

Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios

Primary Health Care sustainability in rural remote territories at the fluvial Amazon: organization, strategies, and challenges

Márcia Cristina Rodrigues Fausto (<https://orcid.org/0000-0003-0746-3684>)¹

Ligia Giovanna (<https://orcid.org/0000-0002-6522-545X>)¹

Juliana Gagno Lima (<https://orcid.org/0000-0002-5576-0002>)²

Lucas Manoel da Silva Cabral (<https://orcid.org/0000-0001-6144-8050>)³

Helena Seidl (<https://orcid.org/0000-0002-1255-5041>)¹

Abstract *The article analyzes singularities of the Primary Health Care (PHC) organization in rural remote municipalities (RRM) in the Amazon under the influence of rivers and discusses challenges for comprehensive care in the Unified Health System (SUS). This is a qualitative and quantitative study of multiple cases in seven RRM through the analysis of interviews with managers, visits to services and secondary data. The RRM of the fluvial Amazon are small, with a sparse, dispersed population living in conditions of social vulnerability. Long distances, rivers and transport irregularities interfere with access to PHC services. The Family Health Strategy is implemented in the municipal system, however areas without assistance coverage, unavailability of PHC services and adaptations to the Strategy imposed by the characteristics of the context remain. The challenges are related to the financing, provision and fixation of the workforce and barriers of geographic access compromise the PHC response capacity in SUS. PHC sustainability requires strategic measures, resources and actions from multiple sectors and public agents; national support policies with feasibility for local execution, so that PHC services are established and make sense in such unique spaces.*

Key words *Primary health care, Rural health, Amazônia*

Resumo *O artigo analisa singularidades da organização Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios rurais remotos (MRR) da Amazônia sob influência dos rios e discute desafios para atenção integral no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de estudo qualitativo e quantitativo de casos múltiplos em sete MRR mediante a análise de entrevistas com gestores, visitas a serviços e dados secundários. Os MRR da Amazônia fluvial são pequenos, com população rarefeita, dispersa vivendo em condições de vulnerabilidade social. Longas distâncias, regime dos rios e irregularidade dos transportes interferem no acesso aos serviços de APS. A Estratégia Saúde da Família está implementada no sistema municipal, contudo permanecem áreas sem cobertura assistencial, indisponibilidade de serviços de APS e adaptações à Estratégia impostas pelas características do contexto. Os desafios estão relacionados ao financiamento, provisão e fixação da força de trabalho, e barreiras de acesso geográfico comprometem a capacidade de resposta da APS no SUS. A sustentabilidade da APS exige medidas estratégicas, recursos e ações de múltiplos setores e agentes públicos; políticas de suporte nacional com viabilidade para execução local, para que os serviços de APS se estabeleçam e façam sentido em espaços tão singulares.*

Palavras-chave *Atenção primária à saúde, Saúde rural, Amazônia*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480 Manguinhos, 21041-210. Rio de Janeiro RJ Brasil. marciafausto@ensp.fiocruz.br

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Oeste do Pará. Santarém PA Brasil.

³ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Dilemas relativos à organização e disponibilidade de serviços de saúde em áreas localizadas fora do eixo urbano, com baixa densidade demográfica e pequeno porte populacional não é singularidade brasileira. Apesar das diferenças entre países, o acesso nas áreas rurais remotas é crítico em todo o mundo¹. São contextos moldados por fatores geográficos, ambientais, políticos, econômicos, históricos, culturais e sociais, singulares, que se interconectam e, juntos criam um cenário complexo para o desenvolvimento das práticas e do acesso à saúde^{1,2}.

Países ocidentais, como Canadá e Austrália, com grandes extensões territoriais, populações dispersas e áreas isoladas, têm avançado na proposição de políticas para garantir viabilidade a atenção à saúde em áreas remotas. Os modelos propostos para estes contextos buscam fazer ajustes entre provisão da Atenção primária à Saúde (APS), condições de acesso geográfico e necessidades locais³. Os principais desafios estão relacionados a desvantagens socioeconômicas das populações rurais, má distribuição da força de trabalho e falta de recursos em saúde⁴⁻⁶. Apesar dos avanços decorrentes de políticas específicas para localidades rurais remotas, o acesso continua sendo um aspecto crítico nos sistemas de saúde projetados para garantir o provimento equitativo de APS adequada e apropriada^{3,7}. Persistem importantes lacunas entre expectativas da comunidade e a real prestação de serviços de saúde⁸.

No Brasil, a definição de áreas rurais remotas é recente, o que aponta para a incipiência de políticas públicas específicas para estes contextos. A Amazônia brasileira é território marcado por rarefação populacional, grandes distâncias e isolamento. Em parte dela, os rios constituem-se em meio exclusivo de interconexão. Estudos demonstram haver descolamento entre as políticas de caráter nacional e as realidades locais, sugerindo ser imperativo construir políticas diferenciadas dentro da região⁹⁻¹¹.

Assim, quais seriam os desafios e as estratégias da gestão municipal para conferir sustentabilidade aos serviços de APS em territórios rurais remotos da Amazônia brasileira? Quais elementos organizacionais contribuem ou comprometem a capacidade de respostas da APS no Sistema Único de Saúde (SUS)?

O objetivo deste artigo é analisar as singularidades da organização da APS em municípios rurais remotos da Amazônia em localidades sob

forte influência da dinâmica dos rios e discutir os desafios para a garantia de atenção integral no SUS nestes territórios.

Aspectos metodológicos

Este artigo discute parte dos resultados da pesquisa “Atenção Primária à Saúde e territórios rurais e remotos no Brasil”, cujo objetivo foi analisar as singularidades da organização e do uso dos serviços de APS nos territórios rurais remotos brasileiros. O estudo partiu da caracterização dos 323 municípios rurais remotos (MRR), segundo classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹², que foram por nós tipificados em seis áreas com dinâmicas socioespaciais peculiares: Semiárido; Matopiba, Vetor Expansão Centro-Oeste; Norte de Minas; Norte Águas e Norte Estrada¹³.

Para definição da amostra, caracterizamos os 62 MRR Norte Águas, considerando as características demográficas, econômicas e sociais destes municípios. Posteriormente foram selecionados intencionalmente MRR com características mais comuns e incomuns no território Norte Águas, de modo a incluir municípios de diferentes estados com características diversificadas. Chegamos a uma amostra de sete MRR: Prainha, Curuá, Aveiro, Melgaço no Pará; Maués e Boa Vista do Ramos no Amazonas; e Vitória do Jari no Amapá.

Este artigo analisa as singularidades da organização da APS em sete MRR, os fatores e processos que facilitam ou dificultam sua efetivação e os desafios para a garantia do acesso na APS. Trata-se de estudo de casos múltiplos com abordagem qualitativa-quantitativa, mediante entrevistas semiestruturadas e dados secundários de acesso público.

Foram analisadas 13 entrevistas com Secretário Municipal de Saúde (6) e Coordenador de Atenção Básica (7). Entre os entrevistados a maioria era do sexo feminino (9) principalmente na coordenação da Atenção Básica (6). Os gestores concentram-se na faixa etária de 30 a 40 anos de idade (9); com nível superior completo, predomínio de graduação em enfermagem (10), mais de 10 anos de formados (9), tempo na gestão variando entre menos de 3 meses e 1 ano (6) e de 2 a 4 anos (7) e experiência pregressa em gestão antes de assumir o cargo (7). Os Secretários Municipais de Saúde tinham cargo comissionado e os Coordenadores de Atenção Básica exerciam o cargo mediante contrato por tempo determinado (4) ou eram estatutários da Prefeitura (3).

