

Organização da Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos do Oeste do Pará

Organization of Primary Health Care in Remote Rural Municipalities in West Pará

Juliana Gagno Lima¹, Ligia Giovanella², Márcia Cristina Rodrigues Fausto², Maria Helena Magalhães de Mendonça²

DOI: 10.1590/0103-1104202313910

RESUMO O artigo objetiva identificar especificidades e estratégias da organização da Atenção Primária à Saúde (APS) em Municípios Rurais Remotos (MRR) do Oeste do Pará frente às singularidades do contexto amazônico. Realizou-se estudo de casos múltiplos em cinco municípios por meio de entrevistas com gestores municipais, enfermeiros e médicos de Equipes de Saúde da Família. As dimensões de análise foram a territorialização, escopo de práticas e organização da agenda, colaboração interprofissional, iniciativas de atração e fixação profissional e uso de tecnologias de informação e comunicação. O trabalho da APS nos MRR, principalmente no interior, organiza-se prioritariamente em atendimentos, procedimentos individuais e imunização. Enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do interior possuem escopo de ações ampliado, muitas vezes, por ausência de médicos. Além do impacto positivo do Programa Mais Médicos, destacam-se estratégias locais de atendimentos itinerantes e sobreaviso para urgência. A territorialização, central na discussão de territórios sustentáveis e saudáveis, deve ser dinâmica e exige arranjos diferenciados, com adequação do número de famílias por ACS e por equipes. Estratégias específicas para organizar uma APS integral e integrada à Rede de Atenção à Saúde, financiamento federal suficiente e diferenciado e formação profissional direcionada ao rural são necessárias para garantir acesso e qualidade dos serviços a todos os cidadãos.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da população rural. Atenção Primária à Saúde. Serviços de saúde. Estratégias de saúde.

ABSTRACT *The article aims to identify specificities and strategies for the organization of Primary Health Care (PHC) in Remote Rural Municipalities (MRR) in western Pará in the face of singularities in the Amazonian. Multiple case study in five municipalities, with interviews: municipal managers, nurses and physicians from the Family Health Teams. The analysis dimensions were: territorialization, scope of practices and agenda organization, interprofessional collaboration, professional attraction and retention initiatives and use of information and communication technologies. The work of the PHC in the MRR, mainly in the countryside, is organized primarily around care, individual procedures and immunization. Nurses, nursing technicians and Community Health Agents (CHA) from the countryside have an expanded scope of action, often due to the absence of physicians. In addition to the positive impact of the Mais Médicos Program, local strategies for itinerant care and on-call for emergencies stand out. Territorialization, central to the discussion of sustainable and healthy territories, must be dynamic and require different arrangements, adjusting the number of families per CHA/teams. Specific strategies to organize a comprehensive PHC integrated into the Health Care Network, sufficient and differentiated federal funding and professional training aimed at rural areas, are necessary to guarantee access and quality of services to all citizens.*

KEYWORDS *Rural health. Primary Health Care. Health services. Health strategies.*

¹Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa), Instituto de Saúde Coletiva (Isco) – Santarém (PA), Brasil.
julianagagno@yahoo.com.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

Desigualdades nas condições de vida, utilização e acesso aos serviços de saúde são frequentes em territórios rurais brasileiros e mais acentuadas quando comparadas ao contexto urbano^{1,2}. A falta de acesso à habitação de qualidade e saneamento, baixa renda, dificuldades de transporte e comunicação, maior exposição a riscos laborais e agravos em saúde, associados a desafios estruturais e políticos, se intensificam no território amazônico, marcado por grandes distâncias, dispersão populacional e insuficiência de políticas públicas específicas^{3,4}.

Nas últimas décadas, ocorreram importantes avanços na universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e capilaridade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil em municípios rurais, embora as maiores coberturas sejam encontradas na sede, em detrimento de suas zonas rurais⁵. A oferta de serviços de APS para populações rurais é insuficiente, porque o escopo de ações é limitado e o financiamento das políticas nacionais é padronizado, apesar de demandar estratégias diferenciadas de organização para garantia de acesso^{3,6}.

A saúde remota, termo utilizado na literatura internacional, pode ser marcada por características de isolamento profissional e social, forte abordagem multidisciplinar com mudanças e sobreposição de papéis dos membros da equipe, exigência profissional de habilidades clínicas ampliadas, de emergência e saúde pública⁷. A organização da atenção precisa se adequar a populações pequenas e dispersas com necessidades de saúde impactadas por fatores climáticos⁷, como também observado no contexto amazônico.

Este artigo reivindica a perspectiva da APS integral no SUS na Rede de Atenção à Saúde, com centralidade da APS no sistema nacional de saúde, integrando ações de prevenção, promoção, cura, reabilitação, e processos mais amplos de participação comunitária e articulação com outros setores para o enfrentamento aos determinantes sociais da saúde⁸.

O artigo tem como objetivo identificar especificidades e estratégias da organização da APS em Municípios Rurais Remotos (MRR) do Oeste do Pará frente às singularidades do contexto amazônico. As perguntas orientadoras são: quais modelos de organização favorecem a implantação de uma atenção primária integral no SUS em contextos rurais remotos amazônicos? Que tipo de organização da APS é necessária para contribuir para territórios sustentáveis e saudáveis? A compreensão dos formatos de organização da APS contribui para equacionar obstáculos ao acesso em territórios rurais remotos para adequá-los às especificidades locais e garantir a equidade e o direito universal à saúde de suas populações.

Metodologia

Estudo qualitativo com dados da pesquisa 'Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil', realizada em municípios brasileiros com classificação 'rural remoto' conforme tipologia rural-urbano do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)^{9,10}.

Trata-se de estudo de casos múltiplos que tem como unidades de análise MMR, selecionados intencionalmente. Os casos são analisados a partir de questões comuns de pesquisa e emprega diferentes fontes de informação e atores. A seleção abarcou cinco MRR do Oeste do Pará com diferentes características socioeconômicas e geográficas¹¹ – Prainha, Aveiro, Curuá, Rurópolis e Jacareacanga.

O trabalho de campo ocorreu entre maio e agosto de 2019 por meio de entrevistas presenciais gravadas a partir de instrumento semiestruturado e visitas a Unidades Básicas de Saúde (UBS). Analisaram-se 30 entrevistas com dez gestores municipais, onze enfermeiros, nove médicos de uma equipe UBS na sede e uma, no interior, nos cinco municípios.

