



Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Projeto de Pesquisa

Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil

Coordenação

Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Helena Maria Seidl da Fonseca

Valéria Morgana Penzin Goulart

2019

EQUIPE DA PESQUISA

NOME	CPF
Márcia Cristina Rodrigues Fausto	812.586.667-15
Helena Maria Seidel Fonseca	804.838.877-49
Valéria Morgana Penzin Goulart	426.960.627-49
Aylene Bousquat	744.892.597-00
Juliana Gagno de Lima	113.804.537-39
Ligia Giovanella	417.667.769-49
Patty Fidelis de Almeida	032.321.966-75
Maria Luiza Garnelo Pereira	112.003.242-34
Amandia Braga Lima Sousa	603.315.342-15
Maria Jacirema Ferreira Gonçalves	407.012.802-63
Cleide Lavieri Martins	919476938-91
Edson Alves de Menezes	837.133.527-04

Título: Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil

Introdução

No Brasil, historicamente a oferta de serviços de saúde se concentrou nos grandes centros econômicos; nos últimos 20 anos esta situação foi amenizada especialmente pela importante expansão dos serviços de saúde de atenção primária à saúde (APS) em todo território nacional (Fausto et al., 2014). Ainda assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) é marcado por forte desigualdade socioespacial no que diz respeito à oferta de serviços, equipamentos, profissionais e recursos financeiros. O acesso à saúde no Brasil é fortemente determinado pela condição socioeconômica e pelo local de residência dos cidadãos. Aqueles que possuem melhores condições de renda e vivem em regiões inseridas no circuito econômico possuem mais chances de acesso aos serviços de saúde do que os que vivem em regiões menos desenvolvidas e com baixa condição socioeconômica (Travassos, Oliveira, Viacava, 2006).

Estudos também apontam que no Brasil, o padrão de desigualdade econômica e social que prevalece nos territórios rurais determina as condições de vida e conseqüentemente as condições de saúde daqueles que vivem nestes territórios (KASSOUF, 2005; BEHEREGARAY e GERHARDT, 2010; TRAVASSOS e VIACAVA, 2007). As famílias nas faixas de renda mais baixas residem nos municípios rurais, onde também se apresentam as maiores taxas de analfabetismo (15 anos ou mais de idade) e se localizam os domicílios mais desprovidos de saneamento básico (IBGE, 2009; Soares et al., 2015). Entre os municípios brasileiros com alto percentual de população rural estão aqueles que apresentam os piores resultados para o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)¹, influenciado principalmente pelas dimensões renda e educação. São exemplos, o município de Melgaço, no Pará, com 78% da sua população residindo em área rural e com pior IDHM (0,418); e o município Uiramutã, em Roraima, que possui 87% da sua população residindo em área rural e IDHM de 0,453. São territórios opacos (Santos, 2009), não inseridos no circuito econômico, nos quais prevalece a tendência para *Inverse Care Law* (Hart, 1971), ou seja, a disponibilidade dos recursos em saúde mantém-se escassa nas áreas de baixo desenvolvimento econômico e social, onde residem grupos sociais menos privilegiados com expressivas e maiores necessidades em saúde. Essa situação se torna mais grave quando pensamos que as desigualdades percebidas decorrem de iniquidades, ou seja,

¹ Dados disponíveis no site Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil.
<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>

as oportunidades distribuídas desigualmente são desnecessárias, injustas e evitáveis (Barata, 2009).

Desde o final dos anos de 1990 o Ministério da Saúde (MS) vem induzindo financeiramente a adesão municipal à proposta de ampliação da oferta de serviços de APS em todo território nacional. A expansão dos serviços de APS em todo o país, ocorreu, inclusive, nas áreas rurais. Malta et al. (2016) ao analisar os dados de cobertura da Estratégia SF, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, identificou que 72,3% dos residentes em área rural eram cadastrados em unidades de saúde da família.