O trabalho de campo ocorreu entre maio e novembro de 2019, com visitas aos municípios e Unidades Básicas de Saúde (UBS) da sede e do interior de cada município-caso e entrevistas presenciais gravadas com gestores municipais de saúde sobre a organização, estratégias e desafios da APS no SUS, com duração média de duas horas e meia e posterior transcrição na íntegra para a produção dos dados e categorização do conteúdo.

As entrevistas foram guiadas por roteiros semi-estruturados e multidimensionais, elaborados de modo a criar possibilidades de análises trianguladas e transversais, abrangendo o máximo de informações para análise de casos múltiplos em profundidade¹⁴.

Para a elaboração dos resultados realizou-se a análise de conteúdo temática. A partir da leitura do material empírico foram identificados temas relacionados à provisão e ao acesso a APS. A segunda etapa da leitura envolveu síntese e interpretação do material, posteriormente organizado em três dimensões temáticas, as quais estruturam a apresentação dos resultados: características socioespaciais dos municípios rurais remotos, composta pelas categorias aspectos socioeconômicos e demográficos, e acesso geográfico; APS no SUS municipal que engloba cobertura e (in)disponibilidade dos serviços, e adaptações das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) à realidade Amazônica – múltiplos formatos de organização da APS; e desafios para a garantia do acesso a APS, abrangendo financiamento e oferta de serviços de APS; provisão e fixação de profissionais; e acesso geográfico e mobilidade para o cuidado em saúde.

Para caracterização socioespacial dos MRR, cobertura e disponibilidade de serviços no SUS municipal, além da fonte primária, utilizou-se dados secundários de acesso público: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica; e outras informações disponíveis em bancos de dados de acesso público; Ministério do Desenvolvimento Social; Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor público brasileiro.

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

Resultados

Características socioespaciais dos municípios rurais remotos

Aspectos socioeconômicos e demográficos

Os sete MRR estudados encontram-se imersos no vasto território Amazônico, parte deles agregam áreas de proteção ambiental e têm o rio como fio condutor do modo de organização social e econômica das comunidades locais. A mesma água que alaga os territórios de várzea é a água que desaparece no período da vazante. Os povos tradicionais estão presentes nestes municípios, antes mesmo de serem concebidos como unidades administrativas. As comunidades ribeirinhas povoadas por pescadores, agricultores e extrativistas caracterizam o modo de vida da população que vive no interior, fora da sede dos municípios.

Os rios possibilitam a mobilidade, atraem populações e viabilizam a comunicação entre os diversos espaços sociais. São responsáveis pela maior parte das fontes de renda da população ribeirinha, transformando sazonalmente a terra, a utilização do espaço e o modo de vida dessa população, em constante adaptabilidade^{15,16}.

Entre muitas similaridades, os MRR apresentam diferenças que se expressam nos meios de acesso, características da população e formas de uso dos territórios. A Tabela 1 apresenta informações sobre as características socioeconômicas e demográficas dos MRR do território que aqui denominamos de Amazônia fluvial.

São pequenos municípios com áreas remotas e de difícil acesso, quase todos com mais da metade de sua população residindo fora da sede municipal. A rarefação e dispersão populacional nos interiores é fenômeno comum. Municípios com maiores extensões territoriais também são os que apresentam áreas mais rarefeitas.

Os MRR são pouco atrativos, marcados por expressiva vulnerabilidade social. A economia municipal sustenta-se em transferências intergovernamentais e pelas atividades da administração pública. A agricultura, a pecuária, a pesca e o extrativismo são principalmente de base familiar e importante meio de subsistência para a população do interior.

Questões relacionadas ao meio ambiente são muito expressivas nestes municípios (conflitos de terra, desmatamento, poluição dos rios) e impactam nas condições de vida e de saúde das populações.

Tabela 1. Características sociais, demográficas e ambientais, municípios rurais remotos Amazônia fluvial, Brasil, 2019.

Municípios	Boa						
	Vista do Ramos (AM)	Maués (AM)	Aveiro (PA)	Curuá (PA)	Prainha (PA)	Melgaço (PA)	Vitória do Jari (AP)
População estimada (hab.) ¹	19.207	63.905	16.388	14.393	29.866	27.654	15.931
% população rural ²	53%	52%	87%	53%	73%	78%	18%
População cadastrada e vinculada ³	8.997	30.756	5.069	9.757	19.688	2.666	9.019
Área (km ²) ⁴	2.586,8 km ²	39.989,9 km ²	17.073,8 km ²	1.431,2 km ²	14.786,7 km ²	6.774 km ²	2.482,9 km ²
Densidade demográfica (hab./km ²) ⁴	5,79 hab/km ²	1,31 hab/km ²	0,93 hab/km ²	8,56 hab/km ²	1,98 hab/km ²	3,66 hab/km ²	5,01 hab/km ²
IDHM ⁴	0,57 (Baixo)	0,59 (Baixo)	0,54 (Baixo)	0,58 (Baixo)	0,52 (Baixo)	0,41 (Muito Baixo)	0,58 (Baixo)
Renda <i>per capita</i> ⁴	R\$ 175,55	R\$ 244,30	R\$ 148,71	R\$ 180,94	R\$ 193,32	R\$ 135,21	R\$ 309,39
% da população beneficiárias PBF ⁵	52,22	57,71	48,77	62,21	94,23	70,29	56,04
% população beneficiária de plano de saúde ⁶	0,19	0,70	0,43	0,30	0,18	0,04	3,10
Renda domiciliar menor que ½ salário mínimo ⁷	82,02	76,63	84,84	84,05	83,00	89,38	68,47
% da população em domicílios com banheiro e água encanada ¹	36,65	40,49	24,13	19,07	16,04	13,39	24,90
Taxa de Analfabetismo (%) da população com 15 anos ou mais ⁴	7,97	10,28	13,71	14,43	17,41	36,68	14,72
% da população em domicílios com energia elétrica ⁴	77,04	76,82	76,24	84,40	63,39	64,06	94,11
% da população em domicílios com coleta de lixo ⁴	88,32	97,43	53,95	36,72	50,90	83,13	99,83
% de extremamente pobres ⁴	40,05	34,31	41,63	38,99	42,50	43,92	22,33
% da Adm. Pública e seguridade social no PIB ⁷	60	56	42	52	39	68	73
% Receita transf. Intergovernamentais ⁷	85,99	60,40	98,54	97,83	96,45	99,06	94,27
Área de Preservação Ambiental ²	Não há	Floresta Estadual de Maués; Floresta Nacional de Pau-Rosa; e Terra indígena Andirá-Marau	Floresta Nacional do Tapajós (FLONA); Terra Indígena Andirá-Marau; e Parque Nacional da Amazônia	Não há	Reserva Extrativista Renascer	Reserva Extrativista Gurupá-Melgaço; e Floresta Nacional de Caxiuanã	Estação Ecológica do Jari (fora do município)

Legenda: Programa Bolsa Família (PBF); Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)

Fonte: ¹ IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – competência dez/2019 | ² MOPS - Mapas Estratégicos para Políticas de Cidadania – competência dez/2019 | ³ SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, Painel de Cadastro. Competência – 1ª quadrimestre de 2020 | ⁴ PNUD - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – Censo, 2010 | ⁵ MDS - Ministério do Desenvolvimento Social, painel do Bolsa Família e Cadastro Único no seu município – competência dez/2019 | ⁶ ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar – competência dez/2019 | ⁷ SICONFI - Secretaria do Tesouro Nacional – competência dez/2019.