As fontes utilizaram dados secundários de acesso aberto para o contexto de caracterização da APS; registros de diários de campo em forma de relatórios municipais; síntese

elaborada pelos entrevistadores de campo, que conformaram um banco de dados qualitativo e quantitativo; e transcrições das entrevistas com gestores municipais, médicos e enfermeiros.

A categorização temática ocorreu por processo reiterativo de interpretação dos resultados, sendo identificadas dimensões com categorias emergentes das análises identificadas, *a posteriori*: territorialização da APS; escopo de práticas e organização da agenda; colaboração interprofissional; iniciativas de atração ou fixação profissional; e tecnologias de informação e comunicação. A inspiração teórica para essa categorização foi baseada em Almeida¹² e Franco¹³.

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

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/Ensp/Fiocruz, CAAE 92280918.3.0000.5240 e parecer nº 2.832.559, com anuência dos municípios, entrevista autorizada pelos participantes e preservação de anonimato nas análises.

Resultados

Os cinco MRR analisados do estado do Pará são de pequeno porte, onde a maioria da população é residente em território rural e possui baixa densidade demográfica e diversidade socioambiental¹¹. Rurópolis está

localizado no entroncamento entre as rodovias federais Transamazônica e Santarém-Cuiabá; Jacareacanga possui expressiva população indígena e atividades como garimpo e hidrelétricas; Aveiro têm populações ribeirinhas e área de reserva ambiental nas duas margens do rio; Curuá possui acesso por rio e estrada, muito influenciado pela sazonalidade; Prainha também possui população nas duas margens do rio. Estas duas têm quase a totalidade da população beneficiárias pelo Programa Bolsa Família (*tabela 1*).

Os municípios apresentam majoritariamente serviços de APS, com cobertura ESF (Estratégia Saúde da Família) entre 48,8% e 100%. Todos contam com um ou mais médicos do Programa Mais Médicos (PMM) e importante quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes, mas com baixo percentual da população cadastrada e vinculada às equipes de APS (entre 29,0% e 67,8%). Possuem uma a duas equipes de saúde bucal, equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), com exceção de Aveiro, e nenhuma Equipe de Saúde da Família (EqSF) fluvial. EqSF ribeirinhas e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) estão presentes em Rurópolis e Curuá. Somente Rurópolis conta também com apoio do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) (*tabela 1*).

A rede de serviços de saúde nos cinco municípios é exclusivamente provida pelo SUS, com exceção de um laboratório de análises clínicas em Prainha e uma farmácia privada em Aveiro. Todos os MRR possuem um estabelecimento público de saúde na sede para atendimento de urgências, parto e alguns procedimentos, compostos por pequenos hospitais (Jacareacanga e Rurópolis), Unidade Mista 24h (Prainha) ou Centro de Saúde 24h (Aveiro e Curuá). Todos dispõem de infraestrutura insuficiente e precária, à exceção de Rurópolis (*tabela 1*).

Tabela 1. Indicadores de APS e demais equipamentos da Rede de Atenção à Saúde dos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Estimativa da População total (2020) ¹	51.500	41.487*	16.404	14.587	29.846
% da População rural ¹	62,0%	65,0%	80,0%	53,0%	69,0%
Densidade demográfica (hab/km ²) ¹	7,33	0,78	0,96	10,20	2,02
Características sociodemográficas, econômicas e populacionais ²	Localizado no entroncamento entre as rodovias Transamazônica e Santarém-Cuiabá; criado por projeto de assentamento rural, com migração de diversos estados	PIB per capita elevado, royalties de hidrelétricas; mais de 50% de população indígena; áreas de garimpo e intensos conflitos de terra e ambientais	Acesso exclusivo por via fluvial; predominância de população ribeirinha; maior parte do município em reserva florestal: RESEX Tapajós-Arapiuns margem esquerda; FLONA margem direita	Acesso geográfico com importante variação sazonal - via fluvial ou via terrestre; município de fundação recente (1997)	Acesso predominante por via fluvial; população nas duas margens do rio; totalidade da população beneficiária de Bolsa Família (93,5%); pesca como importante fonte de renda: 'Prainha, capital do Piracuí'
Atenção Primária à Saúde (2019)					
% Cobertura por ESF ³	48,8%	77,5%	100%	100%	69,3%
n e % de população cadastrada e vinculada às equipes de APS ⁴	20.777 (41,1%)	4.096 (29,0%)	5.069 (30,9%)	9.757 (67,8%)	19.688 (65,9%)
Total de UBS e postos de saúde ⁵	8	7	7	7	12
Número de UBS sede ⁵	4	1	1	3	1
Número de UBS rurais ⁵	2	1	3	2	5
Número de postos de saúde rurais	2	5	3	2	6
Número de EqESF ⁶	6	2	6	4	6
Número de EqESF Fluvial ⁶	0	0	0	0	0
Número de EqESF Ribeirinha ⁶	1	0	0	1	0
Número de Eq Saúde bucal ⁶	2	2	1	1	2
Número de EqNASF ⁶	1	0	0	1	0
Número de EqEACS ⁶	7	2	0	1	3
Número de ACS (EqEACS + EqESF) ⁶	125 (66+59)	21 (11+10)	54 (0+54)	27 (9+18)	85 (34+51)
Número de médicos PMM (nov/2018) ⁶	4	1	6	4	5
Demais equipamentos da Rede de Atenção à Saúde no município					
Hospital Municipal ⁷	1	1	0	0	0
Unidade Mista ⁷	0	0	0	0	1
Nº de Leitos ⁷	47	24	0	0	31
Centro de Saúde 24h ⁷	0	0	1	1	0
Nº total de médicos contratados no município ⁸	9	14	6	5	9
Unidade Odontológica Móvel ⁸	0	1	1	1	1
Unidade móvel de suporte básico (Samu) ⁸	0	0	0	0	0
Unidades de Atenção à Saúde Indígena ⁸	0	17	0	0	0
Unidade de Vigilância em saúde ⁸	2	1	0	1	0

Tabela 1. Indicadores de APS e demais equipamentos da Rede de Atenção à Saúde dos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Centro de Atenção Psicossocial (Caps) ⁸	1	0	0	0	0
Academia da saúde ⁸	0	1	0	0	1
Laboratório de Saúde pública ⁸	0	1	0	0	0
Total de estabelecimentos de saúde privados ²	0	0	1	0	1
% pessoas cobertas por planos de saúde suplementar (2017) ⁹	0,3	0,8	0,5	0,3	0,2

Fonte: elaboração própria a partir dos sites:

1: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/>. 2: <https://apsmrr.ensp.fiocruz.br/categoria/biblioteca/literatura-selecionada/nossas-publicacoes/page/3/>. 3: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. 4: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>. 5: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp> e **verificação durante a visita**. 6: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equip.esp. 7: https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=15. 8: https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp. 9: <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/planilha>.