Os serviços de APS se expandiram no país tendo como referência as diretrizes dadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída pelo Ministério da Saúde. A PNAB desde a sua primeira versão (2006) propõe que se estabeleça nas unidades básicas de saúde uma APS de cunho integral, por meio de oferta de ações e serviços que se estende desde a promoção à reabilitação da saúde, de forma a impactar nos determinantes sociais da saúde da população. Embora os governos Federal e estaduais tenham responsabilidades com a política de fortalecimento da APS no SUS, sua execução é de responsabilidade dos entes governamentais municipais. Deve-se considerar que na PNAB os termos atenção básica e atenção primária à saúde são equivalentes e serão tratados neste projeto como sinônimos.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal dispositivo de reorganização dos serviços de atenção básica, embora possa coexistir com outros modelos. Seus princípios e fundamentos são: i) ter território definido como base para o planejamento e desenvolvimento das ações de saúde e intersetoriais; ii) garantir acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade resoluto, devendo consolidar-se como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, iii) atuar em território adscrito, com população definida, desenvolvendo vínculo e corresponsabilização pela atenção às necessidades que se apresentam no território; iv) coordenar e efetivar a integralidade em suas várias dimensões, ligando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e, ao mesmo tempo, garantir e integrar ações programáticas e demandas espontâneas, atuando em rede e desenvolvendo articulação entre equipes de saúde e a população dos territórios sob sua responsabilidade de forma a garantir a longitudinalidade; v) Estimular a participação social. As ações de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) devem ser desenvolvidas por equipes multiprofissionais, composta no mínimo por um médico, um enfermeiro e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes de saúde da família (SF) devem ser responsáveis por população adstrita, territorializada, com no máximo 3.000 pessoas. Devem ainda constituir suas ações a partir do estabelecimento de vínculos com as famílias do território sob sua responsabilidade,

ofertar ações individuais e coletivas, ser o primeiro contato, se responsabilizar pelo encaminhamento para outros pontos do sistema de serviços de saúde e pelo cuidado longitudinal dos pacientes (BRASIL, 2006; 2011).

Recentemente, foi editada a PNAB 2017 que introduziu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS (Brasil, 2017). Entre as principais mudanças proposta pela atual PNAB, a flexibilidade em relação a presença do Agente Comunitário de Saúde, a carga horária dos médicos; aspectos relacionados ao financiamento; o rompimento da prioridade dada à ESF como modelo de organização da APS no país. O estabelecimento de padrões essenciais e ampliados para este nível de atenção também é controversa, principalmente pelo risco de retorno à APS seletiva, sobretudo em cenário de restrição de investimentos nas políticas sociais, como também pelas grandes desigualdades que caracterizam os municípios brasileiros, responsáveis pela organização e prestação da atenção básica (AB).

Ainda não estão claras quais serão as repercussões dessas medidas no cenário brasileiro. No entanto, é possível identificar riscos que podem levar ao aprofundamento das desigualdades de acesso na APS e conseqüentemente no SUS.

Do ponto de vista da implementação da política de atenção básica no território nacional, deve-se considerar que as singularidades do desenho federativo do Estado brasileiro resultaram em respostas muito variadas entre os estados e municípios no que tange à política de descentralização, e conseqüentemente à política de fortalecimento da atenção básica traçadas no âmbito do SUS. Isto porque o federalismo brasileiro pauta-se na autonomia relativa dos municípios, estados, União e na ausência de vinculação hierárquica entre as esferas de governo (Abrucio & Couto, 1996:40).

A despeito da multiplicidade de respostas municipais para a organização da APS, avanços na APS têm sido mapeados em vários estudos, nos quais se observa a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família em quase todos os municípios brasileiros. São cerca de 39.000 equipes da ESF atuando em todo o país. Todavia, estudos também apontam para a permanência de importantes desafios que transitam entre aspectos comuns e particulares, com aproximações e com diferenças nos diversos territórios. Os desafios da APS estão relacionados a condições inadequadas da rede física das unidades (Bousquat et al., 2017); ao financiamento insuficiente (Mendes, 2014); as dificuldades de integração com os demais recursos em saúde (Almeida et al., 2010; Mendes, 2015); e a incorporação e fixação de profissionais de saúde qualificados (Dal Poz, Pierantoni & Girardi, 2013).

Como se pode observar, os serviços de APS enfrentam obstáculos estruturais para a garantia da atenção integral, coordenada e contínua. Os dilemas enfrentados neste nível de atenção são, ao mesmo tempo, o dilema do Sistema Único de Saúde (SUS), fortemente marcado pela fragmentação e desarticulação dos serviços de saúde que o compõe (Paim et al., 2011).