Acesso geográfico

As longas distâncias percorridas entre interior e sede municipal são expressivas e os tempos de deslocamento não são fixos. A Tabela 2 apresenta as formas de deslocamento habitualmente feitas pelos usuários em busca de atendimento nos serviços de saúde e demonstra que nestes contextos há intrínseca relação entre tipo de transporte, tempos e custo de deslocamento.

O regime dos rios, o tipo de embarcação, o quantitativo de pessoas e objetos carregados são variantes que alteram os tempos de deslocamento. A fase cheia dos rios favorece a navegação e melhora a trafegabilidade. Nos acessos terrestres o período chuvoso é o mais difícil para trafegar e os tempos de deslocamento estão relacionados ao tipo de transporte e as condições da estrada. O fenômeno da cheia dos rios também implica no processo migratório de famílias, já que as áreas ribeirinhas ficam inundadas.

Na fase da vazante, a seca dos rios restringe o uso de embarcações e dificulta o deslocamento. O isolamento, condição rotineira, torna-se extremo neste período e dificulta ainda mais a mobilidade dos ribeirinhos.

A irregularidade do sistema de transporte dificulta a conexão entre áreas do interior com a sede municipal e com a região, situação que limita ou impede a mobilidade das pessoas para acessar serviços disponíveis apenas em áreas mais concentradas.

APS no SUS municipal

Cobertura e disponibilidade de serviços

Nos MRR a APS está organizada com base nas diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF) proposta pelo Ministério da Saúde (MS), com cobertura populacional potencial entre 69 e 100%. Como se pode observar na Tabela 3, em todos os municípios há UBS com Equipes de Saúde da Família (EqSF) completas com médicos do Programa Mais Médicos (PMM), Agentes comunitários de Saúde (ACS) e Equipes de Saúde Bucal (EqSB), além de outros tipos de equipes (EqSF fluviais, EqSF ribeirinhas, Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS) também previstas e financiadas pelo MS. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), dispositivo para ampliar a cobertura e melhorar a capacidade resolutiva da APS estão presentes nos municípios, com particularidades.

Os serviços de APS constituem-se em único, principal e primeiro recurso procurado pelos usuários quando buscam por cuidado em

Tabela 2. Formas habituais de deslocamento dos usuários até a UBS, municípios rurais remotos Amazônia fluvial, Brasil, 2019.

Municípios	Boa Vista do Ramos (AM)		Maués (AM)		Aveiro (PA)		Curuá (PA)		Prainha (PA)		Melgaço (PA)		Vitória do Jari (AP)		
	Sede	Interior	Sede	Interior	Sede	Interior	Sede	Interior	Sede	Interior	Sede	Interior	Sede	Interior	
Formas habituais de deslocamentos	A pé; moto	Moto e embarcações*	A pé; embarcações*	Embarcações*	A pé e embarcações*	Embarcações*	Motos / mototáxi, a cavalo ou embarcações*	A pé; moto	Moto e embarcações*	A pé; Moto; carro	Moto; carro ou transporte escolar	A pé	Embarcações*	A pé	Embarcações*
Tempo gasto pelo usuário para acessar a UBS	00:40	12h:00	2h:30	24h:00	1h:00	4h:00	4h:00	00:40	12h:00	1h:00	4h:00	00:40	16h:00	00:30	8h:00
Custo com condução para ir e voltar da UBS (R\$)?	6,00	100,00	40,00	400,00	10,00	60,00	60,00	6,00	100,00	8,00	-	6,00	200,00	-	480,00

Legenda: * Embarcações: podem ser diferentes tipos, como: Barcos de linha (são barcos com trajetos e preços de passagens fixos); Barcos de recreio (são embarcações voltadas ao desporto ou atividades recreativas. No entanto, regionalmente é comumente designado também para embarcações que transportam passageiros e cargas); Barcos de cargas e passageiros (também conhecidos como barcos mistos, que fazem o transporte de mercadorias e de passageiros de uma localidade a outra (ponto-à-ponto). Barcos de motor (incluem as "voadeiras", "rabetas" e as "rabetinhas". São barcos com motores de propulsão acoplados. A variação para rabetinhas é devido a forma mais simplificada dela); Canoa (é o barco de menor porte, mais simples e movido a remo); Bajaras (muito semelhante da canoa, contudo, é coberta por um toldo ou uma lona); Rabeta ou Motor (a diferença entre os dois é o fato de o motor estar fixo ou não na embarcação). Costumam ter motores mais fracos o que as tornam mais lentas.

Fonte: Banco de dados da pesquisa "Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos no Brasil".

Tabela 3. Indicadores de Atenção Básica e Caracterização dos equipamentos de saúde, municípios rurais remotos Amazônia fluvial, Brasil, 2019.

Município	Boa Vista do Ramos (AM)	Maués (AM)	Aveiro (PA)	Curuá (PA)	Prainha (PA)	Melgaço (PA)	Vitória do Jari (AP)
Indicadores de Atenção Básica							
Nº total de UBS/ Posto de saúde ¹	3	12	6	7	12	10	7
Nº total EqSF ²	6	15	6	5	6	5	6
Nº Eq. ESF Fluvial ²	-	1	-	-	-	1	-
Nº Eq. ESF Ribeirinha ²	4	1	-	1	-	2	-
N Eq Saúde Bucal ²	1	10	1	1	4	1	3
Nº Eq. EACS ²	-	-	-	1	3	2	-
Nº Eq. NASF ²	1	1	-	1	-	1	1
Nº Agentes Comunitários de Saúde ²	61	148	54	34	94	66	51
Cobertura ESF ³	100 %	93,46 %	100 %	100 %	69,26 %	75,51 %	100%
Caracterização dos equipamentos de saúde							
Hospital de Pequeno Porte ²	01	01	-	-	-	01	-
Nº de Leitos ²	22	90	-	-	31	16	08
Unidade Mista ²	-	-	01	01	01	-	01
Unidade Fluvial ²	-	01	-	-	-	01	-
Unidade Móvel Terrestre ²	-	-	01	01	01	-	-
SAMU ²	-	-	-	-	-	-	-
Unidade de Atenção à Saúde Indígena ²	-	05	-	-	-	-	-
Unidade de Vigilância em saúde ²	01	01	-	01	-	01	01
CEO ²	-	01	-	-	-	-	-
CAPS ²	01	01	-	-	-	01	-
Farmácia ²	-	01	-	-	-	-	-
Clínica / Centro de Especialidades ²	-	03	-	-	-	-	-
Academia da saúde ²	01	01	-	-	01	01	-

Legenda: Unidade Básica de Saúde (UBS) | Saúde da Família (EqSF) | Estratégia Saúde da Família (ESF) | Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) | Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) | Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) | Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Fonte: ¹ Banco de dados da pesquisa | ² SCNES – Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – competência, 2019 | ³ E-Gestor Atenção Básica – Informação e Gestão da Atenção Básica – competência, 2019.

saúde. Apesar da ESF estar implementada nos MRR, a provisão da APS em áreas mais remotas e de difícil acesso mostra-se desafiadora quando se almeja a cobertura universal. As dificuldades para disponibilizar serviços de APS em áreas de difícil acesso e com população rarefeita impõem aos gestores municipais a necessidade de criar alternativas organizacionais por dentro da ESF. Ainda assim permanecem áreas sem cobertura assistencial.

O modelo de financiamento e de organização propostos para a APS mostram-se limitados para estes contextos, diante dos desafios para realização de cadastramento e oferta de serviços para famílias que vivem em áreas isoladas. A existência de populações indígenas que não contabilizam para a cobertura da ESF também surge como

questão que impacta no cálculo de cobertura e do financiamento da APS.