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

Territorialização da APS

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

Neste estudo, considerou-se como UBS o estabelecimento com equipes ESF completas.

Posto de saúde é todo aquele que não possuía médicos na equipe: a) EACS; b) equipe com enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS; c) equipe somente técnico de enfermagem; d) equipe com enfermeiro e ACS; e) equipe com microscopista, técnico de enfermagem e ACS (*quadro 1*).

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

Atendimento do tipo itinerante em áreas do interior foi observado em todos os municípios com formatos variados. Rurópolis e Aveiro realizam atendimento itinerante de forma regular ou periódica. Mensalmente ou semanalmente, médicos da sede ou demais profissionais da ESF se deslocam para comunidades do interior sem cobertura ou sem energia elétrica e se agregam a equipes incompletas do interior para atendimento. Jacareacanga, Curuá e Prainha fazem atendimento no formato ‘mutirão’, com equipes da sede se deslocando, sem periodicidade definida, para comunidades do interior. Em Jacareacanga, esse atendimento ocorre em

UBS rurais – uma UBS por mês, ou seja, no período de aproximadamente quatro a seis meses, uma UBS recebe a equipe itinerante; Curuá e Prainha priorizam atendimento em territórios rurais descobertos, em comunidades mais distantes sem cobertura. Ambos os tipos de atendimento itinerante, regular ou mutirão, têm foco em consultas e atualização de calendário vacinal. Os altos custos com transporte para esses atendimentos itinerantes sempre são informados como desafios para os gestores.

Quanto à ampliação de acesso e cuidado às comunidades ribeirinhas, Jacareacanga e Curuá estavam em fase de implantação de UBS fluvial no momento da visita e Rurópolis e Curuá possuem equipes ribeirinhas. Os demais municípios atendem à população ribeirinha, embora sem possuir ESF ribeirinhas credenciadas, principalmente devido a dificuldades de fixação de profissionais.

Ainda que haja um importante deslocamento ou circulação das equipes entre sede e interior, a adscrição formal da população às UBS seguiu o padrão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ou seja, por equipe

urbana ou rural, conforme residência do usuário. Todos os MRR possuem áreas descobertas em razão da dispersão da população nos territórios rurais e dificuldades de fixação de profissionais nas equipes. O número de ACS por equipe variou de dois a 22, conforme ESF ou EACS, e área de atuação na sede ou no interior; cada ACS acompanha de 120 a 700 pessoas. Os ACS de áreas rurais designados para realizar visitas necessitam deslocar-se e percorrer maiores distâncias no cotidiano, acompanhando, portanto, menor número de famílias.

A sazonalidade impacta a territorialização. Em quase todos os MRR, há comunidades isoladas em épocas de chuva ou seca, com exceção de Jacareacanga. Em Curuá e Prainha, há necessidade de cadastro duplicado de usuários em UBS da sede e do interior devido à migração sazonal de parte da população. O processo participativo na territorialização dos municípios mostrou-se frágil, seja referente à participação dos ACS ou do controle social, com destaque positivo para Rurópolis (*quadro 1*).

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

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Distribuição dos serviços de APS no território					
Quantidade de UBS e postos de saúde no território	4 UBS na sede, 2 UBS e 2 postos de saúde no interior	1 UBS na sede, 1 UBS e 5 postos de saúde no interior	1 UBS na sede, 3 UBS e 3 postos de saúde no interior	3 UBS na sede, 2 UBS e 2 postos de saúde no interior	1 UBS na sede, 5 UBS e 6 postos de saúde no interior
Distribuição das UBS sede-interior	UBS distribuídas pela sede e pelos interiores	UBS majoritariamente distribuídas pelos interiores	UBS majoritariamente distribuídas pelos interiores	UBS distribuídas pela sede e pelos interiores	UBS majoritariamente distribuídas pelos interiores
Presença de postos de saúde ou pontos de apoio para atuação das equipes em áreas do interior	Postos de saúde com 3 equipes EACS e uma equipe com enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS	Postos de saúde com microscopista, técnico de enfermagem e ACS	2 postos de saúde com médico apenas 1x/semana	Escolas como ponto de apoio para atendimento de equipe ribeirinha: 1 escola para cada 3 comunidades	Postos de saúde com técnico de enfermagem e 1 UBS para referência
Presença de postos de saúde ou polos-base de saúde indígena no interior	Não	Sim (17)	Não	Não	Não

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

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Equipes ESF em UBS da sede e do interior	Sim				
Equipes do interior são alocadas na UBS da sede	Não	Não	Sim, 2 médicos do interior atendem na sede 4x/semana e 1x/semana no interior	Sim, 1 médico atende UBS da sede e uma vez por mês em ESF ribeirinha	Não
Atendimento itinerante periódico ou regular, em áreas do interior	Profissionais da sede atendem mensalmente locais descobertos e se agregam às equipes incompletas no interior	Não mencionado	Semanalmente, médicos se deslocam para 2 UBS do interior sem energia elétrica para ações principais de consultas e vacinação	Não mencionado	Não mencionado
Atendimento do tipo 'mutirão', em áreas do interior	Não mencionado	Uma ou duas vezes por mês, uma equipe itinerante faz atendimentos nas UBS rurais, 1 mês para cada UBS. Aproximadamente entre 4 e 6 meses, 1 UBS recebe a equipe	Não mencionado	Equipe itinerante da sede para territórios rurais descobertos, principalmente para consultas e vacinação	Antes do PMM atendimento itinerante por um médico. Atualmente, todas as UBS fazem atendimento itinerante em comunidades mais distantes com foco em vacinação, consulta médica e coleta de preventivo
Processo de implantação de UBS Fluvial	Julgado como não necessário: comunidades com acesso fluvial 'estreito e raso', cuja UBS fluvial não alcançaria	UBS Fluvial aguardando previsão de inauguração	Não mencionado	Construção da UBS Fluvial em andamento, com previsão para inauguração no próximo ano	Não mencionado
Atende população ribeirinha	ESF ribeirinha sem sede fixa que atende diferentes comunidades a cada 15 dias.	Atendimento itinerante por equipe do interior, em posto com EACS	3 UBS rurais atuam em áreas ribeirinha, mas não credenciadas como ESF ribeirinha	ESF ribeirinha atende 13 comunidades, a partir de PS rural com EACS. Mensalmente, por 7 dias, equipe EACS é ampliada com médico, enfermeiros e técnicos	Parte das UBS do interior atendem áreas ribeirinhas que vivem à margem direita do rio Amazonas, oposto à sede do município
Adscrição e cadastro da população					
Delimitação das microáreas dos ACS	ACS participaram do mapeamento do território, com número de famílias dividido em quantidades iguais e local de moradia dos ACS	ACS participaram do mapeamento do território para distribuição das microáreas. ACS da sede também se responsabilizam por áreas de garimpo	ACS selecionados por microárea de moradia, com ampliação posterior cobrindo novas áreas	ACS alocados pela SMS em microáreas com maior população e maior necessidade, com ampliação posterior por afastamento de profissionais sem reposição	ACS alocados pela enfermagem conforme local de moradia. Algumas equipes conheceram o número de famílias após realizar os cadastros
Cadastramento da população nas ESF	Adscrição da população por ESF-EACS urbana ou rural, conforme residência				
Cadastro duplicado em UBS da sede e do interior	Não	Não	Não	Sim, devido à migração de população em época de seca por dificuldades com deslocamento	Sim, devido à migração de população do interior em época de chuvas por alagamentos