Nas áreas rurais e remotas estes desafios são ainda maiores, dado que os avanços conquistados na APS ainda são pouco desenvolvidos, se comparados às áreas urbanas. Dados analisados a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) sinalizam haver disparidades importantes no acesso às unidades básicas de saúde. A oferta de cuidados de uma equipe de atenção básica pode ser mais ou menos acessível, resolutive, abrangente e integrada, a depender do lugar onde as equipes atuam. Essas disparidades, em parte, espelham as condições de desigualdade social do país, com repercussões importantes no acesso e uso dos serviços de APS (Fausto & Fonseca, 2013).

A experiência de realização de coleta de dados para avaliação de desempenhos das equipes AB no âmbito do PMAQ trouxe reflexões importantes para análises sobre o acesso das populações residentes em áreas rurais e remotas aos serviços de saúde. Relatos de experiência produzidos por pesquisadores envolvidos com a coleta de dados identificaram que municípios de estados e regiões reconhecidamente diferenciados como Paraná, Amapá e Alagoas apresentaram condições de oferta da atenção básica muito análogas quando os territórios apresentavam condição de ruralidade ou de distanciamento dos centros urbanos, ainda que em maior ou menor grau. Os relatos expõem desafios relacionados a questões como: acesso geográfico aos serviços de AB; retenção e fixação de profissionais de saúde; as particularidades de populações como as indígenas, ribeirinhas, quilombolas e outras comunidades; e o desafio permanente, cotidiano para o enfrentamento das desigualdades de acesso e uso dos serviços de saúde no SUS, o gargalo relativamente maior no acesso à atenção especializada, especialmente nessas localidades (Fausto & Fonseca, 2013).

Em diferentes estados observou-se a utilização de estratégias itinerantes para a organização do trabalho das equipes de atenção básica e de saúde bucal nas áreas rurais de municípios com população inferior a 3.000 habitantes. Equipes deslocavam-se com equipamentos e insumos para as áreas mais distantes onde o profissional de saúde não permanece rotineiramente nas UBS. O argumento do gestor municipal para justificar a estratégia era a subutilização dos profissionais e equipamentos nessas localidades. Em muitos municípios foram observadas diversas propostas de simplificação das ações, de forma improvisada. São circunstâncias em que o

atendimento oportuno, adequado e a continuidade do cuidado ficam prejudicados. A ausência de recursos disponíveis e acessíveis faz com que os usuários, por conta própria percorram longas distâncias para acessar um serviço de saúde para obter os cuidados que necessitam, mesmo em serviços de APS.

Na Região Norte do Brasil, território marcado pelas especificidades geográficas e também pelas desigualdades de acesso e uso dos serviços de saúde, a implementação da política de atenção básica tem-se mostrado um desafio (Viana, 2007; Garnelo et al., 2014; Miclos, Calvo, Colussi, 2015; Garnelo & Sousa, 2017). As grandes extensões territoriais dos municípios com ampla dispersão populacional, sendo os rios os caminhos que interligam as cidades, colocam em discussão a possibilidade das diretrizes nacionais para AB efetivamente se consolidarem. A questão do parâmetro equipe/população é um exemplo. A PNAB 2011 recomenda que cada ESF seja referência para o limite máximo de 3.000 habitantes. No município de Caracaraí – RR, com 18.398 habitantes, por exemplo, seriam seis equipes de ESF, segundo as diretrizes da PNAB. No entanto, a população do município está dispersa em uma extensão territorial de 47.411 km². No entanto, a PNAB 2017 faculta ao gestor municipal a decisão de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica. Mas, ainda não há informações atualizadas sobre a implementação de novos parâmetros e em que sentido esta proposta está caminhando, se no sentido da equidade ou na direção do aprofundamento das desigualdades de acesso aos serviços de saúde.

Dilemas relativos a disponibilidade e organização de serviços de saúde em áreas remotas localizadas fora do eixo urbano, com baixa densidade demográfica e pequeno porte populacional não é uma singularidade brasileira. Apesar das diferenças de problemas entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, o acesso tem sido considerado um dos principais temas a serem enfrentados na atenção à saúde em áreas rurais e remotas, em todo o mundo. Na maior parte dos países, observam-se nas localidades rurais dificuldades com transporte e comunicação e enfrenta-se o desafio da escassez de médicos e demais profissionais de saúde (STRASSER, 2003).