Os sistemas de saúde municipais abarcam variados tipos de estruturas para a oferta de serviços de APS: UBS convencionais, pequenos postos de saúde, unidades fluviais, unidades móveis terrestres. Todos dispõem de algum tipo de estrutura para realizar primeiro atendimento às situações emergenciais, inclusive para atenção ao parto de baixo risco (Prainha). Os serviços de pronto atendimento também foram mencionados como opção de acesso nos dias e horários em que as UBS não estão em funcionamento ou quando localizados mais próximos do que a UBS.

Na maioria dos casos, são serviços com pouca capacidade resolutiva, estruturados em centros de saúde ou unidades mistas que funcionam 24

horas com médico, profissionais de enfermagem (enfermeiro e técnicos de enfermagem), em alguns casos sem o profissional médico. Três municípios dispõem de hospital de pequeno porte com funcionamento 24 horas que além de atender urgências e emergências, possui leitos obstétricos, clínicos e cirúrgicos (Maués, Boa Vista do Ramos e Melgaço). Academia da Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), estão menos presentes nos municípios.

Com relação à vinculação e territorialização, verificou-se que na sede municipal a população está vinculada a EqSF de referência por áreas de atuação definidas. No interior a lógica da adscrição raramente se mantém, sendo frequente a vinculação de usuários residente no interior a equipes que atuam em UBS localizadas na sede municipal. Para viabilizar o acesso e disponibilidade da oferta a toda população, em alguns municípios observou-se haver concentração de certos serviços em UBS maiores e de localização central, a exemplo da saúde bucal em Melgaço e de consulta ginecológica em Melgaço, Maués e Vitória do Jari.

Nestas UBS busca-se garantir a priorização das famílias do interior, havendo menos rigidez nos horários e dias de atendimentos programados. Mesmo para a realização do trabalho do ACS verificou-se haver junção de pequenas comunidades ribeirinhas, as vezes com distâncias expressivas, para o acompanhamento do número mínimo de família.

Na maior parte dos municípios as condições estruturais das UBS em áreas rurais não permitem a realização das mesmas ações ofertadas nas unidades da sede municipal, exceto em Aveiro e Boa Vista do Ramos onde as UBS localizadas no interior tinham condições estruturais superiores às da sede, com equipamentos para atender situações de urgência. As diferenças entre UBS da sede e do interior estavam principalmente na disponibilidade de ações (saúde bucal, vacinação, medicamentos, coleta de exames laboratoriais) e na composição das equipes. A dispensação de medicamentos ocorre na maioria das UBS, porém é descontínua e insuficiente principalmente nas unidades do interior. Para os exames laboratoriais, a coleta de material biológico é feita em unidades de saúde da sede, com estratégias diversificadas entre os municípios.

O uso de ferramentas de tecnologias da informação e comunicação (TIC) é incipiente. O sistema de informação na APS está estabelecido em todos os municípios, porém a maioria funcio-

nando *off-line*, com preenchimento das fichas de Coleta de Dados Simplificados (CDS) nas UBS e encaminhadas para digitação e transmissão no sistema e-SUS-AB. As UBS estão informatizadas, porém poucas dispõem de conectividade. A implantação de prontuário eletrônico só foi observada em UBS, sede e interior, de Boa Vista do Ramos e Prainha.

Dificuldades para o uso de Telessaúde ou Telemedicina foram reportadas, mesmo entre os municípios com alguma experiência no uso para consulta com especialistas (Melgaço) e capacitação profissional (Maués). As dificuldades foram atribuídas a falhas de conectividade, de energia elétrica e as limitações de transmissão via rádio, principalmente no interior.

O aplicativo *WhatsApp* é comumente utilizado entre gestores, profissionais das EqSF e usuários para transmissão diversificada de informações: orientações sobre cuidado ao usuário, envio de produção, envio de informações de prontuários eletrônicos.

Nas áreas mais remotas, radiotransmissor e rádio local são formas de comunicação importantes, especialmente quando não há acesso ao telefone e à internet.

Adaptações das diretrizes da PNAB à realidade Amazônica – múltiplos formatos de organização da APS

A ESF está implementada nos MRR, porém com adaptações impostas pelas características do contexto amazônico fluvial. Os ajustes feitos pela gestão local visam principalmente garantir o acesso a APS nas áreas mais remotas, mas nem sempre assegurando a continuidade e a integralidade do cuidado.

A Tabela 4 mostra como são variados e conjugados os formatos de organização da oferta de APS. Coexistem modalidades induzidas por políticas do governo federal e iniciativas do governo local. Entre as modalidades de equipes e unidades de saúde destaca-se: Equipes de ACS (EACS); Equipes ESF Ribeirinhas (EqSFR); EqSFR ampliadas; EqSF itinerantes; UBS Fluvial e pontos de apoio das UBS no interior.

O PMM mostrou-se crucial para a manutenção das EqSF completas em MRR. A chegada de médicos do programa nos municípios ampliou a cobertura ESF e possibilitou aos gestores locais investir na contratação de outros profissionais para a APS. Em alguns casos, o PMM permitiu, inclusive, investimento municipal na contratação de médicos especialistas para promover retaguarda e maior resolutividade da APS. Contudo, per-

Tabela 4. Estratégias para organização da Atenção Básica e acesso da população residente em áreas do interior, municípios rurais remotos Amazônia fluvial, Brasil, 2019.

Estratégias	Boa Vista do Ramos (AM)	Maués (AM)	Aveiro (PA)	Curuá (PA)	Prainha (PA)	Melgaço (PA)	Vitória do Jari (AP)
eSF - Equipe de Saúde da Família*	x	x	x	x	x	x	x
eqSFR - Equipes eSF Ribeirinhas	x			x			
EACS - Equipes Agentes Comunitários de Saúde				x	x		
Eq ESF - Equipes eSF quilombola/assentamento			x				
Equipes com médicos do Programa Mais Médicos/Médicos pelo Brasil	x	x	x	x	x	x	x
Todos os usuários (sede e interior) cadastrados em UBS na sede		x				x	
Usuários cadastrados em UBS da área de residência (sede ou interior)	x		x	x	x		x
UBS na sede com Equipes ESF específicas para atender população do interior	x	x	x	x		x	
Equipe ESF ou ESFR fica em UBS na sede e desloca para atuar nas UBS ou pontos de apoio em áreas do interior	x	x		x	x	x	x
Equipe ESF realiza mutirões ou ações itinerantes em áreas descobertas pela Estratégia Saúde da Família, inclusive sem ACS	x	x	x	x	x	x	x
Equipe ESF ou ESFR reside em áreas do interior	x						
Equipe ESF ou ESFR fica em períodos do mês em áreas do interior	x		x			x	x
Enfermeiros, técnicos de enfermagem ou ACS executam ações ampliadas	x	x			x	x	
Profissional de saúde (nível médio ou superior) faz sobreaviso 24h para garantir o atendimento aos usuários em caso de urgência	x	x	x	x		x	x
Uso do <i>WhatsApp</i> como meio de comunicação para gestão e profissionais	x	x			x		x
UBS em áreas do interior	x		x		x	x	
UBS Fluvial		x				x	
Pontos de apoio ou UBS com profissional de saúde (nível médio ou superior) residindo próximo ou na unidade	x		x	x	x	x	x
Pontos de apoio ou UBS com meio de transporte para em caso de urgência levar o usuário para serviço de saúde na sede	x		x	x		x	
Utilização de espaço da escola como ponto de apoio para realização das ações de saúde itinerantes ou mutirões			x	x			
Ambulância ou ambulancha busca e leva usuário das áreas do interior, em situação de urgência e emergência, para serviço de saúde na sede	x	x	x	x	x	x	
Equipe ESF ou ESFR dispõe de transporte para deslocamentos em áreas do interior	x	x		x		x	x
ACS que atua no interior dispõe de rabetá para realizar visita domiciliar	x	x				x	

Fonte: Banco de dados da pesquisa "Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos no Brasil".

manecem dificuldades para manutenção de EqSF completas nos interiores e permanecem áreas descobertas e enormes desafios para a ampliação do acesso na APS em áreas de difícil acesso.