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

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Presença de áreas descobertas pela ESF	Sim, principalmente no interior e áreas limítrofes	Sim, 3 regiões do município	Sim, 2 comunidades do interior	Sim, 9 comunidades – 3 na região de várzea da ESF ribeirinha; 4 na região de rios; 2 na região de terra firme	Sim, principalmente áreas no ‘planalto’
Presença de comunidades isoladas em decorrência de situações climáticas	Sim, em época de chuvas	Não. Há migrações decorrentes de atividades agrícolas por redução da produtividade do solo	Sim, comunidades inundadas nas cheias dos rios. Na seca, os barcos param no meio do rio e as pessoas precisam percorrer trechos a pé	Sim, épocas de seca é difícil o deslocamento fluvial, com único deslocamento possível a pé ou por pequenas embarcações denominadas bajaranas	Sim, em períodos de chuvas, há alagamento de casas de populações de várzea, que, por vezes, migram para a sede, levando rebanhos
Participação do controle social na territorialização	Sim, conselho municipal de saúde	Não mencionado	Não mencionado	Não mencionado	Não mencionado

Fonte: elaboração própria.

Escopo de práticas e organização da agenda

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

A maior parte das UBS oferta imunização de rotina, coleta de preventivo e acompanhamento dos programas de saúde. A exceção são as UBS sem energia elétrica regular presentes em Aveiro, Curuá e Prainha, cujo escopo de ações é reduzido. A dispensação regular de medicamentos, em geral, é descentralizada, pois há farmácia básica em todas as UBS; não está disponível em postos de saúde. Contudo, a logística para o transporte dos medicamentos até os municípios torna os medicamentos ainda mais onerosos, provocando atrasos no

abastecimento e insuficiência. Como paliativo, dois municípios repõem medicamentos por meio de emenda parlamentar (Rurópolis) ou de *royalties* de hidrelétricas (Jacareacanga).

Somente Rurópolis possui coleta de exames de sangue e urina nas UBS, sendo quatro vezes por semana na sede e uma vez por semana no interior. Em todos os demais, a coleta é realizada no pequeno hospital dos municípios ou no Centro de Saúde 24h ou na unidade mista da sede. Em Jacareacanga, Aveiro, Curuá e Prainha, os testes rápidos são realizados em poucas UBS e limitados às gestantes. Grupos de educação em saúde são incipientes em todos os municípios e, quando ocorrem, se limitam a campanhas temáticas como outubro rosa, hipertensão ou diabetes e pré-natal, sem periodicidade definida.

A organização da agenda dos MRR é feita por programas de saúde por turno via distribuição de fichas para atendimento predominantemente de demanda programada e reserva de algumas fichas para demanda espontânea, com relatos de insuficiência do número de vagas na sede.

Uma estratégia amplamente utilizada nas UBS rurais é o ‘sobreaviso’, um plantão de

atendimento nas UBS realizado por técnicos de enfermagem ou enfermeiros nos horários não comerciais de funcionamento da UBS: das 18h00 às 7h00 e nos fins de semana. Em caso de urgência, o profissional de sobreaviso é acionado em seu domicílio e se desloca até a UBS para o atendimento. Dependendo da gravidade, outros profissionais podem ser acionados ou o paciente é encaminhado de carro ou embarcação da Secretaria Municipal

da Saúde (SMS) para o hospital ou Centro de Saúde 24h/unidade mista da sede. Tal iniciativa é mais voltada a procedimentos ou estabilização para transporte do paciente, amenizando a carência de atendimentos de urgência no interior e o impacto dos grandes deslocamentos até a sede dos MRR para um primeiro atendimento. Rurópolis, Aveiro e Curuá disponibilizam ambulâncias em parte de suas UBS do interior (*quadro 2*).

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

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Oferta de ações					
Consulta médica em todas as UBS	Sim, com intermitência por falta de médicos	Não, regularmente somente em 1 UBS da sede e 1 do interior	Sim, com intermitência por falta de médicos	Sim, com intermitência por falta de médicos	Sim, com intermitência por falta de médicos
Consulta de enfermagem em todas as UBS	Sim, com atribuições ampliadas na falta de médico na equipe				
Consultas odontológicas	2 equipes de saúde bucal que atendem na sede	2 equipes de saúde bucal que atendem na sede	1 equipe de saúde bucal que atende na sede	1 equipe de saúde bucal que atende na sede	2 equipes de saúde bucal que atendem na sede
UBS ofertam imunização	De rotina em todas as UBS - sede e interior	De rotina nas UBS da sede. No interior, em campanhas, inclusive realizada nos domicílios	De rotina em UBS da sede e interior, com exceção de 2 postos de saúde do interior sem energia elétrica 24h		
UBS dispensam medicamentos	Sim, regularmente, com suporte financeiro de emendas parlamentares	Sim, regularmente, com suporte financeiro de royalties de hidrelétricas	Sim, embora com constante insuficiência. Postos de saúde não disponibilizam.	Sim, embora com constante insuficiência. Postos de saúde não disponibilizam	Sim, embora com constante insuficiência. Postos de saúde não disponibilizam
UBS realizam coleta de exame de sangue e urina	Sim, nas UBS da sede. No interior, há coleta uma vez por semana	Não. Coleta centralizada no hospital da sede	Não. Coleta centralizada no Centro de Saúde	Não. Coleta centralizada no Centro de Saúde	Não. Coleta centralizada na Unidade Mista da sede
UBS realiza testes rápidos para gestantes	Não, apenas no hospital	Sim, em algumas UBS	Sim, em algumas UBS	Sim, em algumas UBS	Sim, em algumas UBS
UBS realiza grupos de educação em saúde	Não, apenas em campanhas temáticas esporádicas	Não, apenas em campanhas temáticas esporádicas	Sim, em algumas UBS, 'grupão' para hiperdia, mas sem periodicidade	Sim, em algumas UBS, 'grupão' para hiperdia e planejamento familiar, mas sem periodicidade	Sim, em algumas UBS, 'grupão' para hiperdia e pré-natal, mas sem periodicidade
Organização da agenda					
Agenda organizada por programas por turno	Sim, em geral um programa/turno				
Distribuição de fichas para atendimento de demanda programada	Sim, cerca de 15 fichas por turno /profissional	Sim, cerca de 20 fichas médico e 15 fichas enfermeiro	Sim, 10 a 12 fichas por turno/ profissional	Sim, 7 fichas por turno/ profissional	Sim, 10 a 14 por turno/ profissional

