala abaixo:

“O senhor conhece essa população com a qual o senhor trabalha (entrevistador)? Sim, conheço. Desde antes como morador, e agora, como profissional” – P8

Além disso, como é possível identificar na fala desses profissionais, são os ACS que realizam as visitas domiciliares.

As relações entre os serviços de visita e o serviço de suporte que permanece fixo nas localidades atendidas em áreas rurais foi enfatizado como um requisito essencial em estudo que realizou uma revisão sistemática sobre esse tipo de serviço (CAREY et al., 2018). Dentre os resultados desse estudo, foi destacada a necessidade que as relações entre os serviços que são realizados em forma de visita e os serviços fixos sejam estreitas e baseadas na troca de conhecimento. Entretanto, essas relações não foram observadas em Cuieiras, não sendo identificado também estratégias para que isso passe a acontecer.

Em seus discursos sobre a população atendida, os profissionais enfatizam problemas, sendo comum, destacarem o fato de essa população ser desprovida de recursos e com dificuldades de acesso. Ainda assim, as falas de alguns profissionais demonstraram tentativas de realizar adaptações para conseguir atuar mesmo diante de uma realidade diferente:

“... a ausência de energia elétrica ela é prejudicial para quem é diabético porque ele precisa ter acesso à insulina, mas sem energia elétrica a pessoa não tem onde conservar. Então, a gente orienta conservar dentro de um pote, com a água do igarapé porque aí fica geladinho.” – P4

Essa necessidade de adaptação, também foi identificada nas falas dos profissionais no atendimento das pessoas nos períodos de enchente ou vazante dos rios. Segundo eles, períodos em que o serviço tem que atuar de outras formas, considerando as especificidades e as diferenças do território em razão dessas estações.

Apesar das diferenças relatadas, nas falas dos profissionais, em geral, eles afirmaram que utilizam os mesmos protocolos e os mesmos instrumentos de trabalho propostos para a área urbana e que não necessitam fazer adaptação deles para sua atuação. Contudo, a partir de suas falas sobre os processos de trabalho, é possível identificar uma série de formas de trabalhar que são diferentes das áreas urbanas. Como se identifica na fala deste ACS:

"Porque aqui na realidade a gente é conciliador, ouvidor.... Um casal que briga e vão chamar o ACS. Ai a gente aconselha, faz de tudo de um pouco."- P8

Um dos profissionais também destacou que, em razão da comunidade ser pequena, pôde colocar em prática seus conhecimentos com maior facilidade, sendo possível acompanhar seus resultados:

"Totalmente diferente, por ser rural, por ser uma comunidade fixa, dá para praticar e aplicar os meus conhecimentos..." P5

Com relação ao conhecimento sobre os hábitos e costumes da população atendida, mesmo reconhecendo que não sabem o suficiente sobre suas realidades, os profissionais relataram ter conhecimento que elas fazem uso de outras formas de tratamento para suas doenças, citando que as pessoas utilizam medicações caseiras para o tratamento de diversas doenças. Eles também afirmam que estas populações são bastantes rotativas, o que, segundo eles, dificulta a atuação dos serviços de saúde. Em seus discursos, os profissionais também relatam que em Cuieiras as pessoas tem dificuldades em solucionar seus problemas de forma coletiva. Como é possível se identificar em uma das falas:

"Então as comunidades, elas precisam se organizar um pouco mais, apesar da gente já estar orientando para eles buscarem alternativas de como trabalhar com hortas, de como se prevenir quando trabalham com espeto, porque eles se machucam, a gente já orientou bastante, mas a comunidade em si, eles têm que se organizar." – P4

Em geral os profissionais destacaram que o tempo de experiência que tiveram em outras áreas rurais ou mesmo na atuação na localidade estudada contribui significativamente para que tenham uma atuação mais adaptada. Como sugere a fala de um dos profissionais:

"Mas durante essa atuação que você teve na área rural, você aprendeu coisas novas? (entrevistadora)- Muito. Foi uma escola, porque a gente sai da faculdade não sabe muito, você sabe muita teoria e pouca prática, então lá eu realmente coloquei muito mais em prática e aprendi com os colegas também." – P4

Apoio/Educação Permanente/Supervisão

A educação permanente e a supervisão dos profissionais nas atividades desenvolvidas em áreas rurais e remotas foram consideradas como fundamentais em estudo realizado no território africano (VERSTEEG et al., 2013). Esse mesmo estudo destacou a necessidade de capacitação dos gestores para atuar no recrutamento e apoio de profissionais de saúde rurais e

a existência de um plano adequado às áreas rurais que inclua um financiamento equitativo para essas localidades.

Entretanto, o que sugerem os discursos dos profissionais, tanto da UBSF como os que ficam fixos localidade estudada, são sentimentos de invisibilidade sobre suas atuações, incompreensões sobre o que realizam, falta de espaço para participar da construção dos modelos e a ausência de compensação financeira, que avaliam como merecida em razão das condições que precisam suportar. Uma das falas das profissionais expressa esse sentimento:

“Nós não somos vistos, a gente faz de tudo, mas eles nunca querem divulgar.” - P1

Além do sentimento de invisibilidade, nos discursos dos profissionais eles demonstram-se insatisfeitos em razão dos gestores apenas repassarem o que eles devem fazer e não trabalharem em um processo de construção coletiva, como se vislumbra na fala de um profissional:

Na última reunião agora, os gestores reuniram com os agentes comunitários de saúde já pra passar o que já foi definido. Eles nunca reúnem com a gente para construir a proposta. Nós sugerimos que juntassem os presidentes comunidades, que a gente tem o vínculo muito bom com eles, que são os representantes, com os ACS e a nossa equipe para essa construção, mas não foi aceito fazer.” - P1

Outra fala de um dos profissionais reconhece que necessitam de outras compensações, inclusive financeiras, em razão das especificidades do trabalho que realizam:

“Porque quem trabalha na área urbana, vêm todos os dias para dormir na sua casa, nós não, passamos dez dias fora de casa, confinados dentro de um barco, sem comunicação, sem televisão, sem telefone, então é diferenciado.” - P4

Uma queixa presente nas falas dos profissionais é que os gestores não frequentam as áreas rurais e por isso não conhecem a realidade com a qual os profissionais trabalham. Ressaltam ainda, que a gestão enxerga o trabalho da área rural igual ao da área urbana. Como se depreende da fala:

“...eu acho que vocês precisam ir em uma viagem para conhecer, aí sim, eu vou aceitar palpito de vocês” – P1

Essa outra fala, destaca que os profissionais têm que atuar de forma diferente do que foram orientados, sugerindo desconhecimento da gestão sobre as necessidades nas áreas rurais:

"Eles falam uma coisa para a gente, e nós fazemos. Mas além do que eles falaram, a gente já faz outra coisa diferente, porque a gente sabe a realidade." – P8

Os profissionais relatam ainda ser um problema a grande rotatividade de gestores, que muitas vezes dificulta a continuidade do trabalho. Além disso, seus discursos demonstram a ausência de um acompanhamento mais próximo das ações realizadas nas áreas rurais, na medida que afirmam que as reuniões mensais são apenas para tratar de questões administrativas e prestação de contas.

Além da ausência de supervisão e práticas de monitoramento, os profissionais se queixam da necessidade de uma formação que os qualifique melhor para atuar nas áreas rurais e sobre a necessidade de uma prática de educação permanente. Como é possível se evidenciar na fala de um dos profissionais:

"Ela (se referindo à gestão da SEMSA) faz aqueles cursos, aqueles alinhamentos, mas, por exemplo, quando tem um alinhamento, quando tem um curso, não é direcionado para a saúde rural. Eles querem uma adaptar o manual à uma unidade totalmente diferente." – P5

Por outro lado, os profissionais ACS afirmam ter realizado diversas capacitações ofertadas pelo serviço, mas, ainda assim, consideram que necessitavam ser mais bem capacitados.

Satisfação com o modelo de atuação

Em seus discursos, alguns profissionais enfatizaram que o atendimento realizado pela UBSF é melhor do que o realizado por unidades localizadas na área urbana de Manaus. Segundo eles, a população de Cuieiras está satisfeita com os serviços. Entretanto, essas são impressões pessoais, porque não existe uma forma institucionalizada de ouvir as pessoas atendidas. Como sugere a fala de um dos profissionais:

"Sim, eu tenho certeza que eles têm o melhor, mesmo sendo uma vez por mês, eles têm uma pessoa fixa, uma atenção primária melhor que um bairro de Manaus (referindo-se a área urbana)." – P5

Entretanto, eles mesmos reconhecem que nem todos têm acesso aos serviços, especialmente aqueles que moram mais distantes da maior comunidade. Além disso, reconhecem que o tempo que permanecem na localidade é insuficiente e retratam bastante dificuldades para o encaminhamento nos casos em que necessitam realizar exames ou quando precisam passar com médicos especialistas. Para solucionar esse problema, alguns

profissionais sugerem que sejam capacitados em algumas especialidades. Segundo eles, assim poderiam prestar uma assistência melhor às necessidades da população. Outra opção apontada por eles, seria passar a contar com especialistas que pudessem atuar de forma esporádica na UBSF. É o que se depreende da fala de um dos profissionais:

“...porque o certo seria, pelo menos cada mês, vir um especialista na lancha de atendimento, um cardiologista, um urologista, ter uma máquina de ultrassom, mas não tem...” – P6

Também se ressentem que nesse modelo não conseguem acompanhar a saúde das pessoas como deveriam, conforme sugere o discurso desse profissional:

"O que a gente vai poder fazer, quando essas pacientes completam 37 semanas (referindo-se às consultas de pré-natal). A partir desse período a consulta tinha que ser semanal, e, ao contrário, a gente nunca mais vê a gestante, só vai ver quando ela volta com o bebê. Onde que essas pacientes vão ser atendidas? A gente teria que bolar alguma coisa para ela ter uma vinculação com algum local que desse suporte, mas isso não existe. Eu digo então, a partir de 37 semanas elas estão abandonadas, quando tem mais risco." – P1

5.2.4. Análise dos conteúdos do Estudo de Caso a partir do framework (BOURKE et al., 2012b)

A partir dos conteúdos presentes em cada uma das categorias, foi possível analisar as ações e estratégias de APS realizadas na localidade estudada de acordo com as questões chave propostas no *framework*.

O uso desse framework facilitou visualizar aspectos relevantes existentes no nível local onde os serviços de saúde são executados. Mas, além disso, permitiu, a partir de uma visão ampla, discernir padrões de desigualdade e exclusão que se manifestam em nível macro, por meio da análise de como as interações locais se relacionam com os sistemas institucionais de autoridade e estruturas de poder (BOURKE et al., 2012b).

Neste sentido, a análise guiada por esse *framework* possibilitou conectar simultaneamente ações individuais, respostas de nível comunitário e influências mais amplas da política de saúde e a influência dos discursos dominantes na saúde rural. Segundo o estudo BOURKE et al. (2012a), que analisou a aplicação do framework em casos concretos, análises mais amplas são mais eficientes para entender as especificidades de cada caso nas áreas rurais, porque levam em conta fatores que se relacionam e são interdependentes, o que varia para cada situação de saúde rural e remota.

A seguir são apresentados os conteúdos considerados relevantes do Estudo de Caso em Cuieiras, sintetizados conforme as questões-chave propostas pelo referido framework:

a) Isolamento geográfico

Apesar de estar inserido em um município populoso, a área do Cuieiras caracteriza-se pelo isolamento em razão de ser uma localidade que só pode ser acessada pela fluvial, não tem transporte diário e a duração da viagem para a área urbana, partindo da sua maior comunidade, pode chegar a cerca de 10 horas, dependendo do motor e do nível do rio. Além do isolamento físico, Cuieiras apresenta isolamento em razão das redes de comunicação serem acessíveis de forma limitada.

b) Território rural

Nesta localidade existem diferenças entre as pessoas que vivem na maior comunidade, que se caracteriza por residências próximas umas das outras, onde se localiza a escola, o Posto de Saúde e local onde atracam a UBSF para atendimento da localidade. Também é nesta comunidade maior que o barco que viaja para a área urbana faz parada, favorecendo que as pessoas desta comunidade tenham uma relação mais próxima com a área urbana de Manaus, sendo comum que seus moradores se desloquem para essa área pelo menos uma vez no mês. Nessa comunidade, as pessoas também se reúnem diariamente para jogar bola, possuem um centro comunitário e frequentam as duas igrejas nos fins de semana. Além disso, em seus dois comércios, é possível encontrar alguns produtos para comprar oriundos de Manaus. Fora dessa comunidade maior, as pessoas se distribuem em pequenos agrupamentos ou casas isoladas que se distanciam quilômetros umas das outras. Nessas localidades, as pessoas possuem uma embarcação pequena para se deslocar, o que é feito somente pelo rio. Em geral possuem uma horta, algumas criações de animais e se deslocam cotidianamente para a comunidade maior para que as crianças possam estudar. Em geral, têm contato limitado com outras pessoas e vivem mais em suas próprias residências com suas famílias.

c) Sistema de saúde local

O sistema de saúde local é prestado pela UBSF que atracam na comunidade maior uma vez por mês, onde recebem atenção de uma eSFF. Na UBSF realizam consultas médicas, de enfermagem e odontológicas. É também o local onde recebem medicamentos e realizam alguns tipos de exames, quando necessários. Além da UBSF, contam com um Posto de Saúde que se

localiza na comunidade maior, que funciona regularmente todos os dias, que recebe as pessoas que apresentam algum sintoma e precisam de um serviço de saúde. O Posto de Saúde foi apontado, pelas pessoas que vivem nessa localidade, como o primeiro lugar que procuram quando estão doentes no dia a dia. Nos casos graves, o Posto de Saúde faz o primeiro atendimento e realiza contato com a área urbana do município para que sejam transportados via ambulância. Contam ainda com acompanhamento da saúde realizado por ACS que fazem visitas rotineiras às famílias onde verificam a necessidade de consulta, prestam algumas informações de saúde e fazem os agendamentos e comunicações necessários. Fora esses serviços prestados pelo município, contam com serviços de saúde informais que incluem uma parteira e um puxador, moradores da comunidade.

d) Sistema de saúde amplo

Nas normativas federais que orientam o funcionamento e fazem a previsão de recursos financeiros para as unidades de saúde no país, não houve, ao longo do tempo, introdução de questões específicas para as áreas rurais ou remotas. A atuação da APS em áreas amazônicas, especificamente nas áreas de acesso fluvial exclusivo, somente teve garantido apoio e recursos financeiros oriundos do âmbito federal no ano de 2012, quando foi feita a previsão que garantiu um aporte de recursos diferenciado e a possibilidade de novos arranjos para essas localidades.