Chama-nos atenção que modalidades voltadas para favorecer o acesso no contexto fluvial (como EqSFR e UBSF), financiadas pelo MS, es-

tão pouco implantadas. A permanência de profissionais de nível superior em áreas ribeirinhas foi verificada apenas em municípios que implantaram EqSFR, revelando-se como estratégia potente para o vínculo e cuidado longitudinal. Estas equipes, embora financiadas pelo Governo Federal, são complementadas com recursos mu-

nicipais para manutenção de infraestrutura, acomodação dos profissionais e alimentação.

Foram identificados modelos ampliados de EqSFR com a inclusão de mais profissionais, além da equipe mínima e com formas diversificadas de atuação: EqSFR que deslocam da sede para atuar de maneira permanente em UBS de área ribeirinha e EqSFR que atuam de forma itinerante, principalmente nas áreas mais remotas e isoladas, com periodicidade das ações e permanência nas comunidades visitadas; ações sistemáticas para o acompanhamento de programas prioritários (pré-natal, crescimento e desenvolvimento infantil, hipertensão e diabetes) e ações pontuais de caráter campanhista, como vacinação e exame preventivo do câncer de colo de útero. A indisponibilidade de serviços de APS em áreas de difícil acesso propicia o predomínio de ações de saúde itinerantes e pontuais para as populações residentes nas localidades mais remotas.

A UBSF é considerada recurso potente para a provisão da APS em áreas ribeirinhas de difícil acesso, inclusive para os gestores que não dispunham deste recurso em seus municípios. A unidade fluvial é fornecida pelo MS com repasse mensal de recurso financeiro, mediante credenciamento. Todavia, há investimento significativo por parte da gestão municipal no custeio das ações e manutenção da embarcação. A equipe fixa da UBSF é complementada por EqSF responsáveis pelo acompanhamento de populações de áreas do interior, com ações programadas em intervalo médio de 45 dias para alcançar de forma intermitente populações com grandes dificuldades de acesso. A UBSF comporta todas as ações realizadas em UBS convencional, todavia prevalecem as ações itinerantes, sem a garantia do vínculo com EqSF de referência e a continuidade do cuidado.

É comum a estruturação de pontos de apoio nas áreas do interior para realização de ações de saúde por EqSF que se deslocam da sede. São unidades que contam com a presença de pelo menos um técnico de enfermagem, fixo na unidade, que atua de sobreaviso 24 horas para atendimentos de urgências. Alguns pontos de apoio dispõem de transporte para levar o usuário até o serviço de saúde na sede, caso necessário. O argumento para manutenção deste tipo de estrutura é mitigar os efeitos das barreiras geográficas e da ausência de EqSF e viabilizar o acesso oportuno nas situações de urgência.

O sobreaviso é uma forma de atendimento comumente utilizada em áreas rurais, fora do horário habitual das UBS e nos fins de semana.

Em caso de urgência, o profissional de sobreaviso (em geral técnico de enfermagem ou enfermeiro que residem na localidade) é acionado, pelo paciente ou pelo ACS. Dependendo da gravidade do caso, o usuário é direcionado para unidades da sede em transporte sanitário, quando disponível.

Os entrevistados foram unânimes em considerar que o ACS é o profissional que está presente nas áreas rurais. É, muitas vezes, o único representante do SUS nas localidades mais remotas. O ACS exerce papel crucial junto às EqSF, cumprindo a função de mediador entre a equipe e a comunidade e facilitador do acesso ao serviço de saúde.

As ações de saúde executadas pelo ACS tendem a ser diferenciadas entre os que atuam na sede ou no interior dos municípios. As distâncias entre as microáreas e o quantitativo de pessoas residentes nos povoados definem o número de pessoas e famílias vinculadas aos ACS no interior. A visita domiciliar realizada pelo ACS possibilita o acompanhamento dos usuários em programas prioritários e o monitoramento das condições do Programa Bolsa Família (PBF).

Ações intersetoriais desenvolvidas pelas EqSF, quando ocorrem, são em articulação com o setor da educação, fomentadas pelo Programa Saúde na Escola, com uso do espaço de escolas para realização de ações de saúde. Outras articulações foram mencionadas: assistência social com programas específicos junto ao Centro de Referência de Assistência Social (Prainha, Aveiro Maués, Melgaço, Vitória do Jari) e à Secretaria de Meio Ambiente (Melgaço e Boa Vista do Ramos).

A disponibilidade de transporte para as EqSF mostrou-se decisivo para o provimento da APS, especialmente na impossibilidade de manter serviços fixos em áreas remotas e de baixa ocupação. As longas distâncias associadas e a irregularidade dos transportes locais dificultam o deslocamento de usuários e de profissionais de saúde entre sede, interior e região.

Os transportes sanitários são gerenciados e mobilizados pelos gestores municipais que consideram alto o gasto com compra e manutenção de transportes. Muitas vezes estes recursos são interrompidos, a exemplo da operação da UBSF, dada a insustentabilidade financeira para os municípios. As verbas provenientes de emendas parlamentares foram referidas como importante fonte de recurso para compra de transportes, assim como para reformas de UBS.

Os obstáculos geográficos têm motivado a contratação de médicos especialistas para atua-

rem no município com vistas ao fortalecimento da capacidade de resposta da APS (Melgaço, Maués e Vitória do Jari).

Desafios para a garantia do acesso a APS

Os desafios centrais para o acesso na APS em MRR da Amazônia fluvial estão relacionados ao financiamento e oferta de serviços de APS; aos dilemas permanentes para a provisão e fixação de profissionais nas áreas de difícil acesso; ao acesso geográfico e os obstáculos relativos à mobilidade de usuários e profissionais para a efetivação do cuidado em saúde. O Quadro 1 registra falas expressivas dos gestores municipais entrevistados que sinalizam os riscos para a sustentabilidade da APS em contextos rurais remotos.

O desafio basilar para a organização da APS nos MRR estudados refere-se à disjunção entre o financiamento da saúde e as características do território: áreas remotas, longas distâncias, áreas extensas com populações esparsas; baixa atratividade dos municípios pela insuficiência de infraestrutura. Essas particularidades do contexto amazônico aprofundam os desafios para a efetivação da APS, tornando o custo muito além do previsto no cálculo para o seu financiamento. O subfinanciamento da APS pode gerar insustentabilidade da política, se não houver um plano de execução interfederativa próprio para estas localidades.

As altas coberturas potenciais da ESF nos municípios não expressam a realidade das áreas descobertas e a necessidade de ativar variados recursos localmente para superar o déficit de acesso, que nem sempre alcançam êxito. Quanto mais distante da sede, maiores são os desafios de implementação da ESF, prevalecendo ações de saúde pontuais, sem a garantia da APS do tipo porta aberta, cuidado regular, contínuo e integral. Sobressaem as ações itinerantes e de pronto atendimento, diante da real dificuldade de manter estruturas físicas e equipes de saúde completas nestes cenários.