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

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Atendimento de demanda espontânea na UBS	Sim. Com reserva de fichas por vezes insuficientes para a demanda na sede. UBS do interior sempre atende no mesmo dia	Sim, com reserva de fichas. UBS do interior priorizam demanda programada	Sim, com reserva de fichas: 5 fichas/turno	Sim, com reserva de fichas: 3 fichas/turno. Médicos PMM priorizam demanda espontânea	Sim, com reserva de fichas: 3 a 5 atendimentos médicos/turno. Médico interior com baixa demanda
Equipe da sede atende a usuários do interior com prioridade	Não. Há diversas UBS no interior	Sim, é priorizado atendimento no mesmo dia para os usuários residentes em áreas mais distantes	Sim, na sede é priorizada demanda espontânea do interior no turno da manhã, considerando-se as distâncias de deslocamento	Não mencionado	Não mencionado
Sobreaviso em UBS ou postos do interior	Sim, por técnicos de enfermagem ou enfermeiros das 18h00 às 7h00 e fins de semana	Sim, por técnicos de enfermagem, das 18h00 às 7h00	Sim, por técnicos de enfermagem ou enfermeiros. Das 18h00 às 7h00	Sim, por enfermeiros, das 18h00 às 7h00 e fins de semana	Sim, por técnicos de enfermagem e se necessário, enfermeiros, das 18h00 às 7h00
UBS rurais com ambulâncias ou transportes de doentes para urgência	Sim, em 3 UBS rurais	Não	Sim, 1 ambulância e 1 voadeira para urgências em áreas ribeirinhas	Sim, em 2 UBS rurais	Não

Fonte: elaboração própria.

Colaboração interprofissional

Na divisão de tarefas entre médicos e enfermeiros, a atividade do médico é centrada em assistência individual nas UBS, havendo raros relatos de visitas domiciliares e educação em saúde, enquanto os enfermeiros dividem suas atribuições entre assistência individual programática, supervisão mensal dos ACS, gerência da UBS, visitas domiciliares e menos frequentes, grupos. As consultas intercaladas entre enfermeiros e médicos ocorre no acompanhamento de gestantes e pacientes com hipertensão e diabetes. Em geral, o diagnóstico e o atendimento de casos descompensados são de responsabilidade do médico, enquanto o acompanhamento e os casos controlados ficam a cargo da enfermeira.

Os enfermeiros e ACS de áreas rurais têm um escopo de ação ampliado. O trabalho

dos ACS envolve desde ações individuais e familiares até coletivas e administrativas, observando-se variação entre os municípios quanto aos procedimentos. ACS do interior em Jacareacanga têm responsabilidades no controle da malária; em Rurópolis, Curuá e Prainha, auxiliam no transporte de usuários; em Jacareacanga, Aveiro e Prainha, aferem pressão arterial (*quadro 3*).

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

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

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Divisão de tarefas e atribuições do enfermeiro	Assistência individual por programas: pré-natal, puerpério, crescimento e desenvolvimento infantil, controle CCU), atividades de grupo, supervisão ACS, gerência UBS para imunização, agenda, insumos, contabilização da produção, visitas domiciliares				
Divisão de tarefas/atribuições do médico	Foco na assistência individual na UBS. Relatos raros de participação em visitas domiciliares e grupos de educação em saúde.				
Atribuições gerais dos ACS	Escopo de práticas abrangente: acompanhamento familiar para identificação de vulnerabilidades, acompanhamento de condicionalidades PBF (Programa Bolsa Família); cuidados e medidas preventivas individuais via busca ativa de faltosos, orientações e pequenos procedimentos; abordagem coletiva na mobilização para participação nos grupos, auxílio nas campanhas de vacinação; atividades administrativas de cadastros, aviso sobre marcação de consulta especializada e visitas domiciliares rotineiras com objetivos de cadastro, cuidado ou informação.				
Atribuições específicas dos ACS do interior	Uso de tablet para registros na sede e no interior e auxílio no transporte de usuários	Coleta de exame de malária, auxílio às ações do microscopista, aferição de pressão arterial e primeiros socorros	Aferição de pressão arterial	Auxílio no transporte de usuários	Auxílio no transporte de usuários e aferição de pressão arterial
Consultas intercaladas entre médico e enfermeiro	Sim, para acompanhamento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) e pré-natal	Sim, para acompanhamento de pré-natal	Sim, para acompanhamento de pré-natal e alguns casos de pacientes com HAS e DM	Sim, para acompanhamento de pré-natal	Sim, para acompanhamento de pré-natal e alguns casos de pacientes com HAS e DM
Compartilhamento de trabalho entre médico e enfermeira	Atendimento de casos descompensados com médico, casos controlados com enfermeira Diagnóstico com médico, acompanhamento com enfermeira				
Atuação conjunta da equipe AB (Atenção Básica) com Nasf	Enfermeiros e ACS: visitas domiciliares, estudos de caso e grupos com os usuários. Nasf composto por psicólogo, nutricionista, educador físico, assistente social e farmacêutico	Não há Nasf	Não há Nasf	Não, ações do Nasf ainda incipientes. Nasf composto por nutricionista, fisioterapeuta e farmacêutico	Não há Nasf
Parceria com os Distritos Especiais de Saúde Indígena (DSEI) para abastecimentos	Não há área indígena	Sim, para medicamentos, vacinas e soros antiofídico e antiescorpiônico	Sim, especialmente medicamentos e materiais permanentes para UBS	Não há área indígena	Não há área indígena

Fonte: elaboração própria.