Antes dessa previsão, os serviços de saúde na área de abrangência de Cuieiras, ao longo de anos foi prestada unicamente com recursos municipais e com um desenho de serviços que foram sendo realizados conforme as necessidades enxergadas pelo município. Não havia previsões no âmbito federal ou estadual que garantissem apoio ou recursos para as necessidades específicas dos serviços executados nesta localidade.

e) Estrutura social ampla

A forma como o país se relaciona com o rural tem raízes nas explicações históricas de um país que nega sua diversidade e suas diferenças. Isso se evidencia na maneira como o rural foi símbolo de atraso ao longo da história, e que hoje, apesar de outros significados atribuídos ao rural no país, suas diferenças passam por um crivo que diz o que será aceito ou não na sociedade. Com relação ao rural amazônico essa visão da negação das diferenças esteve e continua presente se revelando nas dificuldades do país em se apropriar e admitir singularidades étnicas e culturais presentes neste contexto.

f) Poder

As relações de poder desiguais foram identificadas em diversos níveis neste estudo, e estas desigualdades se mostraram resultantes de uma variedade de fatores, discutidos ao longo desta tese. As constatações identificadas nas relações presentes neste estudo demonstram a existência de poderes desiguais, que se refletem no local estudado e que podem explicar a dificuldade dos profissionais na abertura, no reconhecimento das diferenças presentes no lugar e na inclusão dos moradores locais na construção dos serviços de saúde. A partir desse framework, foi possível identificar que a construção dessas relações entre profissionais e usuários no local estudado se relacionam com um contexto mais amplo, que retroalimenta a permanência de desigualdades. Restou evidenciado que elas são fruto de interações permeadas de desequilíbrio de poder, que se dão desde a esfera mais abrangente até o contexto local, e que, ao invés de potencializar as respostas de saúde do lugar, as constroem.

5.2.5. Discussão dos achados do Estudo de Caso

A inclusão do modelo de unidade de saúde que funciona em uma embarcação que se desloca nos rios, contemplado nas versões da PNAB, apesar de tardio, representa um marco para a prestação de serviços na região amazônica. O desenvolvimento de planos nacionais e o aporte de recursos financeiros têm sido identificados como essenciais na implantação de serviços de saúde, em especial para que os serviços consigam atuar diante das complexidades de territórios singulares (VERSTEEG et al., 2013).

Entretanto, apesar da previsão de unidades de saúde, seguida de implementações que fazem previsão de serviços específicos para territórios amazônicos, não foram identificadas, nas falas dos gestores, formas do município de Manaus contribuir com a construção deste modelo e avaliá-lo, ainda que este município tenha acumulado uma experiência de mais de trinta anos na atuação voltada para suas áreas rurais.

Como questões vitais para o desenvolvimento e manutenção sustentável dos serviços de saúde em pequenas comunidades rurais e remotas, HUMPHREYS et al., (2008) enfatizam a importância do desenvolvimento de relações harmoniosas entre governos, serviços de saúde, profissionais e comunidades, que demanda comunicação eficaz e objetivos compartilhados. Entretanto, observa-se, nos resultados deste estudo, que os entes federativos não estão integrados em torno do objetivo de garantir esses serviços, bem como de aprimorá-los. Além disso, no contexto local, identifica-se pouca abertura para participação dos profissionais e da

população na construção do modelo, o que prejudica a construção de formas de atuar mais sustentáveis e adequadas (CARROLL et al., 2017).

Outra questão fundamental para os serviços em áreas rurais e remotas diz respeito à necessidade de estarem adaptadas às singularidades do lugar e de ofertarem assistência de acordo com as prioridades elencadas em cada contexto. Segundo THOMAS et al. (2015), o que vai ser ofertado deve ser planejado em razão do quão remoto é o lugar e do número de pessoas a serem atendidas, devendo ser avaliados quais serviços seriam mais adequados, como o de prevenção, mas também o de cuidados curativos, de realização de triagens, de exames específicos e de serviços de reabilitação que deveriam ser oferecidos. Entretanto, o disposto na PNAB (BRASIL, 2017), quanto à atuação das UBSF, aborda de forma genérica o que deve ser ofertado, fazendo a mesma previsão de serviços para todas as localidades rurais de acesso fluvial.

A territorialização, prevista na PNAB (BRASIL, 2017), como uma ação que viabilizaria adequações às diferenças presentes nos territórios, teve limitações na sua efetivação no país (FARIA, 2020). Segundo FARMER (2012), as áreas rurais e remotas são localidades onde a aproximação dos serviços com as suas diferenças são fundamentais para garantir uma maior sustentabilidade e efetividade dos serviços.

Os gestores reconheceram que o período de um dia por mês, tempo em que a UBSF fica na localidade, não é o ideal para a execução do modelo previsto para a ESF. Apesar disso, os gestores não trataram isso como um problema que precisa ser resolvido para uma execução ideal do modelo previsto para a ESF. É válido ressaltar que, dado à geografia do lugar, que exige grandes deslocamentos para alcançar as pessoas nos locais onde vivem, essa realidade precisa ser considerada no que tange ao vínculo e ao acompanhamento das pessoas. O curto tempo dos profissionais em áreas rurais também foi identificado em estudos COHEN-CARNEIRO et al., (2009) e XAVIER e DUTRA (2005) que encontraram como resultados, atendimentos descontinuados e realizados de maneira emergencial. Como solução, estudo que analisou modelos de visita, como é o caso da UBSF, identificou como essencial que este modelo conte com suporte de profissionais que permaneçam na localidade, capazes de reduzir a pressão clínica e a carga de trabalho (CAREY et al., 2018). Agentes que, se treinados e com suporte adequado, poderiam contribuir com esse modelo, na realidade da localidade desse estudo, seriam os ACS.

No âmbito do município de Manaus, entretanto, não foi identificado um desenho de quais ações deveriam ser priorizadas pela UBSF, considerando as diferenças existentes nas áreas rurais que atende. Identifica-se que a atuação se limita a seguir um único padrão de atendimento, questão criticada na literatura, que ressalta a tendência do entendimento do rural como homogêneo pelas políticas e serviços de saúde (HUMPHREYS, 2009).

Os dados coletados no inquérito realizado em Cuieiras revelaram dificuldades no agendamento dos serviços de APS, tendo sido apontadas as dificuldades nesse sentido por 26% dos respondentes. O elevado número de encaminhamentos também revela que os moradores são obrigados a se deslocarem para a área urbana, o que sugere que boa parte do que necessitam não está disponível nem no Posto de Saúde e nem no serviço da UBSF. Ainda assim, a maioria dos respondentes avaliou os serviços de APS ofertados como “Bons” e “Muito bons”, e apenas 21% das pessoas afirmou o desejo de trocar de unidade ou de serviço.

No diz respeito ao acesso aos serviços ofertados, destaca-se que, apesar dos respondentes terem avaliado como “De fácil acesso”, a maior parte das pessoas declarou ser necessário se deslocar de canoa, barco ou rabeta para esses serviços, condições essas que, em alguns casos, foram identificadas pelos ACS como empecilhos para que comparecessem às consultas.

As vulnerabilidades que vivenciam a população em Cuieiras podem ser evidenciadas nos dados do inquérito, com destaque para o predomínio da baixa escolaridade, com 63% dos respondentes com escolaridade somente até o Ensino Fundamental, e para o elevado grau de informalidade, com apenas 18% de domicílios que contam com recursos oriundos de trabalho assalariado durante o ano, ao mesmo tempo em que há uma alta dependência de recursos do Estado, que se identifica nas respostas de 82% dos entrevistados que afirmaram que parte da renda do domicílio é composta por recursos oriundos de algum benefício social. Além dessas condições, ressalta-se que a redução do número de peixes e caças, retratados na localidade, tem impacto direto sobre a saúde das pessoas, posto que são a base para sua alimentação.

Nesse sentido, para além da necessidade de atuar com as especificidades geográficas próprias do território, que incluem alcançar longas distâncias e garantir acesso, esses dados reforçam o desafio da APS nesta localidade em desempenhar seu papel determinante na redução das iniquidades em saúde (MAESENEER et al., 2007). Essa atuação, entretanto, mostra-se prejudicada, de acordo com os resultados deste estudo, dado que as compreensões e ações de gestores e profissionais enfatizaram as fragilidades encontradas no lugar, o que dificulta, ou até

mesmo impede o desenvolvimento de ações que contribuam com o empoderamento das pessoas o que seria uma condição ideal para transformar as situações que geram vulnerabilidades (FREEMAN et al., 2018) e por sua vez afetam a saúde dessas pessoas. Além disso, os achados ressaltam que ainda se encontra presente nos serviços de saúde e nas populações rurais relações de poder em desequilíbrio, fruto de um histórico de discriminação com relação ao rural, que reforça as fragilidades do lugar e aumentam as relações de dependência.

Os resultados apontam a existência de estereótipos nas falas de profissionais de saúde e gestores, frutos de construções que ainda permanecem no imaginário social, que sugerem a compreensão da cultura do outro como um obstáculo a superar, ao invés da possibilidade de um encontro gerador de potência (FERNANDEZ, 2014). Essa visão negativa, também foi reconhecida como fruto de visões que reconhecem os padrões urbanos como ideais, o que também pode explicar as dificuldades de gestores e profissionais de saúde se identificarem com o contexto e se aproximarem das suas diferenças, condições essenciais para a construção de serviços mais adaptados e de qualidade.

Observa-se na realização dos serviços uma busca por encaixar as diferenças com as quais se deparam no que está previsto nas políticas válidas para todo o país, nas quais a tão almejada modernização aparece como sinônimo de desenvolvimento. “O estereótipo se apresenta como um dispositivo empregado pelo discurso oficial no processo de construção das subjetividades coloniais e no exercício do poder” (FERREIRA, 2013, p. 36).

Essas questões identificadas no estudo reforçam as dificuldades de construção de um serviço ideal para as populações que vivem na localidade estudada, dado que convivem com compreensões, que estão presentes desde as estruturas macro, que se dão no nível mais amplo, até as estruturas micro, presentes nas relações locais, que constroem o funcionamento dos serviços e interferem nas suas respostas.

Estratégias consideradas efetivas, diante deste desafio, são a inclusão das pessoas atendidas na construção do serviço, e o trabalho que vise a emancipação e o engajamento desta população, em particular em regiões de exclusão étnica e discriminação institucionalizada (ALTOBELLI, 2008; WALLERSTEIN, 2006). Essa estratégia também é considerada fundamental na atuação da APS em áreas rurais e remotas (CHAGAS et al., 2020; ANDRADE, 2016). Entretanto, na realização das ações e no discurso dos profissionais e gestores, percebe-se a ausência da participação das pessoas em todo o processo de construção dos serviços. Experiência de trabalho com construção coletiva dos serviços nas áreas rurais da Escócia,

demonstraram que o uso da participação da comunidade pode levar à concepção de novos modelos de serviço que se ajustem aos orçamentos existentes e atendam às aspirações locais e às prioridades de saúde, enquanto os modelos pensados na forma tradicional de *top-down* ainda que busquem fazer justiça tendem a negligenciar as perspectivas da comunidade (FARMER; NIMEGEER, 2014).

Com relação à abordagem utilizada, as falas dos profissionais da UBSF revelaram dúvidas quanto às referências a serem adotadas no trabalho com essas populações e às dificuldades em lidar com as necessidades presentes nesse contexto. Identificou-se, ainda, que mais da metade dos respondentes afirmaram ter recebido remédios na última consulta, demonstrando a ênfase no uso de medicamentos, constatação corroborada pela fala de alguns profissionais, que dizem fazer uso de medicamentos, até mesmo dos que não estão previstos no protocolo, em razão da preocupação com o agravamento das condições de saúde das pessoas durante sua ausência.

Também foram reveladas, nas falas dos ACS e do Diretor do Posto, inseguranças quanto aos procedimentos que devem ser adotados e discordâncias quanto às necessidades do trabalho e o que está sendo preconizado na atuação. O serviço do Posto de Saúde, apesar de ter sido identificado como o primeiro a ser procurado pelas pessoas quando estão doentes, não possui competências descritas nos documentos oficiais de quais seriam suas atribuições e de como deveria funcionar.

O uso de uma abordagem flexível tem sido valorizado nas áreas rurais e remotas (MURRAY e WRONSKI, 2006), entretanto os profissionais precisam ter clareza sobre o escopo com o qual vão atuar. As inadequações nas suas condutas, a ausência de uma descrição dos papéis e o pouco reconhecimento tem sido apontados como barreiras para o desenvolvimento da APS em áreas rurais e remotas (SBAROUNI et al., 2012).