A provisão de cuidados organizados em UBS localizadas nas áreas do interior, com equipes EqS-FR e ações itinerantes regulares nas UBSF mostraram-se potentes para viabilizar acesso oportuno e favorecer a permanência de profissionais de nível superior nas áreas ribeirinhas remotas. Mas, poucos municípios adotaram estes formatos de credenciamento propostos pelo MS. Entre as razões, pode-se relacionar aos elevados custos de manutenção que incorrem para os municípios e aos entraves para atração de profissionais.

O transporte sanitário ganha protagonismo na forma como o sistema municipal de saúde se

estrutura. São frágeis os aportes financeiros dos governos estadual e federal para o apoio ao tratamento fora do domicílio, que por serem baixos desconsideram as especificidades regionais e o alto custo dos transportes fluviais. Os gestores são envolvidos com a disponibilidade dos transportes dentro do município, para situações de urgência e emergência e na região, para o acesso a atenção especializada. As dificuldades de deslocamento mobilizam a gestão local para garantir alguns serviços no próprio município, frente às barreiras geográficas que prejudicam o acesso regional. A assistência ao parto de baixo risco em municípios pequenos é exemplo para esta questão.

Discussão

Os resultados evidenciam que as condições de acesso a APS são potencialmente moldadas pelas características geográficas, amplificadas pela não inclusão de políticas públicas nas localidades distantes e rarefeitas. Mostram como as condições geográficas, ambientais, econômicas e sociais dos MRR amazônicos fluviais interferem na provisão da APS. Estudos nacionais trazem resultados semelhantes sobre a região Amazônica¹⁵⁻¹⁷ e estudos internacionais ressaltam os efeitos das limitações de infraestrutura nas condições de acesso, na disponibilidade e na qualidade dos serviços de saúde em áreas rurais remotas em todo o mundo^{7,18,19}.

É neste contexto que a política de saúde é reinventada cotidianamente de forma que os serviços de APS se estabeleçam e façam sentido em espaços tão singulares. Em se tratando do contexto Amazônico cuja dinâmica socioespacial é essencialmente influenciada pelos ciclos da natureza destaca-se o enorme desafio de implementar políticas públicas traçadas nacionalmente e com base em padrão alheio a esta realidade²⁰. Quanto mais afastada e menos densamente povoada é a localidade, mais restritas são as opções organizativas para APS. Em paralelo, aumentam os desafios e a necessária ousadia para desenvolver serviços de saúde abrangentes e integrados.

A experiência australiana demonstra a importância de se definir modelos organizacionais para áreas rurais e remotas, em geral, localidades pequenas demais para absorver formatos padronizados de provisão da APS. Modelos operacionais sustentáveis, nestes contextos, envolvem medidas que considerem deseconomias de escala resultantes de grandes distâncias populações dispersas e rarefeitas²¹.

Quadro 1. Dimensões, categorias de análise e “falas expressivas” dos gestores municipais de saúde na APS, Municípios Rurais Remotos, Amazônia fluvial, Brasil, 2019.

Dimensões e categorias de análise	Falas expressivas – Secretários Municipais da Saúde e Coordenadores da APS
APS no SUS municipal	
Cobertura e (in)disponibilidade de serviços	“A Cobertura é de 90%. Tem algumas populações mais distantes descobertas. Em época de vacina, por exemplo, agora vai estar tendo a campanha de sarampo, a gente vai até a comunidade e já aproveita e leva o médico e o enfermeiro, que são aqui da unidade da sede. [...] Da última vez que a vacina foi, eles saíram eram 4 horas da manhã e chegaram eram quase 9 horas lá na comunidade.” (13GM1)
	“Na região de Várzea, ESF Ribeirinha, nós temos três comunidades sem cobertura e são comunidades grandes. Na região de rios nós temos quatro comunidades, ou seja, sete. Na região de terra firme nós temos duas comunidades descobertas, duas áreas cobertas. Quase dez comunidades onde a população está sem assistência do agente de saúde.” (13GM2)
	“As unidades precisam ser mais próximas, porém temos um problema na nossa região, que são as distâncias. Eu não posso colocar uma UBS em cada comunidade, não vou ter 114 UBS e não vou ter como manter 114 unidades então o nosso grande problema é a dispersão territorial.” (12GM2)
Adaptações das diretrizes da PNAB à realidade Amazônica: múltiplos e sincrônicos formatos de organização da APS	“Nós temos equipe completa lá com o médico, dentista, enfermeiro aonde eles trabalham de acordo com a população ribeirinha, mas com algumas diferenças. Porque afinal de contas a nossa região Amazônica é diferenciada do restante do país. Nem tudo dá para levar ao pé da letra da portaria. Às vezes você precisa fazer um arranjo organizacional ali para ver se as coisas realmente fluem melhor.” (16GM2)
	“A gente acaba adequando o funcionamento da unidade em prol dessas pessoas que chegam das áreas ribeirinhas, quem vem da área rural. Tanto que a gente reserva as fichas para eles, geralmente reserva quatro vagas para o profissional atender esses casos que vem da zona rural, casos de mais urgência. Então a gente faz essa diferença para que eles sejam atendidos e se ele vier esse horário e não tiver como encaixar pela manhã, já deixo o agendamento dele direitinho para parte da tarde.” (16GM1)
	“O técnico, se for alguma que ele estiver em dúvida, que ele as vezes possa resolver lá, ele liga para gente e a gente orienta, - não, aguarda mais um pouco”, ou então faz isso, espera mais uma hora ou duas aí, entendeu? Agora quando é parto, corte extenso, algum acidente, alguma coisa assim, ou um AVC, ou um infarto, qualquer coisa, aí ele nem entra em contato. Já manda direto e só depois liga para gente que está chegando um paciente assim, para gente preparar o suporte, para receber ele. (14GM2)
	“Como nós não temos postos de saúde na área rural como é que eu trabalho com elas [EqSF]? Eu trabalho de forma itinerante, então uma vez por mês essas duas equipes, cada uma na sua região, cada equipe cobre um território. Eles vão em um barco, vai o médico, dois enfermeiros e técnicos de enfermagem, então eles vão parando de comunidade em comunidade e fazendo atendimento de toda aquela área, então duas equipes trabalham num barco de forma itinerante todo mês, o restante dos dias que eles não estão em área, estão atendendo aqui na unidade básica, aqui da zona urbana atendendo essa clientela que vem da zona rural. Até que a gente consiga construir o posto de saúde para essas regiões e conseguir transferir de vez essas equipes para lá.” (16GM1)
	“A UBS fluvial é uma coisa especial que veio para o [Estado], que muda de fato, a questão da população ribeirinha do interior. É uma coisa que realmente muda a vida das pessoas.” (17GM1)
	“A gente não leva na [UBSF] somente uma, a gente leva todas elas [vacinas]. Aí leva a antirrábica também para a vigilância fazer nos cachorros e gatos, quando a gente vai passando a gente vai vacinando também. Aí tem o pessoal da captura [morcegos]; vai Assistência Social com a parte de Bolsa Família fazer o cadastro, a atualização. A gente vai ajudando-os no peso, altura vacina. Aí tem também a parte da estética que vai, tem o pessoal do cartório que vai tirar os documentos.” (14GM2)
	“O ACS faz orientação, promoção e prevenção da saúde. Para a gente na Secretaria, eles são nossos olhos da comunidade, porque nós estamos muito distantes da realidade, eles estão lá, estão vendo realmente a comunidade, e através do agente de saúde que as informações chegam aos usuários, o dia de vacinação, o dia da consulta médica, o dia da oferta do PCCU, qual é o dia que são agendados os pré-natais, fazem o agendamento.” (12GM2)
	“O papel dos ACS é realizar visitas domiciliares [...] ele é autoridade máxima da saúde em uma comunidade, então se alguém está doente, ele espera que o agente de saúde medique, ele espera que o acesso seja por ele [...] eu sempre falo para eles, que uma população bem orientada, ela adoce pouco.” (16GM1)
“[...] na zona rural a gente diminuí esse número porque a expressão territorial para fazer a visita é mais extensa. Às vezes os ribeirinhos não estão só em vilas, estão sozinhos naquele local, aí até chegar na outra casa é mais não sei quantos minutos de rabeta, que eles utilizam muita rabeta. Cada ACS tem sua rabeta. [...] a rabeta e o combustível a Prefeitura dá, mas não vem recursos para isso do estado, nem do Governo Federal.” (14GM2)	

continua

Quadro 1. Dimensões, categorias de análise e “falas expressivas” dos gestores municipais de saúde na APS, Municípios Rurais Remotos, Amazônia fluvial, Brasil, 2019.