Iniciativas de atração ou fixação profissional

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

A disponibilidade de profissionais, especialmente de médicos, é um importante desafio

para os municípios, principalmente em áreas mais remotas. As exigências salariais são insustentáveis, por exemplo, de R\$40.000,00 para uma jornada de 15 dias no pequeno hospital ou divisão de carga horária entre municípios para duplicação de remuneração. O PMM melhorou radicalmente o provimento de médicos, qualificou o atendimento, a continuidade da assistência e reduziu a sobrecarga de atendimentos nos hospitais e Centros de Saúde 24h. Relatos revelaram que, com o Programa,

muitas comunidades tiveram acesso à assistência médica contínua na UBS pela primeira vez. Em contrapartida, o rompimento de contrato com os médicos cubanos PMM, retomou os vazios assistenciais, descontinuou o financiamento federal da ESF, sobrecarregou hospitais e reduziu o acesso, com tamanho impacto que, no momento da entrevista, em 2019, seis meses depois do rompimento, os municípios não haviam conseguido reposição de parte dos médicos.

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

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

O apoio municipal aos profissionais de saúde foi expresso por moradia, transporte e

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

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

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

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

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

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Concurso público	Sim, para todas as categorias de profissionais de saúde da UBS, realizado no segundo semestre 2019	Sim, para reposição de ACS. O último ocorreu em 2013	Houve concurso em 2018 para enfermeiros e ACS	Não mencionado	Não mencionado
Algum tipo de gratificação profissional ou remuneração adicional	Gratificação para os enfermeiros do sobreaviso	Gratificação para os profissionais de sobreaviso; e diárias para enfermeiros para ações no interior	Não	Não	Gratificação para os enfermeiros do sobreaviso
Formação de técnico de enfermagem no município	Sim	Não mencionado	Não mencionado	Sim	Não mencionado
Moradia para profissionais, disponibilizada pela prefeitura	Sim, auxílio moradia de R\$3.000,00 para médicos PMM	Não mencionado	Sim, uma casa do município próxima a UBS em uma comunidade do interior	Sim, quarto para enfermeiro em uma comunidade do interior	Sim, auxílio moradia de R\$1.500,00 para médicos PMM
Apoio de transporte municipal para os profissionais	Sim, caminhonete com motorista para médica da sede atender em área rural	Não	Não	Sim, moto para 2 médicos que atuam na UBS do interior	Sim, para alguns ACS do interior foi disponibilizada moto e combustível para VD (Visita Domíliciar)
Disponibilidade de transporte para ações da equipe no território	Sim, caminhonetes com tração 4x4 da SMS com uso mediante agendamento	Sim, carro da SMS, caminhonete ou voadeira alugadas, conforme planejamento	Sim, lancha da SMS para UBS do interior, com uso mediante agendamento	Sim, carro da SMS disponibilizado para as ações de equipes da sede para área rural	Sim, nas áreas de ESF há um carro da SMS. Para áreas ribeirinhas, há aluguel de barco ou lancha, mediante planejamento
Melhorias da infraestrutura das UBS	Sim, UBS da sede e do interior com recursos do Requalifica UBS e emendas parlamentares	Não. Construção de UBS fluvial em curso	Sim, melhorias com recursos do Requalifica UBS e próprios do município	Sim, UBS da sede e do interior, com recursos do Requalifica UBS	Sim. Alguns equipamentos com recurso de emendas parlamentares

Fonte: elaboração própria.

Tecnologias de informação e comunicação

A estratégia e-SUS APS é utilizada por todos os municípios em formatos variados.

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) foi adotado em três municípios, de forma integral em Rurópolis e como UBS piloto em Prainha e Curuá. Nas demais UBS de Prainha e Curuá, assim como em Jacareacanga e Aveiro,

adotaram-se fichas de papel para Coleta de Dados Simplificada (CDS) com digitação dos dados feita na UBS e enviada via SMS. A experiência de adoção dos *tablets* para ACS registrarem seus cadastros e visitas, inclusive em comunidades vicinais, foi implantada em 2018 em Rurópolis, a partir de com importante investimento em tecnologia de comunicação e estruturação de equipe de informática. Em Prainha, o uso de *tablets* estava sendo testado em uma UBS da sede.

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

Discussão

Uma atenção primária que garanta a integralidade do cuidado precisa ser planejada de forma integrada aos demais níveis de atenção do sistema e articulada com outras políticas públicas, associando acesso oportuno e resolutividade às ações de prevenção e promoção da saúde. Ao mesmo tempo que a APS se constitui como porta de entrada, impulsiona necessidades de cuidados que exigem continuidade da atenção e coordenação dos cuidados na rede de atenção¹⁴.

O contexto amazônico, marcado por injustiças ambientais, disputas territoriais e modelos de desenvolvimento que impactam diretamente o modo de vida das populações¹⁵, demanda organização dos serviços de saúde capazes de responder a intenso movimento migratório, maiores riscos laborais e até

situações de violência. Numa perspectiva mais abrangente, serviços que consigam atuar de forma articulada para impactar a redução de vulnerabilidades a que estão submetidas as populações. O exemplo mais explícito dentre os casos estudados foi o município de Jacareacanga. A forte atividade de garimpo ilegal em um município onde mais de 80% do território está inserido em terras indígenas ou unidades de conservação e a extração de ouro é proibida, atrela-se a crimes ambientais tais como desmatamento, queimadas, contaminação e assoreamento das águas, além de questões sociais gritantes tais como violências de gênero, prostituição e disputas de terra, inclusive de territórios indígenas.

A definição de Territórios Saudáveis e Sustentáveis (TSS) tem relação direta com a promoção da saúde e a forma como o serviço de saúde articula-se no território:

TSS são espaços relacionais e de pertencimento onde a vida saudável é viabilizada, por meio de ações comunitárias e de políticas públicas, que interagem entre si e se materializam, ao longo do tempo, em resultados que visam a atingir o desenvolvimento global, regional e local, em suas dimensões ambientais, culturais, econômicas, políticas e sociais¹⁶.