As experiências bem-sucedidas em áreas rurais e remotas tem revelado a importância do papel dos ACS, sendo avaliada como positivos o uso de um escopo abrangente e maior poder de atuação desses profissionais em áreas de difícil fixação de profissionais de nível superior (SOMMANUSTWEECHAI et al., 2016; WALLACE et al., 2020). Além da formação voltada para atuação em localidades rurais e remotas, uma questão relevante, apontada nesses casos, é a importância do acompanhamento desses profissionais e a supervisão de suas ações, que, em alguns casos, pode, por meio da tecnologia, ser realizada à distância (MARTÍNEZ et al., 2004). Ressalta-se, entretanto, em Cuieiras, a ausência de estratégias de apoio e supervisão dos ACS

realizadas por profissionais e gestores, bem como falta de planos que os inclua e que dê apoio a esses atores, juntamente com o Diretor do Posto de Saúde, visto que são estes que permanecem na localidade nos dias em que UBSF não está presente.

Outro fato importante que foi retratado em estudo realizado na Amazônia quanto ao papel dos ACS é que esses agentes funcionam como elo entre profissionais e comunidade (LIMA et al., 2021). Esse vínculo pode, em localidades onde predominam desigualdades entre os conhecimentos biomédicos e as tradicionais, resultar em uma diminuição entre as tensões existentes, especialmente quando os ACS assumem papéis de liderança e são chamados para contribuir com as decisões sobre os serviços (SCOPEL et al., 2015).

Outra questão, evidenciada na localidade estudada, foi que, mesmo com o suporte dos recursos federais, ainda se evidencia falta de recursos financeiros e estruturais, essenciais para garantir um serviço de melhor qualidade na localidade. Os próprios gestores reconhecem que os recursos financeiros são insuficientes em razão dos custos para atuar diante das realidades das áreas rurais.

A carência de recursos também foi evidenciada nas condições do Posto de Saúde e na ausência de embarcações menores usadas pelos ACS, que necessitam utilizar embarcações de suas propriedades. Essa última realidade pode ser explicada em razão do número de unidades e embarcações menores estipulada pela PNAB (BRASIL, 2017) que não se mostra suficiente para todas as localidades situadas nas margens do rio Negro, o que exigiria um número muito maior dessas estruturas.

Com relação ao combustível utilizado pelas embarcações dos ACS, ressalta-se a queixa destes últimos quanto ao combustível disponível, que segundo eles, não atende às demandas dos serviços.

6. FORTALEZAS E LIMITES DO ESTUDO

A avaliação das fortalezas e limites desse estudo se deu em dois eixos: um que se refere ao estudo da Revisão de Escopo e o outro que aborda o Estudo de Caso.

Como pontos fortes da Revisão de Escopo, considera-se que esta é a primeira síntese e descrição da literatura publicada sobre APS na Amazônia e, em segundo lugar, considera-se também o fato de a revisão incluir estudos em português, espanhol e inglês, o que permitiu ampliar o seu escopo e fornecer uma cobertura significativa da literatura disponível.

Um dos seus principais limites foi que ela se deteve somente em artigos publicados revisados por pares, sendo provável que alguns documentos valiosos presentes na literatura cinzenta, teses, publicações em congressos ou documentos não tenham sido incluídos. Entretanto, em razão de o estudo ter buscado analisar a APS na Amazônia, a inclusão desses documentos obrigaria a inclusão dos materiais pertencentes aos nove países, o que poderia tornar este trabalho inviável considerando o tempo envolvido para a conclusão deste estudo.

Além disso, como não é exigência da Revisão de Escopo, a qualidade dos artigos não foi analisada para suas inclusões e não tiveram pesos diferentes nesse estudo. Isso deve ser considerado nas sínteses aqui apresentadas, visto que foram baseadas nas interpretações dos autores sobre seus resultados.

Com relação ao Estudo de Caso, ressaltam-se limitações quanto ao tempo de pesquisa na localidade do estudo, que, sendo mais extenso, poderia contemplar diversas nuances. No entanto, tentou-se minimizar esse fato, buscando o uso de mais de uma metodologia para obtenção de dados na localidade, o que possibilitou um mergulho profundo em sua realidade e a análise de dados a partir de fontes diversas que primou pelo diálogo entre os dados empíricos.

É válido ressaltar que, a partir do caráter exploratório deste estudo, não se buscou chegar a conclusões generalizáveis que retratassem uma verdade única sobre o que foi estudado. Ao contrário, buscou-se trazer à tona conhecimentos de forma aprofundada sobre o caso estudado, que possibilitassem reflexões mais amplas sobre a temática do estudo. Neste sentido, mesmo diante das limitações com relação às generalizações, o estudo possui sua importância como esforço de pesquisa, contribuindo de forma diferenciada, ao permitir uma investigação que primou por preservar as características dos eventos da vida real em análise.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho explorou, na literatura científica, o atual panorama da APS na Amazônia e realizou um Estudo de Caso em uma localidade rural amazônica, o que permitiu a análise desse tema em diferentes escalas, tornando possível trazer à luz conhecimentos sobre ele a partir de uma diversidade de perspectivas. Além disso, destaca-se que as discussões sobre os achados consideraram o que a literatura internacional tem proposto para as áreas rurais e remotas, o que contribuiu para a compreensão do quanto a atuação da APS na Amazônia tem sido suficiente e adequada para responder às necessidades e singularidades do território amazônico.

Os avanços revelados nos estudos que compõem a Revisão de Escopo, a partir das performances e estratégias da APS em atuação na Amazônia, mostraram resultados que são impulsionadores e apresentam caminhos possíveis de serem seguidos na construção de uma APS adequada e que respeita as diferenças existentes na região. Esses resultados são fundamentais porque vão na contramão de uma inércia em atuar na região amazônica, justificada pelos “problemas” existentes, em geral, relacionados com as especificidades geográficas presentes nas localidades rurais e remotas amazônicas. Ao contrário, as análises demonstraram que somente com a aproximação das diferenças e singularidades é possível a construção de serviços de saúde mais sustentáveis e que possibilitam transformar as condições de vida e saúde nos territórios amazônicos.

Destaca-se, nos resultados da Revisão de Escopo, que as estratégias que tiveram impacto positivo estiveram relacionadas com a capacidade desses serviços em se adaptarem ao contexto amazônico. Esses resultados reforçam a necessidade de reconhecer, dada a heterogeneidade desta região, que um único modelo de políticas e de serviços é insuficiente, e que soluções específicas são exigidas para essas localidades.

Esta revisão também revelou que ainda predominam incertezas e conhecimentos insuficientes sobre o que seria ideal para os serviços de APS na região. E que, apesar de os países amazônicos terem adotado, em suas políticas nacionais, abordagens predominantemente voltadas para o cuidado integral, que tem sido apontado pela literatura como a ideal para atuar em localidades rurais e remotas, a APS necessita ser aprimorada e aprofundada no que tange a região amazônica. Um exemplo disso foram as dificuldades reveladas nos estudos quanto às abordagens inadequadas utilizadas pelos profissionais, o que mostra ainda ser necessário o desenvolvimento de conhecimentos sobre a atuação e o preparo de profissionais para atuar na

Amazônia. Além disso, revelou a necessidade de que os gestores sejam qualificados e que estejam preparados para dar suporte e supervisão aos profissionais.

Outra questão relevante que foi evidenciada foi a necessidade de os serviços atuarem considerando as diferenças culturais. Que nesta revisão, apesar das experiências exitosas reveladas, demonstrou que ainda permanecem desafios, principalmente no que tange à resistência dos profissionais aos conhecimentos tradicionais, o que agrava o desequilíbrio de poderes entre os profissionais e a população atendida.

Os AIS, por outro lado, que são profissionais que atuam especificamente na região amazônica, se revelaram como possibilidade de atuar na mediação entre essas diferenças e com potenciais de garantir que as populações tradicionais tenham espaço na construção das decisões. Entretanto, apesar da importância, constatada nesta revisão, das ações dos ACS e dos AIS para a região, pouco se sabe sobre a atuação desses profissionais neste contexto.

A revisão também revelou a ausência de estudos sobre a efetividade da APS diante dos determinantes de saúde em localidades amazônicas e poucos estudos que exploraram a possibilidade do engajamento da comunidade e das parcerias com outros setores de saúde, que são fundamentais para que a APS consiga atuar diante das iniquidades presentes na região.

A partir de uma visão local possibilitada pelo Estudo de Caso em Cuieiras, constatou-se que, apesar do reconhecido avanço da previsão na legislação brasileira de modelos que incluam especificidades amazônicas, apenas essa previsão é insuficiente para uma atuação adequada. Essas mudanças envolvem um maior equilíbrio de responsabilidades entre os entes federativos e a necessidade de criação de estratégias mais flexíveis que deem visibilidade às necessidades das populações atendidas.

Foram identificadas limitações quando à forma dos serviços de saúde funcionarem na localidade estudada, em especial quanto ao não engajamento dos profissionais e população local na implementação do modelo. Percebe-se também, a adoção de um padrão urbano que não possibilita que as especificidades locais sejam consideradas, permanecendo invisíveis em meio às demandas de um município, onde as populações rurais são minorias. Ressalta-se, neste sentido, o esforço dos gestores voltado para adaptações, que buscam atingir um ideal de atendimento baseado em modelos urbanos, mas com poucos recursos e pouca inovação na atuação.

As construções de sentidos sobre o rural amazônico apresentadas no estudo, como sendo um lugar problemático e com características inferiores ao urbano são desafiadoras para os serviços de saúde. Neste sentido, esse estudo aponta para a necessidade de um olhar necessário das futuras pesquisas em saúde para as especificidades rurais que consigam apontar as fortalezas, a diversidade e os aspectos positivos do rural amazônico. Esse reconhecimento é essencial para contribuir com a desconstrução de discursos dominantes produzidos sobre esse contexto e para mudar as relações de poder presentes quando se atua na saúde rural.

As análises das questões-chave que envolveram o Estudo de Caso demonstraram que a relação entre o local e as estruturas mais amplas tem como pano de fundo construções sociais que invisibilizam e excluem as singularidades rurais, o que influencia no desequilíbrio de forças que se refletem no contexto local. Essa situação pôde ser evidenciada na forma como a organização e a oferta de serviços se relacionam com as singularidades do lugar, que, conforme os achados desse estudo, demonstram que são interpretadas por gestores e profissionais de saúde como obstáculos que devem ser superados. Também foi evidenciada a falta de abertura, desde as estruturas mais amplas até o nível local que possibilitassem a construção e decisões coletivas sobre os serviços de saúde.

Neste sentido, a hierarquia de poderes entre profissionais e usuários na prestação dos serviços em Cuieiras se revelou ainda presente, o que indica a necessidade de atuar para uma mudança que deve considerar tanto o nível local quanto as estruturas que se relacionam com ele. Ressalta-se, ainda, diante dos conhecimentos obtidos pela Revisão de Escopo, a escassez de estudos voltados para os serviços de saúde na Amazônia, o que aponta para a necessidade do aprofundamento deste conhecimento.

8. REFERÊNCIA

ABDULRAHEEM, I. S. Primary health care services in Nigeria: Critical issues and strategies for enhancing the use by the rural communities. **Journal of Public Health and Epidemiology**, v. 4, n. 1, p. 5–13, 2012.

AGUIAR, R. A. T.; MACEDO, H. M. O Programa Mais Médicos em áreas remotas: a experiência do Grupo Especial de Supervisão no Pará, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, n. supl 1, p. 1–12, 2019.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, A. **Atenção Primária Integral à Saúde — Indicadores para avaliação**. Rio de Janeiro; 2011. Disponível em: [^ <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/Atencao Primaria Integral a Saude.pdf>](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/Atencao_Primaria_Integral_a_Saude.pdf). Acesso em: 1 ago. 2020.

ALTOBELLI, L. C. **Case Study of CLAS in Peru: Opportunity and Empowerment for Health Equity**. 2008. Disponível em: [^ <https://www.future.edu/wp-content/uploads/2018/06/2008-08-case-study-clas-peru-report.pdf>](https://www.future.edu/wp-content/uploads/2018/06/2008-08-case-study-clas-peru-report.pdf). Acesso em: 24 ago. 2020

ANDRADE, M. Tackling health inequalities through asset-based approaches, co-production and empowerment: Ticking consultation boxes or meaningful engagement with diverse, disadvantaged communities? **Journal of Poverty and Social Justice**, v. 24, n. 2, p. 127–141, 2016.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. **The International Journal of Social Research Methodology**, v. 8, p. 19–32, 2005. Disponível em: [^ <http://www.journalonline.tandf.co.uk/openurl.asp?genre=article&eissn=1464-5300&volume=8&issue=1&spage=19>](http://www.journalonline.tandf.co.uk/openurl.asp?genre=article&eissn=1464-5300&volume=8&issue=1&spage=19). Acesso em: 7 abr. 2019.

AUSTRALIA. **National Rural Health Strategy Australia**. Canberra: Australian Health Ministers' Conference; 1994. Disponível em: [^ <http://ruralhealth.org.au/sites/default/files/healthy-horizons/national%20rural%20health%20strategy%2C%20march%201994.pdf>](http://ruralhealth.org.au/sites/default/files/healthy-horizons/national%20rural%20health%20strategy%2C%20march%201994.pdf). Acesso em : 24 ago. 2020.

BADU, E. *et al.* Rural infrastructure development in the Volta region of Ghana: barriers and interventions. **Journal of Financial Management of Property and Construction**, v. 18, n. 2, p. 142–159, 2016. Disponível em: [^ <http://dx.doi.org/10.108/JFMPC-11-2012-0040>](http://dx.doi.org/10.108/JFMPC-11-2012-0040). Acesso em: 14 fev. 2021.

BAKER, R.; WENSING, M.; GIBIS, B. Coordination and integration in European primary care. In: SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (org.). **Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care**. Open University Press, 2006. p. 3–21. Disponível em: [^ <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf>](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf). Acesso em: 1 abr. 2020.

BARRAZA DÍAZ, E.; SÁNCHEZ S, G. L. Uso racional de medicamentos por agentes comunitarios en atención primaria de salud en los ambulatorios rurales del municipio Atures, estado Amazonas, Venezuela, año 2011. **Revista del Instituto Nacional de Higiene Rafael**

Rangel, v. 45, n. 2, p. 79–95, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772014000200006&lang=pt>. Acesso em 12 jun. 2019.

BEASLEY, J. W.; STARFIELD, B.; VAN WEEL, C.; ROSSER, W. W.; HAQ, C. L. Global Health and Primary Care Research. **The Journal of the American Board of Family Medicine**. v. 20, n. 6, p. 518–526, 2007. Disponível em: <<http://www.jabfm.org/cgi/doi/10.3122/jabfm.2007.06.070172>>. Acesso em 18 ago. 2020.

BEBBINGTON, D. H. et al. **Impacts of Extractive Industry and Infrastructure on Forests: Amazonia**. 2018. Disponível em: <<https://www.climateandlandusealliance.org/reports/impacts-of-extractive-industry-and-infrastructure-on-forests>>. Acesso em: 13 set. 2020.

BECKER, B. K. **Novas territorialidades na Amazônia: desafio às políticas públicas**. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas, Belém, v. 5, n. 1, p. 17–23, 2010.

BENNETT, K. J.; BORDERS, T. F.; HOLMES, G. M.; KOZHIMANNIL, K. B.; ZILLER, E. What is rural? Challenges and implications of definitions that inadequately encompass rural people and places. **Health Affairs**. v. 38, n. 12, p. 1985–1992, 2019. Disponível em: <<https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2019.00910>>. Acesso em 01 set 2020.

BOERAS, Debrah I.; COLLINS, B. C.; PEELING, R. W. The use of drones in the delivery of rural healthcare. In: ATKINSON, K.; DAVID, M. (org.). **Revolutionizing Tropical Medicine: Point-of-Care Tests, New Imaging Technologies and Digital Health**. John Wiley & Sons, 2019. p. 615–32.

BOURKE, L. *et al.* Understanding drivers of rural and remote health outcomes: A conceptual framework in action. **Australian Journal of Rural Health**. v. 20, n. 6, p. 318–323, 2012.a. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S13538292120>>. Acesso em 16 mar. 2019.

BOURKE, L. *et al.* Understanding rural and remote health: A framework for analysis in Australia. **Health and Place**. v. 18, n. 3, p. 496–503, 2012.b Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1353829212000354>>. Acesso em 16 nov. 2017.

BOURKE, L. *et al.* “Rural health is subjective, everyone sees it differently”: Understandings of rural health among Australian stakeholders. **Health and Place** v. 24, p. 65–72, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.08.005>>. Acesso em 20 sep. 2019.

BOUSQUAT, A. *et al.*,. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciencia e Saude Coletiva** v. 22, n. 4, p. 1141–54, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/hVJWRjDjh4QrYWVShHcff9B/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2019

BOUSQUAT, A.; JESUS, J. L.; MARTINS, C. L. No interior do interior: entraves para organização da Atenção Primária à Saúde em áreas distantes da sede dos municípios rurais e remotos. In: **Atenção Primária à saúde em territórios rurais remotos no Brasil**. Rio de

Janeiro: Fiocruz, (2021, no prelo)

BRADFORD, N. K.; CAFFERY, L. J.; SMITH, A. C. Correction: Telehealth services in rural and remote Australia: A systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability. **Rural and Remote Health**, v. 16, n. 4, 2016.

BRASIL. Decreto Lei nº 311 de 2 de março, 1938. Dispõe sobre a divisão territorial do país e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 7 mar. 1938. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del0311.htm>. Acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 out 2013. p. 1–9. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12871-22-outubro-2013-777279-normaatualizada-pl.pdf>> Acesso em 2 nov. 2020.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria no 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html>. Acesso em 7 jul 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agente Indígena de Saúde e Agente Indígena de Saneamento: diretrizes para a qualificação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agente_indigena_saude_saneamento.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 nov 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.553-de-12-de-novembro-de-2019-227654932>>. Acesso em: 2 fev 2021.

BRONDIZIO, E. S. The Elephant in the Room: Amazonian Cities Deserve More Attention in Climate Change and Sustainability Discussions. **Vulnerabilidade**, v. 5, n. April, p. 15–25, 2016. Disponível em: <<http://climacom.mudancasclimaticas.net.br/the-elephant-in-the-room-amazonian-cities-deserve-more-attention-in-climate-change-and-sustainability-discussions-3>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRUBAKER, R.; LOVEMAN, M.; STAMATOV, P. Ethnicity as cognition. **Theory and**

Society, v. 33, n. 1, p. 31–64, 2004. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1023/B:RYSO.0000021405.18890.63>>. Acesso em: 17 set. 2020.

CAMPBELL, J.; DUSSAULT, G.; BUCHAN, J.; POZO-MARTIN, F.; GUERRA ARIAS, M.; LEONE, C.; SIYAM, A. e COMETTO, G. **A universal truth: no health without a workforce. Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health**. Recife, Brazil. 2013.

CAREY, T. A.; SIRETT, D.; WAKERMAN, J.; RUSSELL, D.; HUMPHREYS, J. S. What principles should guide visiting primary health care services in rural and remote communities? Lessons from a systematic review. **Australian Journal of Rural Health**, v. 26, n. 3, p. 146–156, 2018.

CARROLL, V.; REEVE, C. A.; HUMPHREYS, J. S.; WAKERMAN, J.; CARTER, N. Re-orienting a remote acute care model towards a primary health care approach: key enablers. **Rural Remote Health**, v. 15, n. 3, p. 2942, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26195023>>. Acesso em: 19 dez. 2017

CARTER, N. *et al.* The Use of Triangulation in Qualitative Research. **Oncology Nursing Forum**, v. 41, n. 5, p. 545–547, 2014. Disponível em: <<http://onf.ons.org/onf/41/5/use-triangulation-qualitative-research>>. Acesso em: 16 mai. 2019.

CARVALHO, V. K. S.; MARQUES, C. P.; SILVA, E. N. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2773–2784, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902773&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17 ago. 2020.

CASTELLS, M.; CARDOSO, G. **A Sociedade em Rede: do Conhecimento à Ação Política**. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra S/A, 2006.

CHAGAS, L. *et al.* Aspectos relacionados à promoção da justiça social, a redução de iniquidades e o combate a todas as formas de discriminação nas estratégias de ampliação do acesso a serviços de saúde em áreas remotas e/ou de vulnerabilidade. **Aps Em Revista**, v. 2, n. 3, p. 260–266, 2020.

CHÊNE NETO, G. B.; GERMANO, J. W. ; FURTADO, L. G. O diálogo entre o saber tradicional e o saber médico-científico em uma comunidade tradicional de pescadores no litoral da Amazônia. v. 1. n. 1, p. 1-13, 2016. Disponível em: <<https://www.uniara.com.br/arquivos/file/eventos/2016/vii-simposio-reforma-agraria-questoes-rurais/sessao4/dialogo-saber-tradicional-saber-medico-cientifico.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

COCA-CASTRO, A. *et al.* Land use Status and Trends in Amazonia: a report for the Amazonia Security Agenda Project. **Terra-i**, n. January, p. 72, 2013.

COHEN-CARNEIRO, F. *et al.* Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1827–1838, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 3 out. 2016.

COIMBRA JR, C. E. A. Saúde Rural no Brasil: tema antigo mais que atual. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 2s, 2018.

COLQUHOUN, H. *et al.* Scoping reviews: Time for clarity in definition, methods, and reporting. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 67, n. 12, p. 1291–1294, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>> Acesso em: 7 abr. 2019

COMETTO, G.; BUCHAN, J.; DUSSAULT, G. Developing the health workforce for universal health coverage. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 98, n. 2, p. 109–116, 2020.

CORBO, A. D. A.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M.V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 69-106.

CUMMINS, S. *et al.* Understanding and representing ‘place’ in health research : A relational approach. **Social Science & Medicine**. v. 65, p. 1825–38, 2007.

CUNHA, M.; MARQUES, R.; DÓREA, J. Child Nutritional Status in the Changing Socioeconomic Region of the Northern Amazon, Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 1, p. 15, 2017. Disponível em: <<http://www.mdpi.com/1660-4601/15/1/15>>. Acesso em: 24 ago. 2021.

FARIA, R. M. The territorialization of primary health care of the brazilian unified health system. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521–4530, 2020.

DIELEMAN, M. *et al.* Realist review and synthesis of retention studies for health workers in rural and remote areas. Geneva: World Health Organization (WHO), 2011. Disponível em <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44548>>. Acesso em: 5 abr. 2020.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 198–223.

DUARTE, J. L. *et al.* Variabilidade climática e internações por doenças diarreicas infecciosas em um município da Amazônia Ocidental brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2959–2970, 2019. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/climate-variability-and-hospitalizations-due-to-infectious-diarrheal-diseases-in-a-municipality-of-the-western-brazilian-amazon-region/16503?id=16503>>. Acesso em: 17 abr. 2020

EERSEL, M. G. M. *et al.* Fifty years of primary health care in the rainforest: temporal trends in morbidity and mortality in indigenous Amerindian populations of Suriname. **Journal of global health**, v. 8, n. 2, p. 20403, 2018. DOI: 10.7189/jogh.08.020403. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7189/jogh.08.020403>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

FARIA, I. B. R. *et al.* O processo de trabalho em saúde da família no contexto do interior da Amazônia. **Cogitare enfermagem**, v. 15, n. 2, 2010.

FARMER, J.; MUNOZ, S. A.; THRELKELD, G. Theory in rural health. **Australian Journal of Rural Health**, v. 20, n. 4, p. 185–189, 2012.

FARMER, J.; NIMEGEER, A. Community participation to design rural primary healthcare

services. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 1, 2014.

FERNANDES, B. M. Políticas Públicas e Questão Agrária: Bases para o Desenvolvimento Territorial Camponês. In: RAMOS FILHO, E. S. P. et al. (org.). **Estado, políticas públicas e território**. São Paulo: Outras Expressões. 2015. p. 280.

FERREIRA DA SILVA, S.; OLIVEIRA LIMA, M. Mercury in fish marketed in the Amazon Triple Frontier and Health Risk Assessment. **Chemosphere**, v. 248, p. 125989, 2020. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0045653520301818>>. Acesso em: 24 ago. 2021.

FERREIRA, L. O. **Medicinas indígenas e as Políticas de Tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

FRAXE, T. J. P.; WILKOSKI, A. C.; MIGUEZ, S. F. O ser da Amazônia: Identidade e Invisibilidade. **Ciência e Cultura**, v. 61, n. 3, p. 30–32, 2009.

FREEMAN, T. et al. Revisiting the ability of Australian primary healthcare services to respond to health inequity. **Australian Journal of Primary Health**, v. 22, n. 4, p. 332–338, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/281309992_Revisiting_the_ability_of_Australian_primary_healthcare_services_to_respond_to_health_inequity>. Acesso em: 14 set. 2020.

FREEMAN, T. *et al.* A framework for regional primary health care to organise actions to address health inequities. **International Journal of Public Health**, v. 63, n. 5, p. 567–575, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00038-018-1083-9>>. Acesso em 22 jan. 2020.

GALVAO, T. F. *et al.* Inequity in utilizing health services in the Brazilian Amazon: A population-based survey, 2015. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 34, n. 4, p. 1846–53, 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.2902>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

GARNELO, L. *et al.* Controle das DST/AIDS em Área indígena: o mercado simbólico do Alto Rio Negro. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v. 13, n. 2, p. 23–26, 2001. Disponível em: <<https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/handle/bvs/1169>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

GARNELO, L. *et al.* Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiências e narrativas sobre a implementação da política nacional de atenção básica. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (org.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, 2013. p. 58–87.

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**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 81–99, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000400081>. Acesso em: 14 jul. 2019.

GARNELO, L.; ROCHA, S. R. Cenário atual e perspectivas de pesquisa em Saúde Coletiva na Amazônia. **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1126–1127, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/hVJWRjDjh4QrYWVShHcff9B/?lang=pt&format=pdf>>.

Acesso em: 21 abr. 2020.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. 3 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

GIL, A. C. **Como Elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 2002. v. 38

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 1, p. 2543–56, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021001502543&tlng=pt>. Acesso em: 6 jul. 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 300–322, 2015.

GRISA, C. *et al.* Capacidades estatais para o desenvolvimento rural no Brasil: análise das políticas públicas para a agricultura familiar. **Sociedade e Cultura**, v. 20, n. 1, p. 13–38, 2017.

HARFIELD, S. G. *et al.* Characteristics of Indigenous primary health care service delivery models: A systematic scoping review. **Globalization and Health**, v. 14, n. 1, p. 1–11, 2018.

HENNING-SMITH, C. *et al.* Dying Too Soon: County-Level Disparities in Premature Death by Rurality, Race, and Ethnicity. **Policy Brief**, n. March, 2019.

HEUFEMANN, N. E. C.; GONÇALVES, M. J. F.; GARNELO, L. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. **Acta Amazonica**, v. 43, n. 1, p. 33–42, 2013.

HILL, K.; HARRIS, N. Royal Flying Doctor Service “field days”: A move towards more comprehensive primary health care. **Australian Journal of Rural Health**, v. 16, n. 5, p. 308–12, 2008.

HUMPHREYS, J. S. Key considerations in delivering appropriate and accessible health care for rural and remote populations: Discussant overview. **Australian Journal of Rural Health**, v. 17, n. 1, p. 34–8, 2009.

HUMPHREYS, J. S.; WAKERMAN, J.; WELLS, R. What do we mean by sustainable rural health services? Implications for rural health research. **Australian Journal of Rural Health**, v. 14, n. 1, p. 33–5, 2006.

HUMPHREYS, J. S. *et al.* “Beyond workforce”: a systemic solution for health service provision in small rural and remote communities. **The Medical journal of Australia**, v. 188, n. 8 Suppl, p. 77–80, 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo demográfico de 2010.**, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=29&uf=13>>. Acesso em: 22 mai. 2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeto regiões rurais 2015**. Rio de Janeiro, 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Amazônia Legal**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/mapas-regionais/15819-amazonia-legal.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

IFAD - International Fund for Agricultural Development. **New realities, new challenges : new opportunities for tomorrow's generation**. Rural Poverty Report. Rome, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE FLORESTAS. **Bioma Amazônico**. [s.d.]. Disponível em: <<https://www.ibflorestas.org.br/bioma-amazonico>>. Acesso em: 2 fev. 2021.

JARAMILLO, A. N. M. Território, espaços e saúde: Redimensionar o espaço em saúde pública. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 1, p. 1–12, 2018.

JEROME, G.; IVERS, L. C. Community health workers in health systems strengthening: A qualitative evaluation from rural Haiti. **AIDS**, v. 24, n. SUPPL. 1, 2010.

JOSEPH, S. A. *et al.* Risk Factors Associated with Malnutrition in One-Year-Old Children Living in the Peruvian Amazon. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 8, n. 12, p. e3369, 2014. Disponível em: <<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0003369>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

RODRIGUES, J. C.; SOBREIRO FILHO, J.; OLIVEIRA NETO, A. O rural e o urbano na Amazônia metropolitana: reflexões a partir de Ananindeua, Pará. **Revista Nera**, v. 21, n. 42, p. 256–280, 2018.

KADRI, M. R. E. *et al.* Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1–14, 2019.

KASELITZ, E.; RANA, G. K.; HEISLER, M. Public Policies and Interventions for Diabetes in Latin America: a Scoping Review. **Current Diabetes Reports**, v. 17, n. 8, p. 65, 2017. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s11892-017-0888-x>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

KASTNER, M. *et al.* What is the most appropriate knowledge synthesis method to conduct a review? Protocol for a scoping review. **BMC Medical Research Methodology**, v. 12, p. 1–10, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-114>>. Acesso em 15 jun 2020.

KATSURAYAMA, M.; PARENTE, R. C. P.; MORETTI-PIRES, R. O. O trabalhador no programa saúde da família no interior do estado do Amazonas: Um estudo qualitativo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 183–198, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000100183&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 jul. 2019.

KAWASAKI, R. *et al.* Reactions of community members regarding community health workers' activities as a measure of the impact of a training program in Amazonas, Brazil. **Journal of Rural Medicine**, v. 10, n. 1, p. 7–19, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2185/jrm.2890>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

KENRICK, D. T.; NEUBERG, S. L.; CIALDINI, R. B. **Social Psychology: Unraveling the Mystery**. Pearson Education New Zealand, 3 ed. 2005.

KITAJIMA, A.; MOREIRA, M. A. Processo organizativo de saúde no município de Borba (AM): a ousadia de fazer a Atenção Básica acontecer no interior do Amazonas. **Divulgacao em Saude para Debate**, n. 48, p. 73–81, 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-661451>> Acesso em: 14 jul. 2019.

KLEIN, C. H. e BLOCH, K. V. Estudos seccionais. *In*: MEDRONHO, RA (org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 125–150.

KRUSE, C. S. *et. al.*; Telemedicine Use in Rural Native American Communities in the Era of the ACA: a Systematic Literature Review. **Journal of Medical Systems**, v. 40, n. 6, p. 1–9, 2016.

LAAR, A. S. *et al.* Assessment of mobile health technology for maternal and child health services in rural Upper West Region of Ghana. **Public Health**, v. 168, p. 1–8, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.11.014>>. Acesso em: 3 dez. 2020.

LEFFA, V. J. **Pesquisa em Lingüística Aplicada: temas e métodos**. Pelotas: Educat, 2006.

LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; BRIEN, K. K. O. Scoping studies : advancing the methodology. **Implementation Science** p. 1–9, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>>. Acesso em 14 jun 2020.

LEVIN, B. L.; HANSON, A. Foundations of Behavioral Health. In Bruce L; Botsky H, A.(org). Chen: **Rural Behavioral Health Services**. Tampa (USA): Springer International Publishing, 2020. p. 301–19.

LIMA, D. M. A construção histórica do termo caboclo: Sobre estruturas e representações sociais no meio rural amazônico. **Novos Cadernos NAEA**, Pará (Brasil), v. 2, n. 2, p. 5–32, 1999.

LIMA, D.; POZZOBON, J. Amazônia socioambiental: sustentabilidade ecológica e diversidade social. **Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 54, p. 45–76, 2005.

LIMA, J. G. *et al.*. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil., Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, 2021.

LOMBA, R. M.; NOBRE-JÚNIOR, B. B. A relação rural-urbano a partir das cidades ribeirinhas: o papel do comércio popular (feiras) na cidade de Afuá (PA). **Confins Revista Franco-brasileira de Geografia**, n. 18, p. 1–21, 2013.

LUI, G.H.; MOLINA, S.M.G. Ocupação humana e transformação das paisagens na Amazônia

Brasileira. **Amazônica - Revista de Antropologia**, Pará (Brasil), v. 1, p. 200–228, 2016.

LYLE, D.; SAURMAN, E.; KIRBY, S.; JONES, D.; HUMPHREYS, J.; WAKERMAN, J. What do evaluations tell us about implementing new models in rural and remote primary health care? Findings from a narrative analysis of seven service evaluations conducted by an Australian Centre of Research Excellence. **Rural and Remote Health**, p. 1–9, 2017.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S.. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 18–37, 2018.

MAESENEER, J. *et al.* Primary health care as a strategy for achieving equitable care. n. March, 2007. Disponível em: <http://www.live.who.int/entity/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2020

MALATZKY, C.; BOURKE, L. Re-producing rural health: Challenging dominant discourses and the manifestation of power. **Journal of Rural Studies**, v. 45, p. 157–64, 2016.

MALATZKY, C.; BOURKE, L. When the social meets health in rural Australia: confronting the disconnect. **Health Sociology Review**, v. 26, n. 2, p. 190–203, 2017.

MALATZKY, C.; BOURKE, L. Different perspectives on the key challenges facing rural health: The challenges of power and knowledge. **Australian Journal of Rural Health**, n. March, 2018.

MALHEIRO, B. C. Colonialismo Interno e Estado de Exceção: a “emergência” da Amazônia dos Grandes Projetos. **Caderno de Geografia**, v. 30, n. 60, p. 74–98, 2019.

MARINHO, T. P.; SCHOR, T. Nos interflúvios do rural e do urbano na Amazônia: o caso de Codajás-Amazonas, Brasil. **Revista ACTA Geográfica**, p. 69–81, 2012.

MARSDEN, T. Mobilities, vulnerabilities and sustainabilities: Exploring pathways from denial to sustainable rural development. **Sociologia Ruralis**, v. 49, n. 2, p. 113–131, 2009.

MARTÍNEZ, A. *et al.* A study of a rural telemedicine system in the Amazon region of Peru. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 10, n. 4, p. 219–225, 2004. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/8436744_A_study_of_a_rural_telemedicine_system_in_the_Amazon_Region_of_Peru>. Acesso em: 14 jul. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.

MITCHELL, O. *et al.* A modified Continuous Quality Improvement approach to improve culturally and socially inclusive care within rural health services. **Australian Journal of Rural Health**, v. 26, n. 3, p. 206–210, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajr.12409>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

MORETTI-PIRES, R. O. O médico para Saúde Coletiva no Estado do Amazonas: lacunas na

formação, lacunas na atenção. **Higher Education**, v. 33, n. 3, p. 428–36, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022009000300012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 jul. 2019.

MORETTI-PIRES, R. O.; CAMPOS, D. A. Equipe multiprofissional em Saúde da Família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 3, p. 379–89, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022010000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 jul. 2019.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C.M.; FURTADO, E. F.. Consumo de álcool e atenção primária no interior da Amazônia: sobre a formação de médicos e enfermeiros para assistência integral. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 35, n. 2, p. 219–228, 2011. a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 jul. 2019.

MORETTI-PIRES, R. O. *et al.* Enfermeiro de Saúde da Família na Amazônia: conceitos e manejo na temática do uso de álcool. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 45, n. 4, p. 926–932, 2011. b. DOI: 10.1590/S0080-62342011000400019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400019&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 14 jul. 2019.

MORETTI-PIRES, R.O.; LIMA, L. A. M; KATSURAYAMA, M. A formação dos médicos de saúde da família no interior da Amazônia sobre a problemática do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, v. 23, n. 1, p. 56–62, 2010. Disponível em: <http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo8_2010.1.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

MOURÃO NETTO, J. J. *et al.* Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, p. 1–7, 2018.

MUNGA, M. A. *et.* Experiences, opportunities and challenges of implementing task shifting in underserved remote settings: The case of Kongwa district, central Tanzania. **BMC International Health and Human Rights**, v. 12, n. 1, p. 1–12, 2012.

MURRAY, R. B.; WRONSKI, I. When the tide goes out: health workforce in rural, remote and Indigenous communities. *Medical Journal of Australia*, v. 185, n. 1, p. 37–38, 2006. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00450.x>>. Acesso em 18 ago 2020.

NIMEGEER, A. *et al.* Addressing the problem of rural community engagement in healthcare service design. **Health and Place**, v. 17, n. 4, p. 1004–6, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.04.013>>. Acesso em: 2 jun 2020.

NODA, S. N.; NODA, H.; MARTINS, A. L. U. Agricultura Familiar na Várzea Amazônica: Espaço de Conservação da Diversidade Cultural e Ambiental. *In*: SCHERER, E; OLIVEIRA, J. A. (org.). **Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. p. 163–94.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional: 2014-2023**. Genebra, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf>. Acesso em: 12 jun 2020.

PACE, R. Abuso científico do termo ‘caboclo’? Dúvidas de representação e autoridade. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi: Ciências Humanas**, v. 1, p. 79–92, 2006.

PAIXÃO, M. P. et al. A university extension course in leprosy: telemedicine in the Amazon for primary healthcare. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 15, n. 2, p. 64–7, 2009. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/jtt.2008.080704>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health in South America, 2012 Edition: Health Situation, Policies and Systems Overview** Washington, DC, 2012. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/28327>>. Acesso em: 14 set. 2020.

PAWSON, R. *et al.* A new method of systematic review designed for complex policy interventions. **Journal of Health Services Research and Policy**, v. 10, n. SUPPL. 1, p. 21–34, 2005.

PEREIRA, L. L.; 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: Communication, Health, Education**, v. 21, p. 1181–1192, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000501181&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 14 nov. 2019.

PERRY, H. B.; SHANKLIN, D. S.; SCHROEDER, D. G. Impact of a community-based comprehensive primary healthcare programme on infant and child mortality in Bolivia. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 21, n. 4, p. 383–95, 2003.

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**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 302–14, 2018.

PINEDA RESTREPO, B. C. Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. **Universitas Odontológica**, v. 31, n. 66, p. 97–102, 2011.

PIONER, L. M. Trabalho precário e assédio moral entre trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 10, n. 1, p. 19–26, 2012. Disponível em: <<http://www.rbmt.org.br/details/83/pt-BR/trabalho-precario-e-assedio-moral-entre-trabalhadores-da-estrategia-de-saude-da-familia>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

PITILIN, E. B; LENTSCK, M. H. Primary Health Care from the perception of women living in a rural area. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. 5, p. 726–32, 2015.

PORTO-GONÇALVES, C. W. Amazonia, Amazonias Tensiones territoriales actuales. **Nueva Sociedad**, v.272, p.150-59, 2017. Disponível em: <<http://www.nuso.org>>. Acesso em: 14 set. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS. **Prefeitura inaugura duas Unidades de Saúde fluviais para atender os ribeirinhos**. 2018. Disponível em: <<https://www.manaus.am.gov.br/noticia/unidades-saude-fluviais-ribeirinhos>>. Acesso em: 15 jun 2019.

PULIDO FUENTES, M. An effective medicine between cultures?: The experience of a health

program of primary care in indigenous communities from the Amazonian Ecuatorean Jungle. **Index de Enfermería**, v. 19, n. 2–3, p. 208–12, 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/274700353_An_effective_medicine_between_cultures_The_experience_of_a_health_program_of_primary_care_in_indigenous_communities_from_the_Amazonian_Ecuatorean_Jungle>. Acesso em: 14 jul. 2019.

QUEIROZ, D. T. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 276–83, 2007.

RABELO, A. L. R. *et al.* Coordenação e longitudinalidade da atenção primária à saúde na Amazônia brasileira. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, n. 3, p.1-8, 2020.

RAMÍREZ, N. A. *et al.* Mapping primary health care renewal in South America. **Family Practice**, v. 33, n. 3, p. 261–267, 2016.