Dimensões e categorias de análise	Falas expressivas – Secretários Municipais da Saúde e Coordenadores da APS
Desafios para a garantia do acesso a APS	
Financiamento e oferta de serviços de APS	“Primeiro deles <i>[desafios]</i> é o subfinanciamento da saúde. [...] e todas aquelas questões que eu coloquei durante a entrevista: compromisso dos profissionais com a atenção básica, barreiras geográficas. Ele [subfinanciamento] nos impede muito de realizar um trabalho da forma que nós desejamos. [...] por mais que o município faça sua parte, mesmo assim não é suficiente. [...] Então assim, a parte financeira ela diz muito de como a saúde ela vai se comportar.” (16GM2)
	“A gente tem a questão financeira que nós gostaríamos de fazer muito mais só que ficamos presos. A logística do nosso município é muito complicada, [...] para montar uma campanha de vacina, é um gasto. Para ir precisa de voadeira, de barco, ninguém vai vacinar e voltar. A equipe vai passar cinco a sete dias ali para dentro. Para colônia tem que ter carro ou moto, e com isso você gasta gelo, comida, diária de funcionário que precisa ser paga, [...]” (13GM2)
	“Eu fiz a viagem da UBS fluvial agora de 16 dias, foram 30 mil reais de combustível para rodar 16 dias. Eu recebo 90 mil do Ministério da Saúde. Nesses 16 dias eu gastei 120 mil em medicamentos e insumos, mais os profissionais, mais quase 10 mil de alimentação e material de limpeza. Essa viagem saiu para mim em torno de 200 mil reais.” (17GM1)
	“Comprou as ambulâncias, entregou e elas estão funcionando plenamente. Aí o combustível e o profissional que pilota é a prefeitura que arca com isso. Ele conseguiu a emenda somente para compra né, aí a Prefeitura mantém. A gente notou um grande avanço.” (14GM2)
	“A mãe da saúde é nossa UBSF. Foram projetistas da nossa região que fizeram a planta, com tudo que a gente precisava para atender toda a população ribeirinha [...] até que chegou no Governo Federal e o <i>[município]</i> foi um dos contemplados. [...] O medicamento e o profissional levam quase todo o dinheiro <i>[do repasse do Ministério da Saúde]</i> .” (14GM2)
Provisão e fixação de profissionais	<p>“[...] agora o que avançaria mesmo era ou a habilitação da UBS fluvial ou então a habilitação dessas estratégias na zona rural. Só que nós também achamos inviável habilitar as estratégias da zona rural porque o recurso é bem baixo para manter os profissionais lá e para a gente conseguir também médicos, enfermeiros que queiram morar, residir na zona rural, ainda mais essas de difícil acesso como é. Fica muito complicado.” (14GM2)</p> <p>“Acabou também tirando um peso financeiro das costas do município. Porque hoje ao invés de eu pagar 15, 16 mil, eu estou pagando R\$2500,00. O resto o Ministério da Saúde custeia isso. Quando o médico sabe que é o Ministério da Saúde que vai pagar o salário deles, eles trabalham sem receio de não serem pagos. Dessa forma, é um atrativo para eles virem para o município. Mas eu acho que é um programa que veio para melhorar muito. A gente costuma falar que hoje não tem como fazer a atenção básica sem os Mais Médicos.” (17GM1)</p>
Acesso geográfico e mobilidade para o cuidado em saúde	<p>“A nossa maior dificuldade lá no <i>[município]</i> é a questão dos partos, e uma das nossas brigas é que seja estruturada a unidade mista para os partos normais, mas aí ia precisar de equipamento, do profissional de plantão, porque geralmente é mais a noite que acontece essas transferências [...] Eles <i>[a população]</i> questionam muito essa situação. [...] Infelizmente por essa demora e pela condição da estrada fez com que algumas crianças viessem a óbito. Por isso que a maior briga do <i>[município]</i> é para melhorar esse atendimento na unidade mista [...]” (18GM1)</p> <p>“A gente tem a questão financeira que nós gostaríamos de fazer muito mais só que ficamos presos. A logística do nosso município é muito complicada, [...] para montar uma campanha de vacina, é um gasto. Para ir precisa de voadeira, de barco, ninguém vai vacinar e voltar. A equipe vai passar cinco a sete dias ali para dentro. Para colônia tem que ter carro ou moto, e com isso você gasta gelo, comida, diária de funcionário que precisa ser paga, [...]” (13GM2)</p> <p>Então tem ambulância nas UBS? R: A ambulância não deu muito certo em comunidade <i>[rural 1]</i> por causa da estrada. Ela atolava, quebrava, não dava conta, para lá tem que ser caminhonete traçada. Já aconteceu de ir buscar o paciente e a ambulância ficar atolada no meio da estrada, teve que ir daqui outro carro para socorrer. (15GM2)</p>

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos no Brasil”.

A APS está estabelecida nos MRR, com execução municipal densamente apoiada por induções financeiras promovidas pelo governo fede-

ral entre 2010 e 2016²². Entretanto, as políticas vigentes não foram suficientes para amalgamar a organização da APS às necessidades locais, per-

manecendo falhas de acesso em áreas mais distantes e rarefeitas.

Ademais, o subfinanciamento produz barreiras efetivas na provisão da APS, pois serviços inadequados limitam o acesso aos cuidados de saúde, postergam o uso em momentos de necessidade e incidem negativamente nos resultados de saúde²³.

Ainda que garantido o acesso dos usuários dos interiores em UBS da sede, com prioridade para agendamento de suas consultas e atendimento por demanda espontânea, sem restrição de horário, tais medidas podem encobrir inaceitáveis barreiras de acesso à APS²⁴.

A provisão e fixação dos profissionais é um grande desafio nos MRR fluviais. A adesão ao PMM ampliou a cobertura da ESF com equipes completas, um divisor de águas para o fortalecimento da APS nestas localidades²⁵. Entretanto, a provisão da força de trabalho, especialmente médicos, nas áreas mais remotas continua sendo um problema sem solução. A contratação de médicos pela gestão municipal mostrou-se insustentável em função da alta remuneração que precisa ser paga para atrair o profissional, o que não garante a sua fixação, e a instabilidade do PMM é grave ameaça à garantia do acesso ao SUS.

A escassez da força de trabalho talvez seja o desafio mais comum entre os diversos contextos rurais remotos e as respostas para suplantar tal obstáculo parecem ir além da provisão. Exige fortalecimento do trabalho multiprofissional, compartilhado e altamente qualificado para atuar em ambientes tão singulares^{1,5,25-27}. Requer estratégias baseadas em recursos de tecnologia da informação e comunicação, soluções remotas que possibilitam ampliar recursos e promover cuidados oportunos, resolutivos e de qualidade em áreas de difícil acesso^{21,28}.