Logo, a territorialização de equipes e UBS exige arranjos diferenciados. Os resultados permitem identificar padrões de distribuição das UBS nos territórios, cujas especificidades estão relacionadas à presença de áreas de proteção ambiental e indígenas, às formas de territorialização adotadas pelos municípios, aos modos de concentração da população em localidades do interior e dispersão de famílias em territórios isolados. Tal realidade gera uma distribuição das UBS no interior dos MRR que não consegue abarcar todo o território.

A distribuição atual das UBS está condicionada aos contextos sociais, políticos, geográficos e demográficos. Não é possível, portanto, que incentivos federais estabeleçam um padrão uniforme de distribuição das UBS para todos

os territórios. Devem se orientar por planejamento local com participação social. Rurópolis é um exemplo de como o empenho municipal associado a iniciativas de participação social consegue produzir melhor territorialização. Prainha, por outro lado, mostra as imensas dificuldades geográficas nessa territorialização, em razão da população presente nas duas margens do rio Amazonas.

A delimitação da área de atuação dos ACS, em especial do interior, envolve uma territorialização mais fluida, por vezes com áreas não contíguas, demandando menor número de famílias por ACS, a depender da concentração da população no território. É essencial o apoio da SMS de transporte para deslocamentos, como observado em algumas localidades, via uso de moto ou pequena embarcação¹⁷.

Os esforços de territorialização das gestões municipais, contudo, podem, isoladamente, não ser suficientes para que a população adscrita procure o serviço definido. Sabe-se que dimensões tais como acessibilidade, disponibilidade do serviço e escopo de ações, organização dos processos de trabalho, longitudinalidade e vínculo influenciam a procura e a satisfação dos usuários em relação aos serviços de APS¹⁸⁻²⁰.

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

As modalidades de atenção da PNAB específicas para essas áreas, ESF ribeirinha e UBS fluvial estiveram pouco presentes nos casos estudados. Estudos sobre essas modalidades mostram indiscutíveis avanços de acessibilidade e cobertura da AB^{11,21}, embora, ainda que se proponham a oferta de cuidados rotineiros, predominam características de itinerância.

Apresentam desafios tais como curtos tempos de permanência em cada comunidade associados ao volume de comunidades a serem atendidas, envolvimento limitado do ACS e financiamento insuficiente para grandes deslocamentos e para manutenção de equipes²². Há problemas de sustentabilidade dessas equipes por custeio federal, em especial a UBS Fluvial, o que condiciona o funcionamento à contrapartida do município.

Modelos itinerantes ou serviços de visitas periódicas são frequentes em comunidades rurais remotas em diferentes países, com distintas conformações, visando a melhores resultados em saúde, maior continuidade e menores custos na assistência. Contudo, em geral, estão associados a outros modelos de intervenção com atendimentos contínuos²³. Exemplos de experiências internacionais são o Programa Mobile Integrated Community Health (MICH) nos EUA, que combina visitas domiciliares com telefonemas periódicos de acompanhamento e telessaúde, conforme a necessidade²⁴; ou o *Fly-in Fly-out* e *Drive-in Drive-out* no Canadá, que abarca diferentes formatos de deslocamentos ou viagens das equipes para as comunidades rurais por mais ou menos tempo, preferencialmente com um mesmo grupo de profissionais atendendo à mesma comunidade²⁵. Na realidade dos MRR estudados, embora o atendimento itinerante seja necessário, é necessário que se traduza não somente em ações esporádicas, mas em visitas periódicas e com maior resolutividade.

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

bem equipadas para atendimentos de urgência.

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

A disponibilidade contínua de profissionais de saúde representa um desafio em todo o mundo, cuja escassez de profissionais chega a ser mais que o dobro nas áreas rurais do que nas áreas urbanas²⁶. Dentre os fatores que dificultam a atração e fixação dos profissionais em áreas rurais estão os gastos elevados para manutenção de profissionais; carência em estrutura e insumos dos serviços; condições desfavoráveis de trabalho; qualificação profissional não voltada aos contextos rurais; e apoio insuficiente na Rede de Atenção à Saúde¹³.

Nos casos estudados, tal cenário impacta diretamente o modelo de equipes de atenção básica adotado pelos MRR e as estratégias de organização e oferta de serviços, convertendo ESF em EACS; ou equipes originalmente cadastradas em UBS do interior sendo alocadas na sede dos MRR e se deslocando para atendimento no interior.

Estudos internacionais classificam estratégias de atração e fixação profissional nos tipos educacionais, regulatórios e de suporte profissional e pessoal^{27,28}. A maior parte dos países da América do Sul mantém cooperação com Cuba para a provisão de médicos para a APS, além de investimentos em pós-graduações ou residências em medicina de família e comunidade²⁹ ou em estágio ou internatos de saúde rural na graduação de medicina. Estratégias regulatórias de atuação de recém-formados em áreas rurais e planos de carreiras, embora incomuns, são outros fatores de fixação profissional^{27,30}. Suporte profissional e pessoal é relativo à possibilidade de participação em treinamentos ou atualizações profissionais e

às necessidades familiares tais como moradia e educação para crianças²⁷.

Em cenários com importante insuficiência de profissionais, como no nosso cenário, a atuação colaborativa entre equipe multidisciplinar nas áreas rurais mostrou ser ainda mais importante para uma APS resolutive, demandando profissionais com escopo de atuação ampliado e com maior capacidade comunicativa e suporte clínico à distância.

Estudos australianos e norte-americanos exemplificam contribuição da telemedicina e telessaúde na ampliação do acesso e prestação de serviços, propiciando potencial economia de viagens, menor necessidade de atenção hospitalar, acompanhamento domiciliar regular mais eficiente e maior satisfação dos pacientes^{31,32}. No contexto deste estudo, tais estratégias ainda não foram incorporadas aos modelos de organização de serviços da APS em áreas rurais, salvo iniciativa pontual de uso de *tablet* por alguns ACS.

O estudo de casos múltiplos permitiu observar a diversidade de contextos e necessidade de organização da APS para atender às especificidades em MMR.

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

O município de Jacareacanga possui forte atividade de garimpo ilegal e predomínio de terras indígenas, exigindo articulação da SMS com o DSEI para garantia de atenção dos diferentes grupos populacionais. O aporte dos *royalties* de hidrelétricas trouxe alguns benefícios de estrutura assistencial tais como laboratório de entomologia e malária e abastecimento mais regular de medicamentos.

Contudo, é impactado por conflitos intensos de disputa pela terra e ambientais.