REEVE, C. *et al.* Community participation in health service reform: the development of an innovative remote Aboriginal primary health-care service. **Australian Journal of Primary Health**, v. 21, n. 4, 2015. Disponível em: <<http://www.publish.csiro.au/?paper=PY14073>>. Acesso em: 15 jul 2020.

RUSSELL, D. J. *et al.* Helping policy-makers address rural health access problems. **Australian Journal of Rural Health**, v. 21, n. 2, p. 61–71, 2013.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. São Paulo:Record, 2001.

SANTOS, D. *et al.* **Índice de Progresso Social na Amazônia Brasileira**. Belém: IMAZON, 2014.

SBAROUNI, V. *et al.* Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural greece: A qualitative study. **Rural and Remote Health**, v. 12, n. 4, p. 1–14, 2012.

SCHOR, T.; OLIVEIRA, J. Reflexões metodológicas sobre o estudo da rede urbana no Amazonas e perspectivas para a análise das cidades na Amazônia brasileira. **Revista ACTA Geográfica**, p. 15–30, 2011.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* História e Política de Saúde na Amazônia como campo de pesquisa. In: SCHWEICKARDT, J.C. *et al.* (org.) História e política pública de saúde na Amazônia. Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 183-209

SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. P. e LANGDON, E. J. Intermedicalidade e protagonismo: A atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2559–2568, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015001202559&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 jul. 2019.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v. 17, n. 1, p. 1–14, 2015.

SILVA, C. A. F.; BAMPI, A. C. Regional dynamics of the brazilian amazon: Between modernization and land conflicts. Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía,

v. 28, n. 2, p. 340–356, 2019.

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, 2006.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia - Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 4, p. 451–459, 2014. DOI: 10.1590/S0100-55022014000400006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000400006&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 21 ago. 2021.

SMITH, T. *et al.* Challenging the status quo in rural health workforce roles: risks versus benefits. In: 13th National Rural Health Conference 2015, Darwin. **Anais [...]**, p. 1–7. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/2686/53d6f14a010ebee49740101e7a1144525850.pdf>>. Acesso em: 12 jul 2020.

SOMMANUSTWEECHAI, A. Community health worker in hard-to-reach rural areas of Myanmar: Filling primary health care service gaps. **Human Resources for Health**, v. 14, n. 1, 2016.

SOUSA, A. B. L. *et al.* Regional health network in the Amazonian context: the case in Manaus, Entorno and Alto Rio Negro TT - Rede regional de saúde no contexto Amazônico: o caso de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, p. S239–S248, 2017.

SOUSA, A. B. L.; MONTEIRO, I. O. P e BOUSQUAT, A. Atenção Primária à saúde em áreas rurais Amazônicas: análise a partir do planejamento do distrito de saúde de Manaus. In: **Atenção Básica na Região Amazônica: Saberes e Práticas para o fortalecimento do SUS**. Porto Alegre: Rede Unida, 2019,. p. 71–91.

SOUSA, F. J. S.; ANDRADE, F. S. D.; CARVALHO DA SILVA, M.P.S.D. A cultura amazônica e sua aplicação nas práticas de educação em saúde e enfermagem. **Revista Cuidarte**, v. 6, n. 2, p. 1103–1107, 2015.

SOUZA, M. L. P.. Apontamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais Médicos para o Brasil: o caso do estado do Amazonas. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 191, 2015. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1719>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. **International Journal for Equity in Health**, v. 10, n. 1, p. 15, 2011. Disponível em: <<http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15>>. Acesso em: 22 ago. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. v. 148

STRASSER, R. Rural health around the world: Challenges and solutions. **Family Practice**, v. 20, n. 4, p. 457–463, 2003.

SULLIVAN, K.; MCCONNEY, A.; PERRY, L. B. A. Comparison of Rural Educational Disadvantage in Australia, Canada, and New Zealand Using OECD's PISA. **SAGE Open**, v. 8, n. 4, 2018.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa nacional de saúde no Brasil: Concepção e metodologia de aplicação. **Ciencia e Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 333–342, 2014. .

TAQUETTE, S. R. Análise e Interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In 10º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 2016, *Porto*, Ata v. 2, n. 2010, p. 524–533.

THAM, *et al.* Evaluating the impact of sustainable comprehensive primary health care on rural health. **Australian Journal of Rural Health**, v. 18, n. 4, p. 166–172, 2010.

THOMAS, S. L.; WAKERMAN, J.; HUMPHREYS, J. S. What core primary health care services should be available to Australians living in rural and remote communities? **BMC Family Practice**, v. 15, n. 1, 2014a.

THOMAS, S. L.; WAKERMAN, J.; HUMPHREYS, J. S. 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**, v. 14, n. 1, p. 1–8, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12939-015-0228-1>>. Acesso em 17 jul 2020.

THOMAS, S. L.; WAKERMAN, J.; HUMPHREYS, J. S. What does it cost to provide equity of access to high quality, comprehensive primary health care in rural Australia? A pilot study. **Rural and Remote Health**, v. 17, n. 1, p. 1–15, 2017.

THOMAS, S. L. *et al.* The cost-effectiveness of primary care for indigenous Australians with diabetes living in remote northern territory communities. **Medical Journal of Australia**, v. 200, n. 11, p. 658–662, 2014. b.

TORRES; H. G. A demografia do risco ambiental. In: TORRES; H.G.E COSTA, H. (org.). **População e meio ambiente: debates e desafios**. São Paulo: Senac, 2000. p. 53–73.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490–2502, 2007.

TRINDADE JÚNIOR, S. C. C. Cidades na floresta: os "grandes objetos" como expressões do meio técnico-científico informacional no espaço amazônico. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, n. 51, p. 113, 2010.

VACAS, F. J. *et al.* Management of environmental, social and health issues involving indigenous communities at the Villano project in the Ecuadorian Amazon Region. **SPE Production and Facilities**, v. 18, n. 2, p. 92–96, 2003. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0038805571&doi=10.2118%2F81831-PA&partnerID=40&md5=65623978ed12ecd0faed1975910a332a>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

VEIGA, J. E. O Brasil rural ainda não encontrou seu eixo de desenvolvimento. **Estudos Avançados**, v. 15, n. 43, p. 101–119, 2001.

VERDE, V. V.. Territórios, Ruralidade e Desenvolvimento. Curitiba: Governo do Estado do Pará, 2004.

VERSTEEG, M.; DU TOIT, L.; COUPER, I. Building consensus on key priorities for rural health care in South Africa using the Delphi technique. **Global health action**, v. 6, p. 19522, 2013.

VIANA, A. L. A. *et al.* Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. suppl 2, p. S117–S131, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400002&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 9 nov. 2017.

VUORI, H. Health for all, primary health care and general practitioners. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 36, n. 290, p. 398–402, 1986.

WALLACE, C. *et al.* Collaboration with community connectors to improve primary care access for hardly reached people: A case comparison of rural Ireland and Australia. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 1–13, 2020. DOI: 10.1186/s12913-020-4984-2.

WALLERSTEIN, N. **What is the Evidence of Effectiveness of Empowerment to Improve Health? Health Evidence Network Report**. Copenhagen. World Health Organization (WHO), 2006 (Health Evidence Network report).

WEINHOLD, I; GURTNER, S. Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. **Health Policy**, v. 118, n. 2, p. 201–14, 2014. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851014001997>>. Acesso em 13 jun 2020.

WESTGARD, C. M. *et al.* Health service utilization, perspectives, and health-seeking behavior for maternal and child health services in the Amazon of Peru, a mixed-methods study. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-019-1056-5>>. Acesso em: 11 dez. 2020.

WILLIAMSON, M.; HARRISON, L. Providing culturally appropriate care: A literature review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, n. 6, p. 761–69, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.012>>. Acesso em: 15 jul 2020.

WINTERTON, R. *et al.* Considering the implications of place-based approaches for improving rural community wellbeing: The value of a relational lens. **Rural Society**, v. 23, n. 3, p. 283–95, 2014.

WONG, S. T.; REGAN, S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. **Rural and remote health**, v. 9, n. 1, p. 1142, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Alma Ata Primary Healthcare Conference**, Alma Ata, 1978. Disponível em: <<https://www.unicef.org/media/85611/file/Alma-Ata-conference-1978-report.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2020.

XAVIER, J.; DUTRA, A. Ribeirinhos do Tapajós ainda esperam pelo SUS. **Radis – Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 36, p. 9–15, 2005.

YERAVDEKAR, R. *et al.* Strengthening of primary health care: key to deliver inclusive health care. **Indian journal of public health**, v. 57, n. 2, p. 59–64, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso planejamento e métodos**. Brasil: Bookman Editora LTDA, 2015.

YUAN, B. *et al.* The role of health system governance in strengthening the rural health insurance system in China. **International Journal for Equity in Health**, v. 16, n. 1, p. 1–20, 2017.

ZHAO, Y. *et al.* Relationship between primary care visits and hospital admissions in remote indigenous patients with diabetes: A multivariate spline regression model. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 108, n. 1, p. 106–112, 2015.

APÊNDICE 1

Pesquisa: Atenção Primária à Saúde no território rural amazônico: Uma análise a partir das relações de poder

Doutoranda: Amandia Braga Lima Sousa

Orientadora: Aylene Bousquat

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de doutorado “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais amazônicos: Uma análise a partir das relações de poder”, desenvolvida pela doutoranda Amandia Braga Lima Sousa na Universidade de São Paulo - USP, sob orientação da Dra. Aylene Bousquat.

O objetivo central do estudo é analisar como é organizada e realizada a prestação de serviços de saúde de atenção primária nas áreas rurais do município de Manaus (AM). O convite para sua participação se deve em razão de sua atuação, atual ou anterior, no planejamento, monitoramento ou outros aspectos relacionados à gestão da atenção primária à saúde na área rural de Manaus. Neste sentido, consideramos que sua participação na pesquisa será uma grande contribuição para o conhecimento sobre a conformação da atenção primária nas áreas rurais amazônicas. A sua experiência na gestão municipal será relevante para o desenvolvimento do estudo, pois contribuirá para identificar a abrangência da atenção básica, incorporação tecnológica, avanços e desafios para o fortalecimento da atenção primária nestes contextos.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o (a) senhor(a) poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. No entanto, caso haja um desejo de que seu nome ou de sua instituição conste do trabalho final, será respeitado, e incluído.

Os potenciais riscos e desconfortos da sua participação na pesquisa são mínimos, e podem decorrer de alguma situação em que não se sinta confortável em se expressar sobre algum assunto, entretanto esclarecemos que você poderá a qualquer momento se negar a responder

qualquer questão, ou até mesmo se retirar da pesquisa, sem nenhum prejuízo para si ou instituição a que pertence.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto, e a mesma será gravada, se for do seu consentimento. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 60 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais. Somente os pesquisadores envolvidos no estudo terão acesso às informações fornecidas, os quais se comprometem com o dever de sigilo e confidencialidade.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de identificação de fatores que possam contribuir para melhoria da atenção básica nos contextos rurais e remotos e, conseqüentemente a melhoria da qualidade da atenção à população. A qualquer momento durante a pesquisa, ou posteriormente, o senhor poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos informados abaixo neste Termo.

Os resultados do estudo serão posteriormente divulgados em formato de relatórios, teses, dissertações e artigos, assim como por meio de reuniões com interessados na temática do projeto.

Esse termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Caso você tenha alguma dúvida na condução da pesquisa ou deseje conhecer os resultados dela, você pode obter informações, a qualquer tempo, com a pesquisadora Amandia Braga Lima Sousa que pode ser encontrada no endereço: Rua Terezina, 476. Adrianópolis. Manaus - AM. CEP: 69.057-070, telefone (92) 3621-2300. Ou pode entrar em contato direto com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Segue o endereço abaixo.

COEP/USP

Tel e Fax - (55 11) 3061 7779

E-Mail: coep@fsp.usp.br

www.fsp.usp.br

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – CEP 01246-

904 – São Paulo – SP

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas no meu prontuário, assim como os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Também tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim todos os processos da pesquisa a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes. Também ficou claro que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

_____ / / _____.
 (Assinatura do participante da pesquisa) Data

Nome do participante:

RG:

Declaro que autorizo a gravação da entrevista.

(...) Sim (...) Não

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao participante indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante desta pesquisa.

_____ / / _____.
 Nome e Assinatura do Pesquisador Data

APÊNDICE 2

Pesquisa: Atenção Primária à Saúde no território rural amazônico: Uma análise a partir das relações de poder

Doutoranda: Amandia Braga Lima Sousa

Orientadora: Aylene Bousquat

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de doutorado “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais amazônicos: Uma análise a partir das relações de poder”, desenvolvida pela doutoranda Amandia Braga Lima Sousa da Universidade de São Paulo - USP, sob orientação da Dra. Aylene Bousquat.

O objetivo central do estudo é analisar as singularidades e especificidades que condicionam a organização e o uso dos serviços de atenção primária à saúde nos territórios rurais amazônicos. O convite para sua participação se deve à sua atuação profissional na unidade básica de saúde municipal que atua em áreas rurais.

O estudo será realizado por meio de entrevistas que seguirão um roteiro prévio e serão realizadas individualmente a partir de questões abertas. As questões tratarão sobre o funcionamento dos serviços de saúde e sobre sua experiência nesses serviços. Elas poderão ser gravadas, desde que você autorize, na parte final desse documento, ficando garantido o sigilo desses áudios, que somente serão usados para auxiliar na transcrição. As entrevistas tem a duração em média de 1(uma) hora, podendo exigir mais de um encontro. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos.

Esta pesquisa prima pelo sigilo das informações observadas e prestadas, sendo garantida a preservação da identidade dos participantes. Os dados coletados serão publicados de modo a que não possam ser identificados os participantes. Ficando garantido que não serão utilizados elementos que possam identificar a pessoa à que se refere e a pesquisadora se compromete em usar os dados a que teve acesso somente para fins desta pesquisa.

Algumas informações tratam sobre suas experiências pessoais, assim, fica garantido a você, a possibilidade de escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. As possibilidades de riscos nesta pesquisa são mínimas, podendo estar relacionados ao constrangimento ou algum possível dano emocional decorrente do momento da observação ou da entrevista com questões ou tipo de abordagem que o entrevistado porventura desaprove. Assim, a qualquer momento você pode interromper a observação ou a entrevista, com relação a esta última, pode escolher somente responder o que desejar.

Sua participação nesse estudo é voluntária, em sendo assim, você não receberá nenhum pagamento pela sua participação na pesquisa. Entretanto, é importante que você saiba que a participação na pesquisa trará contribuições que podem subsidiar políticas de saúde, contribuindo para melhoria da atenção básica nos contextos rurais e remotos e, conseqüentemente a melhoria da qualidade da atenção à população.

Caso você tenha alguma dúvida na condução da pesquisa ou deseje conhecer os resultados dela, você pode obter informações, a qualquer tempo, com a pesquisadora Amandia Braga Lima Sousa que pode ser encontrada no endereço: Rua Terezina, 476. Adrianópolis. Manaus - AM. CEP: 69.057-070, telefone (92) 3621-2300. Ou pode entrar em contato direto com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Você pode recusar-se a participar ou decidir sair da pesquisa, a qualquer momento, sem que isto signifique qualquer prejuízo para você, em qualquer fase da sua realização.

Este documento em duas vias será assinado no final pelo participante da pesquisa e pela pesquisadora e suas páginas serão rubricadas tanto pelo participante como pela pesquisadora em duas vias, ficando uma delas com você e a outra com a pesquisadora.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Segue o endereço abaixo.

COEP/USP

Tel e Fax - (55 11) 3061 7779

E-Mail: coep@fsp.usp.br

www.fsp.usp.br

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – CEP 01246-

904 – São Paulo – SP

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações, assim como os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Também tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim todos os processos da pesquisa a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes. Também ficou claro que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

_____ / / _____.
(Assinatura do participante da pesquisa) Data

Nome do participante:

RG:

Declaro que autorizo a gravação da entrevista.

(...) Sim (...) Não

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao participante indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante desta pesquisa.

_____ / / _____.
Nome e Assinatura do Pesquisador Data

APÊNDICE 3

ENTREVISTA GESTORES

Concepções sobre rural amazônico	Adaptação dos serviços às singularidades amazônicas	Gestão dos processos de trabalho na área rural.	Monitoramento de avaliação dos serviços
O que você compreende como rural amazônico?	Você tem alguma formação voltada para a saúde rural?	Existe alguma orientação distinta para a organização do processo de trabalho na área rural?	O que você considera fundamental para o funcionamento de um serviço em um território rural?
Qual são as características que definem esse território?	Você acredita que seria necessária?	Como são pensados e organizados a oferta dos serviços propostos para a área rural de Manaus?	Você acredita que respondem às necessidade reais ou teria uma outra proposta para o funcionamento dos mesmos?
Você conhece as áreas rurais de Manaus? O que você sabe sobre elas e como soube?	Com relação aos protocolos e instrumentos de trabalho na APS, existe alguma adaptação destes documentos para atuação na área rural? Se positivo, qual?	Existe algum critério para seleção dos profissionais que irão trabalhar neste território? Existe alguma compensação salarial? Como escolhem os ACS?	Como você avalia os sistemas de monitoramento e avaliação que funcionam atualmente nas áreas rurais? Eles dão conta?
Quais são as diferenças que você pensa existir entre as populações rurais e urbanas?	Como acontece o processo de territorialização na área rural de Manaus? Como são definidos os serviços e os territórios que serão atendidos?	Qual a sua opinião sobre as orientações e proposições direcionadas aos serviços que atuam na área rural emanadas pelos âmbitos federal e estadual?	Você conhece outros municípios que tenham um distrito voltado para a área rural?
Há quanto tempo você trabalha nesta área?	Os limites das áreas de atuação das ESF podem sofrer alterações? Como são determinadas as áreas de atuação das ESF e dos ACS?	Há muita rotatividade de profissionais?	

Concepções sobre rural amazônico	Adaptação dos serviços às singularidades amazônicas	Gestão dos processos de trabalho na área rural.	Monitoramento de avaliação dos serviços
	Você acredita que as populações rurais deveriam ser consultadas sobre os serviços que são oferecidos nas áreas rurais?	Em Manaus já funcionava um barco que realizava atendimentos mesmo antes das orientações pela Portaria 290/2013 do MS, como isso foi proposto? Existem diferenças entre o funcionamento proposto inicialmente pelo município e o modelo atual proposto no âmbito federal?	
	Você acredita ser necessário a existência de um distrito voltado para a área rural nesta secretaria, por que?	Como as equipes procedem diante de uma demanda espontânea ou seja, uma demanda aguda?	
	Você acredita que os protocolos e instrumentos de saúde aplicados hoje pela ESF dão conta das especificidades da área rural?	Vocês utilizam algum tipo de tecnologia, por exemplo a telessaúde para contornar algumas questões relacionadas ao acesso? O que você pensa sobre isso?	
	Você acredita que os que estão hoje em funcionamento dão conta das especificidades da área rural?		
	Vocês utilizam algum tipo de tecnologia ou sistema específico para as áreas rurais?		

APÊNDICE 4

ENTREVISTA PROFISSIONAIS

Concepções sobre o rural amazônico	O processo de trabalho na área rural amazônica;	Como lidam com as especificidades amazônicas	Apoio/Educação Permanente/Monitoramento	Satisfação com o modelo de atendimento;
O que você compreende como rural amazônico?	Há quanto tempo você trabalha nesta área?	Teve alguma formação específica? Ou experiência prévia? Você acredita que sua formação contribuiu para atuação nas áreas rurais?	Você recebeu ou recebe alguma orientação da gestão de como atuar nesta área?	Quais serviços de saúde você acredita serem mais importantes para essa área?
Qual são as características que definem esse território?	Você se baseia em quais modelos para atuar nesta área?	Você aprendeu coisas novas durante sua atuação na área rural?	Existe alguma compensação salarial? Você acha que deveria existir?	Você sabe como esse modelo foi pensado? Mudaria alguma coisa?
Como foi que você iniciou o trabalho neste local? Você escolheu essa área?	Você já atuou na área urbana? Existem diferenças entre a forma de trabalho na área urbana e rural? Quais?	A sua atuação nesta área exigiu alguma mudança nos instrumentos de trabalho, nos protocolos utilizados? Quais?	Há muita rotatividade de profissionais?	Você acha esse modelo atual da Atenção Primária ideal para essa população?
	O que você considera mais importante para esta localidade?	Você conhece a população com a qual atua? Como passou a conhecer? O que você sabe sobre ela?	Como funciona a supervisão dos trabalhos?	
		A população participa na construção dos modelos? Existe alguma forma de participação da mesma? Quais?	Como você avalia o monitoramento dos serviços?	
		A população tem alguma forma de cuidar da saúde que não esteja atrelada aos serviços do SUS? O que você pensa sobre disso?		

APÊNDICE 5

Quadro 3. Extração de dados da Revisão de Escopo.

Referência	Objetivo	País	Métodos/Atividades	Como o rural e remoto na Amazônia são descritos	Estratégias e funcionamento da APS	Impactos Positivos	Impactos negativos
Sousa et al., 2015	Identificar a abertura para os conhecimentos tradicionais presentes nos grupos de educação em saúde voltados para os idosos.	Brasil	Estudo descritivo qualitativo	O estudo se refere à localidade como comunidades rurais-ribeirinhas.	As enfermeiras realizam grupos de educação em saúde com idosos.	Eles fortaleceram o vínculo com os idosos da comunidade e proporcionaram a troca de conhecimentos entre os profissionais e a comunidade.	
Vacas et al., 2003	Descrever os programas ambientais, sociais e de saúde fornecidos pela Agip Oil Equador	Equador	Estudo descritivo qualitativo	Diversidade biológica, relativamente intocada pela extração madeireira e agricultura.	Programa não governamental com foco na medicina tradicional. Trabalha com ACSs e com alianças que eles consideram estratégicas na comunidade.	Reduziu a morbimortalidade na região. Aumentou a atenção médica e a produtividade e ajudou a comunidade a se tornar mais autossuficiente.	
Martínez et al., 2004	Medir a efetividade da tecnologia e o efeito que o sistema teve no acesso da equipe aos treinamentos e informações médicas.	Peru	Avaliação qualitativa com uso de dois questionários.	Território é grande (o dobro da área da Bélgica) e carece de estradas: 95% dos postos de serviços de saúde somente são acessados pela via fluvial. Tem pouca infraestrutura de telecomunicações.	Usa mensagem de voz e email via VHF como forma de comunicação,	Os funcionários dos postos de saúde foram quase unânimes (97%) (29 de 30) em dizer que se sentiam mais seguros de si mesmos em seu trabalho porque podiam consultar o médico de referência.	

Referência	Objetivo	País	Métodos/Atividades	Como o rural e remoto na Amazônia são descritos	Estratégias e funcionamento da APS	Impactos Positivos	Impactos negativos
Paixão et al., 2009	Avaliar um curso destinado a melhorar o diagnóstico / suspeita precoce de hanseníase.	Brasil	Avaliação qualitativa com uso de questionário.	Região norte do Brasil.	Uso da telemedicina para a formação da força de trabalho	Foi possível proporcionar conhecimento por meio do uso de tecnologias interativas em um território que envolve longas distâncias na Amazônia.	
Garnelo et al., 2001	Descrever o processo de planejamento e execução de ações preventivas voltadas para DST/AIDS na APS	Brasil	Estudo descritivo	Lugar onde vivem grupos indígenas.	Implementação das ações em comunidades indígenas voltadas ao HIV / AIDS por meio de metodologias participativas	A abordagem evitou possíveis reações negativas e envolveu a comunidade.	
Kitajima e Moreira, 2012	Discutir a saúde organizacional no município de Borba (AM, Brasil), de 2005 até hoje, principalmente: Atenção Básica à Saúde, processos de trabalho, avanços e desafios em um pequeno município da região amazônica frente ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde .	Brasil	Estudo descritivo	Extensa área territorial, vasto rio e rede de afluentes que influencia a sazonalidade no acesso às comunidades.	Flexibiliza regras na atuação dos profissionais/Adoção de uma equipe de especialistas para apoio aos profissionais/Criação de um instrumento de monitoramento/ Parceria com instituições inclusive fora do âmbito da saúde	Melhoria na qualidade do atendimento e no uso de recursos financeiros.	

Referência	Objetivo	País	Métodos/Atividades	Como o rural e remoto na Amazônia são descritos	Estratégias e funcionamento da APS	Impactos Positivos	Impactos negativos
Pereira e Pacheco, 2017	Avaliar como o Programa Mais Médicos (PMM) vem sendo implantado no meio rural e as contribuições dos médicos para garantir atendimento integral à saúde.	Brasil	Estudo qualitativo com uso de entrevistas	Refere-se ao local como uma cidade predominantemente rural no Estado do Pará. Obstáculos geográficos, como a distância ou estradas ruins também são uma realidade nas áreas rurais, exacerbada pela inconstância dos transportes públicos. Acesso desigual aos serviços de saúde nas áreas rurais.	A implementação e resultados do programa Mais Médicos na APS. Esse programa esta voltado para contratação de médicos para atuar em regiões vulneráveis, rurais e remotas	Aumentou o número de atendimentos médicos e a demanda por atendimento. Diminuiu a rotatividade de profissionais e a iniquidade em saúde.	
Kadri et al., 2019	Descrever o processo de planejamento e execução das atividades da unidade flutuante de saúde e a gestão do cuidado diferenciada neste novo modelo de atenção à saúde	Brasil	Estudo descritivo com uso de entrevistas e observação	Destaca a fluidez do local chamando-o de "território líquido", uma vez que suas características não são fixas e mudam sazonalmente.	Unidade fluvial que trabalha com APS.	Inclui pessoas anteriormente excluídas dos serviços de saúde, aumentando o número de pessoas com cobertura.	
Scopel et al., 2015	Contribuir para a compreensão dos papéis dos agentes comunitários de saúde indígenas diante da expansão do modelo médico hegemônico	Brasil	Etnografia	Comunidade indígena.	Os agentes comunitários de saúde indígenas tem escopo ampliado de práticas e participação em comitês externos.	A atuação dos agentes indígenas de saúde é fundamental para a atenção básica e sua atuação vai além das atividades técnicas.	
Kawasaki et al., 2015	Avaliar o impacto da capacitação dos ACS no reconhecimento e satisfação em relação ao desempenho desses ACS entre membros da comunidade do Amazonas, Brasil	Brasil	Avaliação qualitativa com uso de dois questionários, conduzidos para avaliar a aceitabilidade, viabilidade e sustentabilidade do treinamento de atualização dos ACS.	Comunidades rurais e áreas remotas.	Treinamento presencial de ACSs, incluindo demonstrações e dramatização com base no manual publicado pelo Ministério da Saúde.	A comunidade ficou satisfeita com o treinamento e os profissionais de saúde ficaram mais confiantes em seu papel e melhoraram seu desempenho.	

Referência	Objetivo	País	Métodos/Atividades	Como o rural e remoto na Amazônia são descritos	Estratégias e funcionamento da APS	Impactos Positivos	Impactos negativos
Eersel et al., 2018	Avaliar o impacto do programa único de saúde da Missão Médica sobre o estado de saúde dos indígenas amazônicos.	Suriname	Estudo retrospectivo e descritivo	Sul remoto e sertões do sudoeste.	Missão Médica pertencente a uma organização não governamental de APS em que os assistentes de saúde recebem um programa de treinamento	O programa atingiu sua meta de fornecer serviços médicos gratuitos, acessíveis e eficazes aos povos indígenas do Suriname, considerando suas percepções culturais específicas.	
Chêne Neto et al., 2016	Identificar o estado do diálogo entre a medicina tradicional e a científica a partir das práticas de uma unidade de saúde.	Brasil	Etnografia	O estudo se refere à localidade como comunidades rurais-ribeirinhas.	Serviços de APS em uma comunidade pesqueira.		Os profissionais de saúde não consideram os saberes tradicionais em sua atuação
Fuentes et al., 2010	Analisar estudos de caso de serviços de saúde na Amazônia.	Equador	Estudo de caso	Floresta Amazônica Equatoriana, fronteiras geográficas entre Peru e Equador, área de Floresta Amazônica. Presença de Indígenas.	Postos de saúde da APS em comunidades indígenas onde trabalham uma auxiliar de enfermagem e uma microscopista que recebem apoio de uma coordenadora médica.		Falta de competência cultural da equipe e problemas para reter a força de trabalho.
Moretti-Pires et al., 2011b	Identificar a concepção que os enfermeiros têm sobre o consumo abusivo de álcool e as formas de gestão utilizadas.	Brasil	Grupo focal e entrevistas individuais	É um município na região do médio Rio Solimões (Estado do Amazonas)	Mudanças nos cursos de graduação têm sido propostas para que a atenção primária trabalhe com cuidados de saúde abrangente.		Os enfermeiros enfocam a doença do uso abusivo de álcool e não a pessoa, não entendendo a realidade e o contexto sociocultural das famílias.
Moretti-Pires et al., 2011a	Investigar a perspectiva de profissionais recém-formados sobre o	Brasil	Estudo qualitativo dados foram coletados por meio de grupo focal.	Áreas com difícil acesso geográfico.	Atuação da ESF		Os profissionais têm poucos vínculos com o local e pouca

Referência	Objetivo	País	Métodos/Atividades	Como o rural e remoto na Amazônia são descritos	Estratégias e funcionamento da APS	Impactos Positivos	Impactos negativos
	consumo abusivo de álcool						experiência com o trabalho. O discurso dos médicos parte de uma postura biomédica, centrada na doença e na cura, distanciando-se da perspectiva da intersetorialidade e da promoção e prevenção da saúde.
Faria et al., 2010	Apreender a percepção dos profissionais de saúde sobre o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) no interior da Amazônia	Brasil	Método fenomenológico	Um pequeno município no Estado do Amazonas, Brasil.	Mudanças no modelo de assistência à saúde na APS que prevêem uma assistência baseada em uma abordagem voltada para comunidade com foco na prevenção e promoção da saúde.		Os profissionais não têm certeza sobre as prioridades e objetivos do serviço. A atenção à saúde se restringe aos aspectos curativos e imediatos das necessidades de saúde da população. Dificuldade em reter profissionais de saúde e burocratização da gestão.
Moretti-Pires et al., 2010	Investigar a compreensão dos Médicos de Saúde da Família da Região do Médio Solimões (Amazônia) sobre	Brasil	Estudo observacional, descritivo e qualitativo, usando grupo focal e entrevistas.	Município de Coari, área geograficamente isolada.	A proposta da Estratégia Saúde da Família, preconizada pelo Ministério da Saúde, contém princípios como: visão integral dos usuários; planejamento local com base nas demandas da		Os médicos demonstraram pouco conhecimento sobre o problema do álcool e a

Referência	Objetivo	País	Métodos/Atividades	Como o rural e remoto na Amazônia são descritos	Estratégias e funcionamento da APS	Impactos Positivos	Impactos negativos
	diversos aspectos da problemática do uso abusivo do álcool.				população adscrita à Unidade de Saúde da Família; capacitação permanente de profissionais para atuar nessas demandas específicas da população adscrita.		política do Ministério da Saúde a respeito.
Moretti-Pires e Campos, 2010	Investigar a percepção de médicos, enfermeiros e dentistas sobre o funcionamento das equipes multiprofissionais de saúde da família.	Brasil	Estudo qualitativo com uso de questionário semiestruturado	Município de Coari.	O trabalho na Estratégia Saúde da Família prevê atenção à saúde que trabalha com cuidados de saúde abrangente. A equipe multidisciplinar deve primar por relações horizontais de trabalho.		À exceção do discurso dos psicólogos, as percepções dos médicos e demais profissionais de saúde da família revelaram fragilidades no desenvolvimento de um projeto de intervenção conjunta, particularmente necessária para a ESF, revelando que o trabalho em equipe multiprofissional ocorre apenas na teoria e não segundo a lógica subjacente do processo de trabalho na atenção à saúde da família.
Moretti-Pires, 2009	Investigar se a formação médica no Estado do Amazonas, Brasil, está de acordo com as diretrizes para atuação	Brasil	Estudo empírico qualitativo com uso de grupo focal e entrevistas semiestruturadas	Municípios na Amazônia. Dificuldades de acesso geográfico e problemas na estrutura urbana e comercial.	Mudanças nos cursos de graduação têm sido propostas para que a atenção básica trabalhe com cuidados de saúde abrangente.		O foco do trabalho ainda está pautado na concepção biomédica, inadequada ao

Referência	Objetivo	País	Métodos/Atividades	Como o rural e remoto na Amazônia são descritos	Estratégias e funcionamento da APS	Impactos Positivos	Impactos negativos
	na Estratégia Saúde da Família - ESF.						serviço por vários aspectos, incluindo a atenção fragmentada em especialidades. O médico tem dificuldade de se articular em uma equipe interdisciplinar.
Souza, 2015	Apresentar algumas notas sobre o processo de supervisão acadêmica em áreas indígenas, no âmbito do “Programa Mais Médico para o Brasil” (PMMB)	Brasil	Relato de experiência	Áreas indígenas com dificuldades de acesso, marcadas pela diversidade étnico-cultural, indicadores de saúde mais baixos e saúde precária.	Supervisão acadêmica dos médicos do Programa Mais Médicos		Os supervisores estão distantes e não conhecem a realidade enfrentada pelos médicos.
Katsurayama et al., 2016	Analisar a relação entre trabalho e subjetividade na Estratégia Saúde da Família no estado do Amazonas.	Brasil	Estudo qualitativo com uso de entrevistas, grupos focais e observação participante.	Municípios situados na Amazônia.	Cotidiano da ESF		Relações de poder baseadas no autoritarismo que resultam na falta de equidade da equipe e na inexistência de espaços onde os trabalhadores possam ser ouvidos por seus chefes e supervisores.
Pioner, 2012	Investigar a existência de trabalho precário e assédio moral entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família do município de Manacapuru (AM).	Brasil	Estudo qualitativo-quantitativo com uso de questionário auto-respondido	Um município da região metropolitana de Manaus, Estado do Amazonas.	ESF que atua com uma equipe multidisciplinar que tem uma abordagem baseada na comunidade.		O estudo constatou a presença de baixos salários, pressão excessiva por produtividade e condições de trabalho que

Referência	Objetivo	País	Métodos/Atividades	Como o rural e remoto na Amazônia são descritos	Estratégias e funcionamento da APS	Impactos Positivos	Impactos negativos
							colocam em risco a saúde dos trabalhadores.
Garnelo et al., 2018	Investigar e discutir o acesso e a cobertura da APS oferecida às populações rurais e urbanas	Brasil	Estudo transversal	Descrevem a Amazônia rural usando as seguintes características: baixa renda, dispersão populacional e grandes distâncias geográficas.	Distribuição e funcionamento da ESF entre áreas urbanas e rurais		As dificuldades de acesso aos serviços de saúde são agravadas pela distribuição desigual dos serviços, que se deve ao desrespeito às condições geográficas e sociais das pessoas e das possibilidades de transporte.
Heufemann et al., 2013	Avaliar o contexto e o grau de implantação do Programa de Controle da Tuberculose	Brasil	Modelo lógico, matriz de julgamento, pesquisa documental, observação e entrevista	Um município localizado na Floresta Amazônica.	Implantação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) na APS		As ações de controle da tuberculose são restritas à área urbana do município, sem planejamento, metas ou estratégias direcionadas à área rural.
Barraza Díaz e Sanchez, 2011	Descrever o uso de medicamentos por AMS/ACAPS em Unidades rurais do tipo I e do tipo II.	Venezuela	Estudo descritivo, não experimental, de campo e transversal.	Áreas de difícil acesso e território indígena.	Os agentes comunitários de saúde prescrevem medicamentos em ambulatórios rurais.		Os profissionais têm dificuldade em compreender a lista de medicamentos disponíveis e utilizam uma lista que está em desacordo com o que é

Referência	Objetivo	País	Métodos/Atividades	Como o rural e remoto na Amazônia são descritos	Estratégias e funcionamento da APS	Impactos Positivos	Impactos negativos
							recomendado pelas normas nacionais. Existem diferenças na oferta de medicamentos devido ao acesso.

ANEXO 1

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção Primária à Saúde no território rural amazônico: Uma análise a partir das relações de poder.

Pesquisador: AMANDIA BRAGA LIMA SOUSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98163418.2.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.961.083

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória com uso de metodologias qualitativas, sobre a atuação do setor saúde em áreas rurais amazônicas (área rural ribeirinha de Manaus, AM).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os serviços de atenção primária na área rural de Manaus (AM) considerando as relações entre os aspectos estruturais que envolvem o funcionamento dos serviços no território estudado e as questões locais

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Declara-se haver "riscos (...) tais como o de constrangimento ou de dano emocional decorrente do momento da entrevista (...) Há também o risco, mesmo que mínimo, de identificação de sujeitos do estudo..." Estão previstas ações de redução destes riscos.

Benefícios: "identificar fatores que possam contribuir para melhoria da atenção primária nos contextos rurais amazônicos..."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com a metodologia apresentada e nos termos do projeto é possível entender que existe uma reflexão e um cuidado com a dimensão ética da pesquisa social (qualitativa) em saúde. Tais cuidados estão de acordo com as resoluções que enquadram o CEP/CONEP.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 2.961.083

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A proposta inclui 3 versões de TCLE, diferenciadas por grupos de sujeitos de pesquisa. Parecem estar adequados. Além disso, apresenta Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1200044.pdf	23/08/2018 10:24:13		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	23/08/2018 09:12:31	AMANDIA BRAGA LIMA SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPcompleto.pdf	16/08/2018 22:52:40	AMANDIA BRAGA LIMA SOUSA	Aceito
Cronograma	CronogramaPesquisa.docx	16/08/2018 22:49:54	AMANDIA BRAGA LIMA SOUSA	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia.pdf	16/08/2018 22:17:00	AMANDIA BRAGA LIMA SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLecomunitarios.doc	16/08/2018 22:06:37	AMANDIA BRAGA LIMA SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEproufissionais.doc	16/08/2018 21:59:45	AMANDIA BRAGA LIMA SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGestores.doc	16/08/2018 21:52:48	AMANDIA BRAGA LIMA SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Doutor Amaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 2.961.083

SAO PAULO, 15 de Outubro de 2018

Assinado por:
José Leopoldo Ferreira Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

CURRÍCULO LATTES

Amandia Braga Lima Sousa

Pesquisadora em Saúde Pública no Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD (Fiocruz Amazônia) e doutoranda na Faculdade de Saúde Pública na Universidade de São Paulo, com estágio sanduíche na Swinburne University of Technology (Austrália). Possui mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias pela Universidade Federal do Amazonas (2011), especialização em Antropologia da Saúde pela Fiocruz Amazônia (2007) e graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas (2005). Realiza pesquisas nas áreas de Saúde Pública e Políticas Públicas de Saúde, com ênfase em Saúde Rural e Remota, e em identidade, em juventude, em idosos e no Contexto Amazônico. (Texto informado pelo autor)

Aylene Emilia Moraes Bousquat

Graduada em Medicina pela UFRJ, Mestrado e Doutorado no Departamento de Medicina Preventiva da USP. Atualmente sou Professora do Departamento de Política, Gestão e Saúde e coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. Estudo políticas de saúde, minhas linhas de pesquisa são: Espaço, Regiões e Redes e Sistemas de Saúde e Atenção Primária. Na primeira exploro as potencialidades de incorporar o espaço como categoria de análise no estudo das políticas de saúde. Desta perspectiva analiso a inter-relação entre saúde, espaço e organização territorial, com destaque para os processos de regionalização e a conformação das Redes de Assistência à Saúde. Na segunda, os objetivos são os de identificar e discutir os modelos de gestão de sistemas e serviços de saúde tendo como norte a universalidade e o de aprofundar as análises sobre a Atenção Primária à Saúde, seus constrangimentos e potencialidades para se configurar como prática estruturante dos sistemas de saúde. Participei(o) de 30 projetos de pesquisa, sendo que em 14 fui coordenadora ou coordenadora-adjunta. Sou Editora associada da Revista Interface e da Revista Ciência e Saúde Coletiva, na área de Políticas de Saúde. Sou parecerista de diversos periódicos nacionais e internacionais e consulto