A indisponibilidade de transportes exemplifica a premência de respostas sistêmicas para a superação de barreiras ao uso dos serviços de saúde, pois é recurso definidor de acesso nos MRR. As dificuldades e os custos com transportes atingem os usuários que precisam deslocar até sede para utilizar os serviços de APS, assim como limita a capacidade de atuação das EqSF que precisam deslocar até os interiores. Nos dois sentidos, as dificuldades estão relacionadas às distâncias, precariedades, baixa regularidade, informalidade e alto custo dos meios de transporte, em especial os fluviais ou aéreos.

Os desafios são enormes para executar políticas públicas formuladas a partir de um padrão urbano de cidades que nem de longe alcançam

as especificidades dos espaços rurais remotos. A provisão da APS em MRR fluviais reflete interações complexas e multifacetadas. Envolve medidas estratégicas e sustentáveis: governança com sintonia fina entre recursos e ações de múltiplos setores e agentes públicos; políticas de suporte nacional com viabilidade para execução em nível local; engajamento comunitário para a identificação das necessidades em saúde e para o planejamento das ações dos serviços de saúde^{26,27,29,30}.

Considerações finais

Os resultados apresentados neste estudo revelam desafios à gestão municipal, que exigem respostas prementes, sob pena de violação dos princípios basilares do direito a saúde e do acesso universal aos SUS. As características dos MRR marcados pela ordenação dos rios exigem outras formas de organização da APS, apoiadas nos valores comunitários e nas competências culturais, elementos marcantes para o desenvolvimento de ações de saúde em lugares tão singulares. É preciso construir caminhos sustentáveis para a efetivação de uma APS robusta no SUS, baseada na oferta de cuidados contínuos, longitudinais, com garantia de acesso oportuno de qualidade. Os passos iniciais estão dados, mas não está garantida a sustentabilidade da APS e a superação das barreiras de acesso. Quando se trata de contextos remotos, rarefeitos e dependentes de transportes fluviais, maiores são os desafios colocados para a provisão de serviços de saúde do SUS. Circunstâncias cujo enfrentamento vão além da capacidade da gestão local e do setor saúde, envolve mudanças sistêmicas e políticas ampliadas de proteção social e socioambientais.

Colaboradores

MCR Fausto e L Giovanella participaram da concepção, análise e interpretação dos dados, escrita e revisão final do artigo. JG Lima, LMS Cabral e H Seidl participaram da redação e revisão final do artigo.

Agradecimentos

Apoio financeiro do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz para realização da pesquisa.

Referências

1. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Fam Pract* 2003; 20(4):457-463.
2. Reid S, Worley P, Strasser R, Couper I, Rourke J. 'What brings us together': The values and principles of rural medical education. In: Chater AB, Rourke J, Couper ID, Strasser RP, Reid S, editors. *Rural Medical Education Guidebook*. World Organization of Family Doctors (WONCA): Working Party on Rural Practice; 2014. p.43-58.
3. Murphy P, Burge F, Wong ST. Measurement and rural primary health care: a scoping review. *Rural Remote Health* 2019; 19(3):4911.
4. Lyle D, Saurman E, Kirby S, Jones D, Humphreys J, Wakerman J. What do evaluations tell us about implementing new models in rural and remote primary health care? Findings from a narrative analysis of seven service evaluations conducted by an Australian Centre of Research Excellence. *Rural Remote Health* 2017; 17(3):3926.
5. Walters, LK, McGrail, MR, Carson, DB, O'Sullivan, BG, Russell, DJ, Strasser, RP, Hays, RB, Kamien, M. Where to next for rural general practice policy and research in Australia? *Medical J Australia* 2017; 207(2):56-88.
6. O'Sullivan BG, Worley P. Setting Priorities for Rural Allied Health in Australia: a scoping review. *Rural and Remote Health* 2020; 20:5719.
7. Russell DJ, Humphreys JS, Ward B, Chisholm M, Buykx P, McGrail M, Wakerman J. Helping policy-makers address rural health access problems. *Aust J Rural Health* 2013; 21(2):61-71.
8. Oosterveer TM, Young TK. Primary health care accessibility challenges in remote indigenous communities in Canada's North. *Int J Circumpolar Health* 2015; 74:29576.
9. Viana AL, Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, Mendonça MHM, Heimann LS. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):S117-S131.
10. Mícolos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. *Saude Debate* 2015; 39(107):984-996.
11. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1225-1234.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
13. Fausto MCR, Fonseca HMS, Penzin VM, Cabral LMS. *Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil: Relatório Final*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
14. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
15. Martine D. Fazer Território na Amazônia. *Confins* 2017; 31(1):[about 17 p.]
16. Duarte JCS, Rezende MGG, Fraxe TJP. A materialização da territorialidade na Comunidade São Francisco (Careiro da Várzea/AM). IN: *Terceira Margem Amazônia*. São Paulo: Outras Expressões; 2018. p.198-209.
17. Kadri MRE, Freitas CM. Um SUS para Amazônia: Contribuições do pensamento de Boaventura de Sousa Santos. *Cien Saude Colet* 2019; 65(2): [cerca de 5 p.].
18. International Labour Office (ILO), Social Protection Department. *Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries* / Xenia Scheil-Adlung. Geneva: ILO; 2015.
19. Mohammad H, Anita DB, Wendy A, Evdokia K. The Social Determinants of Healthcare Access for Rural Elderly Women - A Systematic Review of Quantitative Studies. *Open Public Health J* 2017; 10:244-266.
20. Garnelo L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. *Cad Saude Publica* 2019; 35(12):1-4.
21. Wakerman J, Humphreys JS, Wells R, Kuipers P, Jones JA, Entwistle P, Kinsman L. Features of effective primary health care models in rural and remote Australia: a case-study analysis. *Medical J Australia* 2009; 191(2):88-91.
22. Almeida ER. Atenção Básica à Saúde: avanços e desafios no contexto amazônico. In: Júlio Cesar S, Michele REK, Rodrigo TSL, organizadores. *Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS*. Porto Alegre: Rede Unida; 2019. 311 p.
23. Tham R, Humphreys JS, Kinsman L, Buykx P, Asaid A, Tuohey K, Riley K. Evaluating the impact of sustainable comprehensive primary health care on rural health. *Australian J Primary Health* 2010; 18(4):166-172.
24. Garnelo L, Lima JG, Rocha, ESC, Herkrath, FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saude Debate* 2018; 42:81-99.
25. Santos W, Comes YP, Lucélia L, Costa AM, Merchan-Hamann E, Santos LMP. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saude Debate* 2019.43(120):256-268.
26. Humphreys JS, Wakerman J, Wells R, Kuipers JP. A Jones and Phil Entwistle. "Beyond workforce": a systemic solution for health service provision in small rural and remote communities. *Medical J Australia* 2008; 188 (8):S77.
27. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res* 2008; 23(8):19.
28. Cyr ME, Etchin AG, Guthrie BJ, Benneyan JC. Access to specialty healthcare in urban versus rural US populations: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 2019; 19:974.
29. Ekman B, Pathmanathan I, Liljestrand J. Integrating health interventions for women, newborn babies, and children: a framework for action. *The Lancet* 2008; 372:990-1000.
30. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy Planning* 2004; 19:69-79.

Artigo apresentado em 06/10/2020

Aprovado em 01/06/2021

Versão final apresentada em 03/06/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva