

Invisibilidade das singularidades amazônicas na organização e oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo de caso na área rural ribeirinha de Manaus (AM)¹

Invisibility of Amazonian singularities in the design and provision of Primary Health Care (PHC) services: Case study in the rural riverside area of Manaus (AM)

Amandia Sousa^{a,b}

 <https://orcid.org/0000-0002-5625-5518>

E-mail: amandia.sousa@focruz.br

Fernanda Fonseca^a

 <https://orcid.org/0000-0002-0035-1033>

E-mail: fernanda.fonseca@focruz.br

Aylene Bousquat^b

 <https://orcid.org/0000-0003-2701-1570>

E-mail: aylenebousquat@usp.br

^a Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Leônidas e Maria Deane. Manaus, AM, Brasil.

^b Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Política, Gestão e Saúde. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

A região amazônica abrange um território heterogêneo com características geográficas específicas, abrigando diversas populações vulnerabilizadas, o que exige dos serviços de saúde o desenvolvimento de habilidades e inovações. Entretanto, as respostas a esses desafios se tornam ainda mais distantes diante de uma lógica mercadológica, que tende a invisibilizar diferenças e privilegiar determinados territórios. Nesse cenário, este estudo analisou a implementação de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial, buscando compreender como estão incluídas as necessidades e singularidades do meio rural ribeirinho no planejamento e execução dos serviços de saúde. Para isso, foram realizadas entrevistas com gestores e profissionais, além da observação do cotidiano dos serviços de saúde. Os resultados demonstram que a previsão de serviços, com formatos e recursos específicos para as áreas fluviais amazônicas, foi uma oportunidade para que as particularidades da região fossem evidenciadas e que mais recursos, inclusive financeiros, fossem previstos para essas localidades. No entanto, evidenciou-se também que os serviços ofertados continuam sendo planejados de forma hierárquica, além de serem organizados e executados visando realidades urbanas, o que aponta a necessidade de adaptações.

Palavras-chave: Saúde Rural; Atenção Primária à Saúde; Gestão de Serviços de Saúde; Equidade em Saúde; Amazônia.

Correspondência

Amandia Sousa

Rua Teresina, 476. Adrianópolis. Manaus – AM CEP: 69.057-070.

¹ Amandia Braga Lima Sousa foi bolsista de doutorado do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq-Brasil). Aylene Bousquat é bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq-Brasil).

Abstract

The Amazon region encompasses a heterogeneous territory with singular geographic features, that harbors different vulnerable populations, which require the development of abilities and innovations by health services. However, answers to this challenge become even more distant in the face of a marketing logic that tends to make differences invisible and privilege certain territories. In this scenario, our study analyzed the creation of a Basic River Health Unit (UBSF), seeking to understand how the needs and singularities of riverside rural areas are included in the planning and execution of health services. To that end, interviews with health services managers and professionals and observations of health care professionals during daily activities were carried out. The results showed the forecast of services, with specific formats and resources for the Amazonian fluvial areas, was an opportunity for the specificities of the region to be evidenced and for more resources, including financial ones, being considered for these localities. However, they also showed that the services offered are still planned in a hierarchical way and organized and executed for urban areas, which points to the need for adaptations.

Keywords: Rural Health; Primary Health Care; Health Services Administration; Health Equity; Amazon.

Introdução

A Amazônia Legal apresenta as piores condições de saúde do país, com uma taxa de mortalidade por desnutrição que representa o dobro da brasileira. Além disso, a taxa média de mortalidade materna nos municípios amazônicos é quase três vezes maior que a média brasileira. A realidade nas áreas rurais da região é ainda mais grave: apenas 8% da população usufrui de abastecimento adequado de água e 3% é servida por um sistema de esgoto (Santos et al., 2014).

Essas condições desfavoráveis se somam à carência de estratégias, inovações e investimentos para ofertar serviços de saúde nas áreas fora dos núcleos urbanos desse território (Fausto et al., 2022). Além disso, a região convive com desigualdades na distribuição dos serviços de saúde, que se concentram nas áreas urbanas dos municípios, restando aos moradores das áreas rurais o desafio de alcançá-los (Garnelo et al., 2018).

Esses desafios para o sistema de saúde tendem a ficar mais difíceis de serem enfrentados diante da tendência crescente no país de expansão de lógicas que favorecem os interesses do mercado de saúde em detrimento de uma oferta universal e equânime prevista nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (De Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021), o que agrava as desigualdades presentes nessa região, onde os mais vulneráveis são os que menos têm acesso a serviços de assistência à saúde (Galvão et al., 2019).

Nesse sentido, os crescentes estudos no campo da saúde têm papel fundamental para elucidar a oferta de serviços no território amazônico. Entretanto, muitas questões ainda precisam ser analisadas. Dentre elas, destaca-se a necessidade de análise dos serviços de saúde voltados para populações que vivem em áreas rurais de municípios predominantemente urbanos. Esta é a realidade de Manaus, maior metrópole amazônica, que apresenta características rurais em 97% do seu território. Nessas localidades, as quais apresentam características como o isolamento, a baixa densidade demográfica populacional e dificuldades de acesso a bens e serviços, vivem mais de 9 mil pessoas (IBGE, 2011). Entretanto, por apresentarem uma porcentagem pequena da população do município e estarem inseridas em uma cidade com quase

2 milhões de pessoas, a sua existência e necessidades tendem a ser desconsideradas no planejamento das ações de saúde do município (Sousa; Monteiro; Bousquat, 2019).

Na esfera federal, também se evidenciou a exclusão destas populações quando o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979 (Brasil, 2019), ao dispor sobre as regras de financiamento para a Atenção Básica, considerou Manaus como um município urbano, o que implica o repasse de recursos para a localidade sem considerar as necessidades presentes em suas áreas rurais. Esta situação vai na contramão da importância das políticas e da necessidade das esferas governamentais se voltarem para essas realidades, dado que o apoio e a previsão de recursos financeiros são essenciais para que os serviços de saúde consigam atuar diante das singularidades de territórios (Versteeg; du Toit; Couper, 2013).

Por outro lado, também é possível identificar políticas públicas que consideram as diferenças presentes nessas localidades, como é o caso da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012). Nesta versão e na seguinte (Brasil, 2017), a PNAB passou a prever unidades de saúde e recursos extras específicos para as áreas rurais ribeirinhas, implementando novos modelos de equipes de saúde nessas localidades. Um desses modelos é a Equipe de Saúde da Família Fluvial (ESFF), que atua na Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). Nele, as equipes de saúde podem incluir profissionais além do que prevê a Estratégia Saúde da Família (ESF) e contam com estruturas de apoio exclusivas. É válido ressaltar que Manaus já ofertava serviços de saúde para as localidades rurais ribeirinhas há mais de 25 anos, mesmo antes das previsões das diretrizes nacionais, inclusive com uma unidade de saúde que funcionava em uma embarcação (Pucciarelli, 2018).

Diante desse cenário, analisou-se a implantação de uma UBSF em uma localidade rural ribeirinha de Manaus, com foco nas estratégias de organização e práticas dos serviços de saúde. Os achados deste estudo são fundamentais porque aprofundam conhecimentos sobre os serviços de saúde em um espaço que tende a ter suas demandas negligenciadas diante das necessidades de saúde da grande metrópole, apontando as prioridades para as

políticas, gestores e pesquisadores na construção dos serviços de saúde nessa realidade.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que seguiu os métodos da obra *Estudo de caso: planejamento e métodos*, de Yin (2015), incluindo a observação participante do funcionamento dos serviços de saúde no local e entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais de saúde em uma localidade rural ribeirinha de Manaus.

As áreas rurais de Manaus, situadas na margem esquerda do rio Negro, são acessadas exclusivamente pela via fluvial e se dividem em 38 localidades, onde residem em torno de 2342 pessoas, segundo dados do cadastro realizado pela Secretaria Municipal de Saúde (Semsu). Para organizar o atendimento a essas áreas, a SEMSA dividiu o território em cinco áreas de abrangência (Figura 1), sendo Cuieiras a área analisada neste estudo.

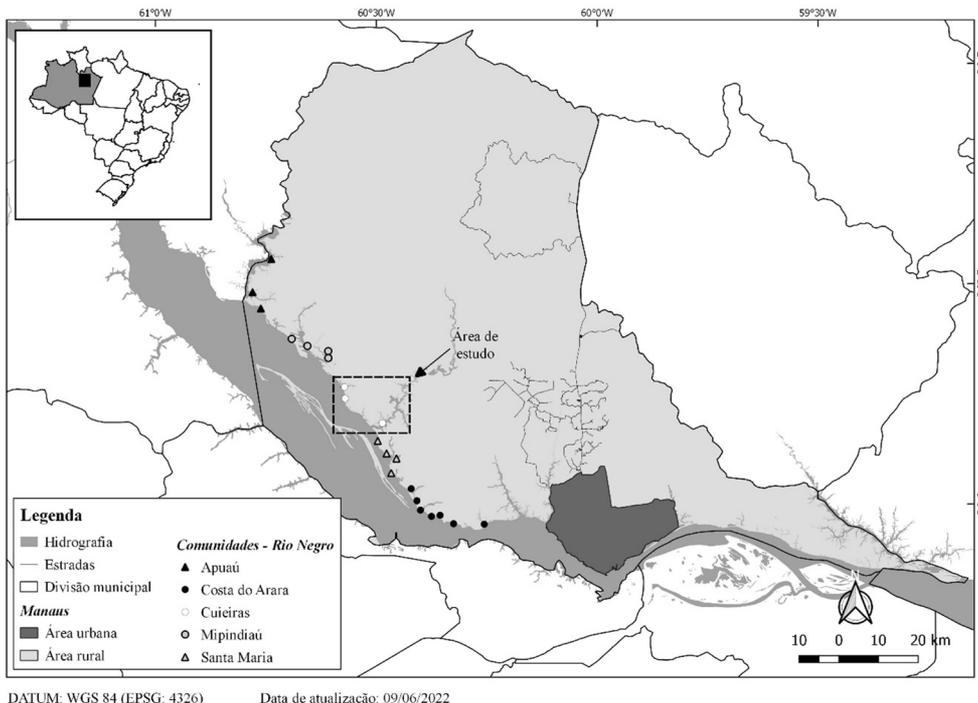
Nesta localidade foi realizada a observação participante, seguindo as etapas elencadas por Queiroz et al. (2007), para a qual foi utilizado um caderno diário. Esta observação foi realizada em dois momentos. No primeiro, foram observados aspectos relevantes do cotidiano e a interação dos moradores com os serviços de saúde prestados na localidade. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi acompanhado, e foram registradas as coordenadas geográficas de cada um dos domicílios visitados, as quais foram plotadas em um mapa para a visualização da extensão dos seus trajetos. O segundo momento ocorreu durante a presença da UBSF na localidade. Nesta etapa, foram observados os preparativos para a chegada da UBSF, inclusive a vinda de moradores de outras comunidades. Com a UBSF atracada, foram observados os procedimentos e atendimentos realizados.

Os achados das observações, juntamente com o material sobre serviços em áreas rurais e remotas, possibilitaram elencar as categorias que guiaram a construção dos roteiros de perguntas para os gestores e profissionais. Para os primeiros, foram elencadas as categorias Organização/Planejamento; Adaptação das ações ao lugar; Monitoramento/Avaliação; para os últimos, foram listadas Relação

com a gestão; Adaptação das ações ao lugar; Processo de trabalho; Satisfação com o modelo de atuação. Todos os gestores e profissionais de saúde que

compõem a estrutura principal de atendimento na comunidade Cuieiras foram entrevistados, totalizando 14 entrevistas.

Figura 1 – Área de abrangência contemplada neste estudo



Fonte: elaboração dos autores. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico (ANA), Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA)

A análise foi realizada nos termos propostos por Minayo (2012), a partir dos dados coletados nas observações e entrevistas realizadas na comunidade. Esses dados foram ordenados e tipificados com auxílio do software MAXQDA Plus. A tipificação considerou as categorias prévias, a partir das quais foram feitos recortes. Depois, foi realizado um esforço de síntese que evidenciou as estruturas relevantes em cada categoria. Para a análise, foram considerados os elementos históricos e contextuais que permitiram a interpretação das observações e das falas analisadas, sendo divididas as respostas em dois grupos (“gestores” e “profissionais de saúde”). O grupo dos profissionais de saúde incluiu também os conteúdos das respostas dos trabalhadores fixos na localidade.

Resultados

Organizamos nossos resultados a partir de uma sequência que parte da identificação do lugar estudado, em seguida apresentamos separadamente o resultado das observações e entrevistas realizadas com gestores e profissionais de saúde.

Caracterização de Cuieiras

Em Cuieiras vivem cerca de 415 pessoas, conforme cadastro da SEMSA. Essa localidade dista 80 quilômetros da área urbana de Manaus, o que significa aproximadamente 10 horas ou mais de deslocamento de barco, variando de acordo com a potência do motor e do regime do rio, se em período de cheia ou vazante.

Cuieiras é composta por uma comunidade maior, chamada São Sebastião do Cuieiras, que concentra a maioria dos moradores, comunidades menores e casas isoladas nos igarapés (os braços menores do rio principal). Somente parte das residências possui acesso à energia elétrica, a água consumida é geralmente é retirada de poços, captada das chuvas, ou coletada dos rios. O acesso à rede de telefonia móvel é descontínuo e com sinal bastante fraco, com acesso à internet escasso. As únicas instituições da comunidade são uma escola, que atende até o ensino médio, e o posto de saúde (PS).

O PS instalado em Cuieiras já funcionava mesmo antes da implantação da UBSF prevista pela PNAB. A unidade de saúde se localiza na comunidade São Sebastião do Cuieiras, funciona diariamente e conta com um diretor, que é técnico de enfermagem, nomeado pela Semsa, e com uma equipe composta por três Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nesta unidade ficam os prontuários e as fichas das pessoas atendidas, alguns medicamentos básicos e materiais para coleta de exame de malária.

Com a instalação da UBSF, custeada pelo governo federal a partir de 2018, o PS continuou trabalhando como uma unidade de referência para a área de abrangência de Cuieiras, sendo o local que as pessoas procuram na ausência da UBSF. No formato atual de funcionamento, previsto pela PNAB, a UBSF permanece em Cuieiras um dia no mês e, na presença desta unidade, o PS funciona como ponto de apoio

onde são realizadas as triagens das pessoas que serão atendidas pela UBSF.

Gestores e profissionais de saúde

As entrevistas contemplaram gestores que atuam na coordenação geral da Semsa e no Distrito de Saúde Rural (Disar), os profissionais de saúde da UBSF (dois médicos, uma enfermeira, um dentista e um farmacêutico), o diretor do PS e dois ACS, que trabalham na localidade. A maioria dos gestores e profissionais de saúde são funcionários estatutários da prefeitura e já haviam atuado anteriormente em algum outro setor da Semsa.

Para a contratação dos gestores e profissionais nessas localidades, não há qualquer critério de elegibilidade, habilidade ou capacitação prévia relacionada à saúde rural, com exceção dos ACS, que precisam atender ao critério de morar na localidade onde pretendem atuar.

Os Quadros 1 e 2 apresentam as categorias que emergiram a partir das análises propostas para os gestores e profissionais.

Práticas dos gestores

O discurso dos gestores revela a priorização de seguir as orientações federais, a partir das quais constroem e organizam os serviços que irão funcionar em Cuieiras.

Quadro 1 – Síntese dos conteúdos emergentes com a atuação de gestores nas áreas rurais de Manaus, a partir de categorias prévias

Categorias	Síntese dos conteúdos emergentes
Organização/Planejamento	Preocupação em atender as diretrizes federais; mesmas metas previstas para a área urbana; foco da saúde nas áreas urbanas; enfoque nas questões logísticas; programação feita a partir de dados inconsistentes sobre a população; organização/planejamento das ações centralizada na sede do distrito de saúde; fragilidades na interação com a população; iniciativas de abertura para participação da população; conflitos entre gestores e profissionais.

continua...

Quadro 1 – Continuação

Categorias	Síntese dos conteúdos emergentes
Adaptação das ações às singularidades do território amazônico	Aumento do número de serviços como solução; inovações criadas para atender as especificidades; enfoque nas questões logísticas; reconhecimento da 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; reconhecimento da importância das condições do território; reconhecimento das diferenças; reconhecimento do 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 tecnologia limitada; existem espaços de supervisão e troca entre gestores e profissionais; dificuldade com os dados da população; implementação do monitoramento em construção.

Em seus discursos, os gestores afirmaram existir diferenças nas áreas ribeirinhas e reconheceram que elas exigem diversas adaptações àquilo proposto pela PNAB. Segundo eles, algumas disposições previstas precisam ser ainda mais flexíveis para permitir as modificações conforme as necessidades com as quais eles têm que lidar. Nesse sentido, destacam o caso dos regimes dos rios e as diferenças entre os territórios, que impactam nas durações das viagens e no número de pessoas atendidas. A fala a seguir sugere essa percepção 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 (Gestor 2).

No planejamento das ações de saúde do município de Manaus, os gestores admitem que as prioridades das áreas rurais não são valorizadas, e que tomam como base para atuar nessas áreas o que é proposto para a área urbana: “A carteira de serviços é uniforme, ou para a área urbana ou rural, ela é igual” (Gestor 4).

Nas respostas dos gestores aos desafios diante das diferenças existentes nas áreas rurais amazônicas, a logística foi priorizada. Em suas falas,

fica evidente também que consideram as condições geográficas amazônicas como um fator que impõe dificuldades para a realização dos serviços:

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 (Gestor 2).

Uma outra estratégia presente nas falas dos gestores como possível resposta para os desafios com os quais convivem é o aumento do número de serviços. Eles compreendem esse aumento como a saída para alcançar as populações rurais e remotas e melhorar os serviços: “botar mais estratégias para melhorar o acesso” (Gestor 4).

O monitoramento prioriza a contabilização dos atendimentos, como sugere a fala a seguir: “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” (Gestor 6).

Os gestores se reúnem com profissionais e ACS mensalmente; entretanto, conforme os discursos dos gestores, essas reuniões são uma forma de transmitir aos profissionais o que já foi planejado pelo DISAR e cobrar a realização das ações propostas.

Práticas dos profissionais

As falas dos profissionais de saúde sugerem muitas diferenças em suas condutas quando

comparadas com as atuações em unidades convencionais, revelando diversas adaptações elaboradas ao longo dos anos para que conseguissem atuar.

Quadro 2 – 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; reclamam por não ter 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; a gestão enxerga o trabalho da área rural igual ao 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 da UBSF reclamam da ausência de capacitações, pois 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 o uso da tecnologia; relatam adaptações de algumas ações; realização de levantamento sobre a população; os ACS demonstram conhecer a população com a qual trabalham; profissionais da UBSF admitem 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; experiência prévia como elemento fundamental.
Processo de trabalho	Procuram ser mais resolutivos; sentem necessidade de atuar com um escopo maior; preconizam uma atuação biomédica; a atuação dos ACS é mais ampla; trabalham com medicamentos além daqueles disponíveis em unidades de saúde terrestres; trabalham com os protocolos do Ministério da Saúde; 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 da localidade; ausência de tecnologias; falta de medicamentos e material de limpeza no PS; condições desconfortáveis e de risco vivenciadas na UBSF; falta de combustível para o trabalho; o material para pequenos procedimentos de urgência não é mais enviados para o PS; o barco utilizado pelos ACS para visitas domiciliares é de sua propriedade; relatam 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 de encaminhamento; avaliam que essa 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 do que na área urbana; consideram fundamental reconhecer que nenhuma comunidade é igual a outra.

Segundo eles, algumas dessas adaptações tiveram que ser revistas com a adesão ao modelo de UBSF previsto pela PNAB, dentre elas, a substituição de um enfoque curativo - abordagem predominante na unidade fluvial anterior - por ações de caráter

preventivo. Ressaltaram ainda que, mesmo com as inovações propostas, o funcionamento da UBSF continua com limitações, especialmente com relação ao curto período de atendimento dedicado à comunidade (apenas um dia por mês), o que

dificulta a atuação proposta e inviabiliza as ações de promoção e prevenção previstas: “Nós fazemos igual ao que a área urbana faz. Agora de um modo diferenciado, porque nosso tempo é limitado nessas comunidades” (Profissional 4).

Além disso, apontaram falhas no encaminhamento para o nível secundário de atenção, 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” (Profissional 2).

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, ficando divididos entre adotar uma conduta de atendimento individual com foco na assistência biomédica, dado o acúmulo de demandas e em virtude de serem os únicos profissionais capacitados na região, ou priorizar ações de prevenção e promoção. Em seus discursos, esses profissionais demonstraram também esgotamento físico e reconheceram que não têm realizado um bom atendimento: “[...] no final do dia estou com a mão no gelo, eu sei o meu limite e de paciência, a gente fica mais irritado” (Profissional 1).

Outra questão ressaltada pelos profissionais são os períodos de cheia e de seca do rio, que os obriga a mudar a forma como atuam, visto que em certos momentos a UBSF fica impossibilitada de viajar e precisa mais da atuação dos ACS e do diretor do PS que estão fixos na comunidade.

Os profissionais da UBSF declararam que o período reduzido nos locais exige que eles sejam mais operacionais. 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, desnutridas, pessoas 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 (Profissional 1).

Outro profissional enfatizou que a UBSF dispensa medicamentos para além do padronizado nas unidades de saúde da área urbana, ficando disponível para eles o mesmo rol previsto para uma policlínica. Entretanto, reconhecem que seria ideal que os profissionais fossem treinados para fazer uso desses medicamentos.

Os ACS realizam visitas domiciliares diariamente. Dentre suas ações, aferem a pressão e realizam teste de glicemia, além de coletarem amostras e prepararem as lâminas nos casos suspeitos de malária.

A partir das coordenadas das residências, foi mensurado o percurso desde o primeiro domicílio até o mais distante alcançado por cada um dos ACS, sem considerar a volta. O resultado demonstrou, a partir desta estimativa, que o ACS 1 percorre um trajeto de 12,2 quilômetros e o ACS 2, um trajeto de 27,7 quilômetros (Figura 2).

Em Cuieiras, os serviços não dispõem de recursos de telessaúde nem de outros artifícios tecnológicos. Inclusive, as fichas dos pacientes que estão sendo cadastradas no sistema são preenchidas manualmente na comunidade e depois inseridas no e-SUS pelo DISAR.

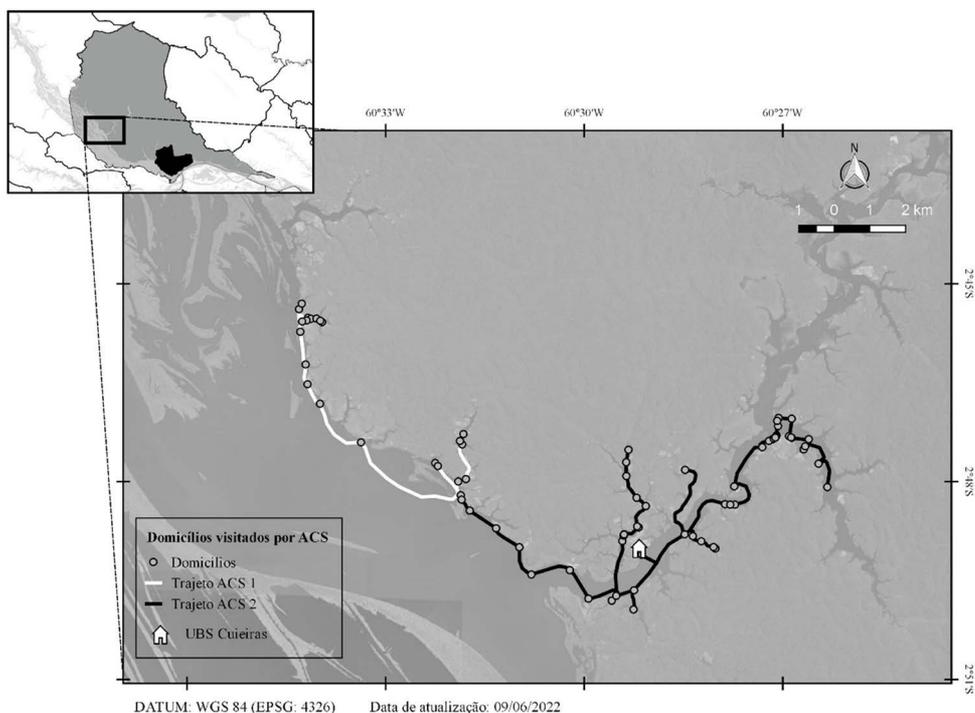
As dificuldades e inadequações também foram relatadas no funcionamento do PS, que, segundo eles, chega a ficar sem água e energia por vários dias. Os profissionais que ficam no PS também se ressentem por não dispor de materiais para a realização de curativos, bem como de outros medicamentos básicos, especialmente na ausência dos profissionais da UBSF: “Eu acho que deveria ser lei para nós, que nós temos que estar equipados para qualquer atendimento. Mas as toucas foram canceladas, a agulha para fazer aplicação de injeção de Benzetacil e de penicilina também deixou de vir” (Profissional 6).

Os profissionais da equipe da UBSF admitiram que não conhecem suficientemente Cuieiras devido ao pouco tempo que lá permanecem e ao grande número de comunidades a serem atendidas. Eles também não dispõem de momentos para a troca de conhecimentos sobre o contexto local com os ACS e o diretor do PS.

As falas dos profissionais sugerem que eles estão insatisfeitos com o apoio dado pelos gestores. Segundo seus discursos, os gestores não frequentam as áreas rurais e por isso não conhecem a realidade com a qual eles lidam. Para os profissionais, esse contato é necessário para que as diferenças nas suas atuações fossem levadas em conta no planejamento e na organização dos serviços de saúde. Outro motivo de insatisfação com os gestores é o fato de que eles apenas repassam o

que os profissionais devem fazer, não os incluindo no planejamento das ações, como se vislumbrou na fala de um deles: “Na última reunião agora, os gestores reuniram com os ACS já para passar o que já foi definido. Eles nunca reúnem com a gente para construir a proposta” (Profissional 1). Além disso, os achados sugerem que eles não se sentem reconhecidos pelos seus esforços: “Nós não somos vistos, a gente faz de tudo, mas eles nunca querem divulgar” (Profissional 1).

Figura 2 – Domicílios visitados pelos ACS



Fonte: elaboração dos autores. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) e Google Earth

Discussões

A imersão nas particularidades da oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em Cuieiras demonstra que a previsão da UBSF pela PNAB, apesar de ser um passo importante, é insuficiente para responder às necessidades de saúde presentes na comunidade. Além deste modelo, são necessárias outras estratégias para que a atuação da UBSF se torne mais adequada e sustentável para as áreas rurais ribeirinhas.

Um dos aspectos que demonstra essa necessidade de avanços na atuação da UBSF em Cuieiras é a carência de planejamento e adequação dos serviços à realidade do território, que é visível diante da pouca vivência e pouco conhecimento que os gestores admitem possuir sobre as áreas rurais. Além disso, destaca-se que os gestores planejam os serviços seguindo as mesmas estratégias utilizadas para as áreas urbanas.

A necessidade de adequar os serviços ao local é uma condição que tem sido explicitada em estudos que abordam serviços de saúde em áreas rurais e

remotas. Segundo Wakerman e Humphreys (2015), o serviço que será ofertado deve ser planejado em razão do quão remoto é o território e do número de pessoas a serem atendidas, devendo ser avaliados quais serviços seriam mais adequados, como os de prevenção, mas também cuidados curativos, realização de triagens, exames específicos e serviços de reabilitação.

A territorialização prevista na PNAB viabilizaria adequações às diferenças presentes nos territórios, entretanto, sua efetivação no país foi limitada (Faria, 2020). Essa situação se agrava diante das dificuldades e distorções nas formas de avaliar e monitorar os resultados das implementações realizadas no funcionamento dos serviços de saúde realizados em Cuieiras.

Os profissionais destacaram também falhas no acompanhamento e no apoio para a realização das ações por parte dos gestores. Um estudo realizado em território rural da África do Sul (Versteeg; du Toit; Couper, 2013) destaca a necessidade de capacitar os gestores para atuar no recrutamento e apoio de profissionais de saúde rurais, e ressalta a importância de um plano adequado às áreas rurais que inclua um financiamento equitativo.

O fato de os gestores enxergarem o investimento em logística e o aumento do número de serviços como principais respostas para atuar diante das diferenças da região amazônica demonstra limitações na visão desses profissionais, visto que atualmente diversas inovações e recursos têm sido utilizados como estratégias comuns em atuações de saúde em áreas rurais e remotas nas mais variadas realidades, dentre elas, o preparo dos profissionais para o trabalho nesses locais (Smith et al., 2015), o uso de tecnologias (Sahu et al., 2020), os investimentos na atuação dos ACS (Jerome; Ivers, 2010), o uso de abordagens mais adequadas culturalmente (Williamson; Harrison, 2010) etc. Uma estratégia utilizada pelos países da América Latina e Caribe, incluindo alguns países amazônicos, tem sido os investimentos em profissionais - não necessariamente médicos - presentes em áreas rurais e remotas (Carpio; Bench, 2015).

Os profissionais da UBSF reconhecem não ter um conhecimento suficiente sobre Cuieiras e que suas formações não são adequadas para realizarem

um atendimento mais apropriado. Além disso, o conhecimento que os ACS têm sobre a localidade não é compartilhado, inexistindo espaços de trocas entre os profissionais fixos na localidade e os que atuam na UBSF, requisito essencial para o funcionamento de serviços de saúde itinerantes em áreas remotas (Carey et al., 2018).

As falas dos ACS e do diretor do PS revelam sentimento de insegurança quanto aos procedimentos que devem ser adotados e discordâncias quanto às necessidades do trabalho e o que é preconizado para a atuação. Ressalta-se que as competências do serviço do PS não estão formalmente descritas, apesar dele ser referência para as pessoas que moram nessas localidades e o único serviço de saúde em funcionamento ao longo do mês. O emprego de uma abordagem flexível tem sido valorizado nas áreas rurais e remotas, entretanto, os profissionais precisam ter clareza sobre o escopo com o qual vão atuar (Murray; Wronski, 2006). As inadequações nas suas condutas, a ausência de uma descrição dos papéis e o pouco reconhecimento têm sido apontados como barreiras para o desenvolvimento da APS em áreas rurais e remotas (Sbarouni et al., 2012).

A atuação em um serviço itinerante, como é o caso da UBSF, necessita de adaptações que precisam ser visíveis para os gestores. Dentre elas, as especificidades da geografia amazônica, considerando que a PNAB prevê que as unidades de saúde trabalhem com um território adscrito, algo difícil dada a realidade de populações que se distribuem em pequenos núcleos ou casas isoladas em longas distâncias e que costumam migrar conforme o período de seca ou cheia do rio. Outra diferença é o tempo reduzido que a UBSF permanece na localidade, exigindo que esses profissionais criem estratégias para uma atuação periódica e evidenciando a necessidade de um desenho e a previsão de diretrizes específicas para este modelo, que não são as mesmas propostas para uma unidade convencional.

Outra questão fundamental é a necessidade de formação e experiências prévias dos profissionais da UBSF voltadas para a realidade amazônica. A atuação desses profissionais diante de diversidades culturais exige que desenvolvam habilidades e adotem uma abordagem que os permitam realizar um atendimento qualificado. Além disso, a pouca

relevância que é dada aos ACS contrasta com seu potencial de atuação e contribuição em localidades rurais e remotas.

Os resultados mostram ainda a falta de recursos financeiros e estruturais que possibilitem um serviço de melhor qualidade. O reconhecimento das distâncias percorridas pelos ACS evidencia o desafio para a realização desses percursos sozinhos nas suas pequenas embarcações, sendo necessário o devido apoio para suas atividades.

A inclusão das pessoas atendidas na construção do serviço é uma estratégia que tem sido adotada em áreas rurais e remotas, visando a sustentabilidade das ações. Entretanto, percebe-se nas ações e falas dos profissionais e gestores a ausência da participação dos usuários e profissionais em todo o processo de planejamento. Experiência de trabalho nas áreas rurais da Escócia demonstram que a participação da comunidade pode levar à concepção de novos modelos de serviço que se ajustem aos orçamentos existentes e atendam às aspirações locais e prioridades de saúde (Farmer; Nimegeer, 2014).

Considerações finais

A análise da implantação da UBSF em Cuieiras permitiu uma visão aprofundada dos elementos-chaves que se relacionam direta ou indiretamente com serviços de APS executados no local. Esse conhecimento tornou possível explorar aspectos que interferem nos serviços de saúde, com o potencial de subsidiar a organização e oferta de serviços para que sejam sensíveis às iniquidades presentes nesse contexto.

Nota-se, nesse sentido, que o aprimoramento da UBSF demanda estratégias que idealmente deveriam envolver o esforço das três esferas de governo, visto que implicam medidas que envolvem a cooperação e inovações essenciais para a garantia da saúde na região amazônica, como é o caso da implantação de tecnologias e a formação de pessoal.

Os caminhos para o aprimoramento e implementação desse modelo, entretanto, devem ser conduzidos a partir de uma construção coletiva que envolva prioritariamente os profissionais que atuam nas localidades atendidas e os usuários, bem como devem ser fruto de monitoramento e avaliação

adequada, sendo estas as condições para que sejam mais qualificados e sustentáveis.

Destaca-se ainda que o financiamento e a estrutura disponível para realização das ações em Cuieiras, identificados como problemáticos, precisam ser prioridade diante da redução dos investimentos na saúde ocorrido no país e a distribuição desigual dos recursos financeiros e das condições de vulnerabilidade presentes na Amazônia.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2012.

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. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 22 jun. 2022.

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 de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 nov. 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 22 jun. 2022.

CAREY, T. A. et al. What principles should guide visiting primary health care services in rural and remote communities? Lessons from a systematic review. *Australian Journal of Rural Health*, Canberra, v. 26, n. 3, p. 146-156, 2018. DOI: 10.1111/ajr.12425

CARPIO, C.; BENCH, N. S. *The Health Workforce in Latin America and the Caribbean: an analysis of Colombia, Costa Rica, Jamaica, Panama, Peru, and Uruguay*. Washington, DC: World Bank Group, 2015.

- FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202511.30662018
- FARMER, J.; NIMEGEER, A. Community participation to design rural primary healthcare services. *BMC Health Services Research*, [s. l.], v. 14, n. 130, p. 1-10, 2014. DOI: 10.1186/1472-6963-14-130
- FAUSTO, M. C. R. et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1605-1618, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022274.01112021
- GALVAO, T. F. et al. Inequity in utilizing health services in the Brazilian Amazon: a population-based survey, 2015. *International Journal of Health Planning and Management*, [s. l.], v. 34, n. 4, p. e1846-e1853. DOI: 10.1002/hpm.2902
- 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. DOI: 10.1590/0103-11042018S106
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2022.
- JEROME, G.; IVERS, L. C. Community health workers in health systems strengthening: a qualitative evaluation from rural Haiti. *AIDS*, London, v. 24, n. suppl 1, p. S67-S72, 2010. DOI: 10.1097/01.aids.0000366084.75945.c9
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000300007
- MURRAY, R. B.; WRONSKI, I. When the tide goes out: health workforce in rural, remote and Indigenous communities. *The Medical Journal of Australia*, Sidney, v. 185, n. 1, p. 37-38, 2006.
- PUCCIARELLI, M. L. R. *Estratégia Saúde da Família em áreas rurais ribeirinhas amazônicas*: estudo de caso sobre a organização do trabalho em uma Unidade Básica de Saúde Fluvial de Manaus. 2018. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Leônidas & Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2018.
- QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.
- SAHU, S. N. et al. Healthcare information technology for rural healthcare development: insight into bioinformatics techniques. In: DEY, N. et al. *Internet of Things, Smart Computing and Technology: a roadmap ahead*. Berlin: Springer, 2020. p. 151-169. DOI: 10.1007/978-3-030-39047-1_7
- SANTOS, D. et al. *Índice de Progresso Social na Amazônia Brasileira*: IPS Amazônia 2014. 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*, Queensland, v. 12, p. 2156, 2012.
- DE SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. suppl 2, p. 3781-3786, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.01072020
- SMITH, T. et al. Challenging the status quo in rural health workforce roles: risks versus benefits. In: NATIONAL RURAL HEALTH CONFERENCE, 13., 2015, Darwin. *Anais [...]*. Darwin: National Rural Health Alliance, 2015. p. 1-7.
- SOUSA, A. B. L.; MONTEIRO, I. O. P. M.; BOUSQUAT, A. Atenção Primária à Saúde em áreas rurais amazônicas: análise a partir do planejamento do distrito de saúde rural de Manaus. In: SCHWEICKARDT, J. C.; EL KADRI, M. R.; LIMA, R. T. S. (orgs.). *Atenção Básica na região amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS*. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. p. 71-91.

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*, [s. l.], v. 14, n. 111, p. 1-8, 2015. DOI: 10.1186/s12939-015-0228-1

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, Atlanta, v. 6, n. suppl 1, p. 19522, 2013. DOI: 10.3402/gha.v6i0.19522

WILLIAMSON, M.; HARRISON, L. Providing culturally appropriate care: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, [s. l.], v. 47, n. 6, p. 761-769, 2010. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.012

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2015.

Contribuição dos autores

Sousa e Bousquat foram responsáveis pela concepção e delineamento do estudo. Sousa, Fonseca e Bouquat realizaram as etapas de análise dos dados, produção do texto, revisão e aprovação da versão final.

Recebido: 9/11/2022

Reapresentado: 9/11/2022

Aprovado: 11/12/2022