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

A organização de uma APS integral em áreas rurais remotas envolve forte articulação profissional, foco não apenas em médicos generalistas, gestão competente e adequada governança, abordagem holística com escopo ampliado de práticas, infraestrutura adequada, participação popular e enfrentamento dos determinantes sociais²³. As intervenções em saúde no contexto estudado precisam ser intersetoriais, visto a carência de infraestrutura em geral⁶.

Considerações finais

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

Modelos de organização que favoreçam a implantação de uma atenção primária integral em contextos rurais remotos podem abarcar recomendações como:

- Territorialização da APS dinâmica, orientada por contextos locais e participação social;
- Menor número de famílias sob responsabilidade dos ACS e equipes rurais, visto a necessidade de longos deslocamentos e a intenção de ampliar a capacidade de acompanhamento das famílias;
- Atendimentos itinerantes com visitas regulares ou periódicas, preferencialmente realizadas pela mesma equipe, enfatizando a longitudinalidade e continuidade do cuidado;
- Financiamento federal suficiente que contemple vulnerabilidades, distâncias, necessidades de transporte fluvial e terrestre, além das diversas modalidades itinerantes de equipes de atenção básica nas áreas remotas;
- Fortalecimento de políticas efetivas de provimento de profissionais de saúde em áreas rurais, a exemplo da experiência exitosa do PMM;
- Desenvolvimento de estruturas assistenciais na sede municipal para atendimento às urgências, parto de risco habitual, exames diagnósticos básicos clínicos e de imagem e internação nas clínicas básicas;
- Formação profissional adequada para estudantes de graduação e pós-graduação da área da saúde, abarcando teoria e práticas rurais desde a graduação, a exemplo dos internatos e estágios rurais e de residências em APS com ênfase em contextos rurais;
- Apoio técnico das secretarias estaduais de saúde e educação permanente para gestores e profissionais de saúde, com ênfase nas necessidades locais relacionadas à saúde rural;
- Incentivos financeiros e iniciativas de valorização da identidade cultural e regional rural;

- Investimentos em infraestrutura, insumos e equipamentos adequados, além de tecnologias de informação e comunicação com qualidade e constância que envolva a atenção especializada e possível suporte de telessaúde para atendimentos;
- Atuação das equipes ESF em conjunto com a vigilância em saúde para reconhecimento dos riscos laborais e ambientais e necessidades dos territórios, a exemplo de áreas endêmicas de malária ou de regiões de maior exposição;
- Processos de avaliação e qualificação específicos.

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

Agradecimentos

Agradecemos a todos os gestores, profissionais da atenção básica e usuários entrevistados, ao grupo da pesquisa 'Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil', aos professores e alunos do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Oeste do Pará que ajudaram na coleta de dados.

Colaboradoras

Lima JG (0000-0002-5576-0002)* e Giovanella L (0000-0002-6522-545X)* contribuíram para concepção e desenho do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e sua revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada. Fausto MCR (0000-0003-0746-3684)*, contribuiu para coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e sua revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada. Mendonça MHM (0000-0002-3917-9103)* contribuiu para análise e interpretação dos dados; revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Rev. Econ. Sociol. Rural.* 2005; 43(1):29-44.
2. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública.* 2018; 34(6):e00213816.
3. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017; 22(4):1225-34.
4. Confalonieri UEC. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. *Estud. av.* 2005; 19(53):221-36.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):81-99.
6. Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022; 27(4):1605-18.
7. Wakerman J. Defining Remote health. *Aust. j. rural health*. 2004; 12(5).
8. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(supl1):7-27.
9. Fausto MCR, Fonseca HMS, Penzin VM, coordenadores. *Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais e Remotos no Brasil: relatório final*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ensp; 2020. [acesso em 2022 dez 12]. Disponível em: <https://apsmrr.ensp.fiocruz.br/categoria/biblioteca/literatura-selecionada/nossas-publicacoes/page/3/>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil – Uma primeira aproximação – 2017*. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
11. Lima RTS, Fernandes TG, Martins PJ, et al. Saúde em vista: uma análise da atenção primária à saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021; 26(6):2053-64.
12. Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS, et al. Contexto e organização da Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos, Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(11):e00255020.
13. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção Primária à Saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(7):e00310520.
14. Almeida PF, Gêrvas J, Freire JM, et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde debate*. 2013; 37(98):400-15.
15. Porto MF, Pacheco T, Leroy JP, organizadoras. *Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o mapa de conflitos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
16. Machado JMH, Martins WJ, Souza MSS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Comun. Ciênc. Saúde*. 2017 [acesso em 2023 out 4]; 28(2):243-9. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/territorio_%20saudaveis_%20sustentaveis.pdf.
17. Baptistini RA, Figueiredo TAM. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. *Amb. soc*. 2014; 17(2):53-70.
18. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
19. Moraes VD, Campos CEA, Brandão AL. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis (Rio J)*. 2014; 24(01):127-6.
20. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):13-33.
21. El Kadri MR, Santos BS, Lima RTS, et al. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e180613.
22. Garnelo L, Parente RCP, Puchiarelli MLR, et al. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health*. 2020; 19(54).
23. Wakerman J, Humphreys JS, Wells R, et al. Primary health care delivery models in rural and remote Aus-

- tralia – a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8:276.
24. Centro de Informações de Saúde Rural. RHIHub: Queen Anne's County Mobile Integrated Community Health (MICH) Program. [Sem local]: Rural Health Information Hub; 2021.
25. Carey TA, Sirett D, Wakerman J, et al. What principles should guide visiting primary health care services in rural and remote communities? Lessons from a systematic review. *Aust J Rural Health.* 2018; 26(3):146-56.
26. Scheil-Adlung X. International Labour Office (ILO). Global evidence on inequities in rural health protection. New data on rural deficits in health coverage for 174 countries. ESS document n 47. Geneva: ILO; 2015.
27. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015; 6:CD005314.
28. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: WHO; 2010.
29. Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(supl2):e00118816.
30. Working Party on Rural Practice. Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(supl1):15-24.
31. Meade B, Dunbar J. A virtual clinic: telemetric assessment and monitoring for rural and remote areas. *Rural Remot. Healt.* 2004; 4(3):296.
32. Totten AM, Womack DM, Eden KB, et al. *Telehealth: Mapping the Evidence for Patient Outcomes from Systematic Reviews.* AHRQ Publication. 2016; 16:EHC034-EF.

Recebido em 16/06/2023

Aprovado em 08/09/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Ministério da Saúde e Fundação de Amparo à Fiocruz pelo financiamento da pesquisa. Lima JG, foi bolsista de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Código de financiamento 001. Giovanella L, é bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). 311762/2015-8