No Brasil, é muito diversa a configuração dos 5.565 municípios em termos estruturais e quanto ao tamanho da população. Segundo o Censo 2010 (IBGE, 2011), 2.513 municípios brasileiros (70,4%) são de pequeno porte, com população até 20.000 habitantes, onde vivem 17,1% da população (32 milhões). Nas cidades consideradas de médio porte (1.368 municípios entre 20 e 100 mil habitantes) vivem 28,1% da população,

o que corresponde a 53,6 milhões de pessoas. Nas cidades com população maior do que 100 mil até 500 mil habitantes (245 municípios) vivem 25,5% da população (48,5 milhões). As 38 cidades com mais de 500 mil habitantes concentram 29,3% da população.

Para o setor saúde, a inserção de serviços em áreas rurais e particularmente nas áreas remotas constitui-se em importante desafio, considerando o princípio da universalidade e da equidade que rege o SUS. Atuar na perspectiva do direito à saúde significa que, não basta que os serviços estejam presentes nestes espaços. É preciso que os serviços de saúde locais disponham de condições estruturais para responder as necessidades de saúde específicas destas coletividades e estejam interligados ao conjunto maior de recursos do SUS.

No caso brasileiro, os modelos organizacionais predominantes nos serviços de saúde, em geral, são formulados a partir da realidade dos espaços urbanos do país e até mesmo rurais adjacentes a centros urbanos. Nesta proposta de estudo parte-se da hipótese de que tais modelos organizacionais têm pouca expressividade para captar e considerar particularidades das áreas rurais e remotas. Ao contrário, perdem referência em contextos geográficos, sociais, culturais e epidemiológicos específicos, sendo quase uma exigência a adoção de abordagens alternativas (em geral informais) para prestação de cuidados, de forma a reconhecer e atuar a partir das necessidades em saúde da população local. Um exemplo que pode ser citado são as diferentes formas de cuidado utilizadas na região oeste do Pará, motivadas tanto por expressões culturais marcadoras de identidade regional, como por essa histórica dificuldade de acesso. Comumente a população, ao adoecer, busca por cuidados de pajés, benzedores, puxadores, parteiras, dentre outros, os denominados “Sacerdotes da Amazônia” (Vaz Filho, 2016).

As comunidades isoladas e remotas, em geral são pequenas, em relação ao tamanho e rarefeitas no que tange à distribuição de sua população. Essa característica do território impõe à população residente acessar os cuidados em saúde em centros urbanos maiores. Ao mesmo tempo, o acesso a serviços de saúde prestados em grandes centros continua a ser um problema para muitos residentes de áreas remotas, e as barreiras encontradas para acessar os serviços de saúde quando necessário, contribuem para resultados negativos em saúde, decorrente do não acesso oportuno, adequado e pela falta de continuidade dos cuidados (Australian Institute of Health and Welfare, 2005).

Para este projeto de pesquisa queremos chamar atenção para a implementação da política nacional de AB em contextos municipais rurais, especialmente para as áreas

remotas. São áreas com baixa densidade demográfica, com pequena população dispersa em vasto território. Estas localidades ficam a longa distância dos centros urbanos nos quais se concentram bens e serviços. Para os residentes das áreas rurais remotas ter acesso aos recursos necessários ao bem estar individual, familiar ou comunitário implica em horas, dias de trajetos em estradas com condições precárias ou longos deslocamentos por rios.

Nas últimas décadas observa-se crescentes esforços empreendidos por centros acadêmicos e fortemente induzidos pelo Ministério da Saúde por meio de financiamento de pesquisas na área de monitoramento e avaliação no sentido de avaliar a atenção básica em saúde (Almeida e Giovanella, 2007). Nesta mesma direção, em 2011 o Ministério da Saúde propôs mudanças nas diretrizes da atenção primária à saúde com o objetivo de incentivar os gestores locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde (MS, 2011). O conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), tem se apresentado como uma das estratégias indutoras da qualidade pelo Ministério da Saúde.

Inúmeros estudos tem sido produzidos a partir da base de dados do PMAQ seja no formato de artigos, trabalhos de conclusão de curso, teses e dissertações, envolvendo alunos, docentes e pesquisadores das mais de quarenta instituições de ensino participantes da coleta de dados para o PMAQ.(Giovanella et al, no prelo). Por se tratar de inquérito de base nacional, o PMAQ permite traçar um panorama atual da AB no Brasil que possibilita reconhecer alguns desafios quanto às condições estruturais de organização dos serviços de saúde e do processo de cuidado em saúde bem como da gestão do trabalho em saúde. A análise dos dados do PMAQ aponta que investir na melhoria da qualidade e do acesso é uma necessidade real para a adequação dos processos de cuidado na AB que se pretende implementar no país.

Este projeto tem como foco ampliar a lente para investigar lacunas de informação sobre a APS brasileira e reconhecer em maior profundidade questões que os inquéritos realizados nos dois primeiros ciclos do Programa apontaram como problemas que merecem investigações específicas.

Em acordo com o grupo técnico do Ministério da Saúde foi estabelecido que uma parte do recurso destinado ao grupo Fiocruz para execução da coleta de dados do terceiro ciclo do PMAQ seria utilizada para a realização de estudo qualitativo para investigação sobre a organização da atenção primária em áreas rurais e remotas.

O objetivo central deste projeto de pesquisa é reconhecer as características da oferta de serviços de atenção básica e de sua relação com a rede para garantia de atenção integral e integrada, em territórios brasileiros considerados rurais e remotos, suas especificidades, problemas e possíveis experiências em curso que tenham expressão local no sentido da melhoria do acesso e da qualidade do cuidado em saúde.

Dados de contexto são cruciais para compreensão dessas realidades. Em cenários onde as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica ainda permanecem como desafio a ser enfrentado é preciso rever os modelos, ou mesmo reconhecer que há a ausência de modelos de organização de cuidados que deem conta de capturar as especificidades das áreas rurais e remotas. Para isso, é imprescindível partir da própria realidade, reconhecer os obstáculos que persistem para ampliação do acesso aos serviços de APS, suas limitações na interface com a atenção especializada, as condições políticas, sociais e econômicas para colocar em prática as diretrizes ministeriais para a consolidação da APS como porta de entrada do sistema de saúde, serviço de procura regular, oferta de cuidados integrais, contínuos e articulados na rede de serviços de saúde. É fundamental também o reconhecimento das condições estruturais a partir das quais as equipes AB realizam o cuidado junto à população sob responsabilidade sanitária. Sobretudo, reconhecer como os serviços são prestados, os elementos que favorecem ou desfavorecem o acesso aos serviços de APS e da rede assistencial a partir da experiência de uso dos cidadãos que vivem nestes contextos. O reconhecimento desta realidade é elemento chave para a construção de propostas, estratégias coerentes e sustentáveis para a organização e oferta de ações nos serviços de saúde, de modo a responder às demandas peculiares das populações residentes em territórios rurais e remotos do Brasil.

Objetivo Geral

Compreender singularidades e especificidades da organização e do uso dos serviços de atenção primária à saúde e de sua relação com a rede para garantia de atenção integral e integrada, nos territórios considerados rurais e remotos.

Objetivos Específicos

- Caracterizar os municípios rurais e remotos em relação aos seus aspectos econômicos, demográficos e sociais;

- Caracterizar a inserção dos municípios rurais e remotos nas regiões de saúde;
- Caracterizar os serviços de APS localizados em territórios rurais e remotos;
- Identificar modos de organização dos serviços de APS em territórios rurais e remotos;
- Reconhecer as estratégias de gestão da atenção básica direcionadas para responder às necessidades em saúde das populações residentes em áreas rurais e remotas;
- Conhecer o processo de trabalho das equipes de atenção primária e como se conformam as intervenções em saúde em territórios rurais e remotos;
- Conhecer a trajetória assistencial de cidadãos residentes em territórios rurais e remotos para acesso à atenção integral, desde os serviços de APS até os de maior densidade tecnológica a partir do cuidado ofertado nos serviços de APS;
- Analisar a configuração dos fluxos regionais para garantia de continuidade dos cuidados desde a perspectiva dos municípios rurais e remotos.

Metodologia

Trata-se de estudo de casos múltiplos, exploratório, de natureza quantitativa e qualitativa, tendo como unidade de análise as áreas rurais e remotas de atuação de equipes de saúde da família, em municípios localizados em grandes regiões do país.

O contexto rural e remoto no Brasil

O conceito de ruralidade no Brasil não está bem estabelecido na literatura. Quando se trata de definição de políticas públicas evidencia-se limitações conceituais do ponto de vista da geografia. A legislação vigente no país é ainda o Decreto Lei 311/38 (BRASIL, 1938) na qual a concepção de ruralidade se constitui a partir de uma perspectiva residual, a partir daquilo que não é urbano. O Decreto estabelece que as sedes dos municípios e dos seus distritos são os espaços urbanos, sendo área rural o que está fora do espaço urbano. Os limites entre os espaços urbanos e rurais são determinados por leis municipais, podendo se constituir em espaços geográficos diferenciados entre os municípios brasileiros.

Esta concepção tem sido bastante criticada porque limita a concepção de rural a um subproduto do urbano (Miranda & Silva, 2013), sem atentar para a diversidade dos contextos rurais. Elementos como a economia agropecuária, extrativismo, pesca ou modos de vida tais como ribeirinhos, quilombolas, assentados, pantaneiros, indígenas se mesclam e definem os espaços territoriais rurais e remotos no país. São contextos

territoriais marcados por características geográficas, econômicas, políticas, históricas e culturais específicas que afetam diretamente a vida das pessoas que vivem nessas localidades.

Há, portanto, heterogeneidade, pluralidade e singularidade de modos de vida dos grupos populacionais que vivem nesses territórios e que precisam alcançar visibilidade nas políticas públicas. A indefinição do conceito e o caráter residual como o rural tem sido abordado reflete sua invisibilidade e a forma inapropriada como o Brasil lida com esses territórios.

A ausência de concepção mais aprofundada sobre os contextos rurais resultou, no âmbito das políticas, na indefinição da realidade desses territórios, que sempre ficaram restritos a à sua face agrária, que por sua vez não consegue expressar completamente a realidade rural contemporânea (SILVEIRA e PINHEIRO, 2013). Ademais, dentro de uma visão geral de rural, mesmo reconhecendo a diversidade do território nacional, são poucos os avanços sobre a definição de critérios que possam particularizar realidades distintas, como é o caso dos territórios remotos, caracterizados pela baixa ocupação, isolamento e dificuldades de acesso (WAKERMAN et al., 2017).

A tentativa de discriminar especificidades das áreas rurais e remotas é muito recente no Brasil. Destacam-se algumas iniciativas no contexto brasileiro, como Equipes de Saúde da Família ribeirinhas ou fluviais para o contexto da Amazônia Legal ou Pantanal Sul Matogrossense; a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas; e a Política de Práticas Integrativas e complementares do SUS, contudo, ainda insuficientes em sua implementação. Em contextos internacionais já está em curso, há algumas décadas, propostas que buscam imprimir uma concepção de espaço rural para além da simples oposição ao espaço urbano. Dentre as propostas existentes, uma das mais influentes tem sido a proposta da OCDE, que tem avançado na definição de uma tipologia cujo principal critério é a densidade demográfica, mas também considera o tamanho dos centros urbanos e a influência da distância da área rural em relação ao centro urbano, classificando as regiões isoladas e próximas ao mesmo e admitindo o critério de acessibilidade. A OCDE classifica os espaços territoriais em: predominantemente urbanas, intermediárias próximas de uma cidade, intermediárias isoladas, predominantemente rurais próximas de uma cidade e predominantemente rurais isoladas (OCDE, 2011).

Recentemente o IBGE (2017) publicou uma proposta de classificação urbano e rural para o Brasil, alinhada com a tipologia proposta pela OCDE e União Europeia. Esta proposta considera o critério de densidade demográfica associada ao critério de

acessibilidade a centros com alto nível hierárquico em relação a rede urbana, em escala municipal. Com base na metodologia estabelecida definiu um índice de isolamento dos municípios, classificando-os em municípios rurais adjacentes e rurais remotos, em relação às áreas urbanas que concentram bens e serviços.

A partir da definição do que estabeleceram como áreas adjacentes e remotas foi feita a diferenciação do que seriam, no Brasil, classificados como território urbanos e rurais. Com esses critérios foi elaborada uma matriz conceitual que inter-relaciona os critérios de densidade populacional, localização em relação as regiões de influência e o percentual da população em áreas de ocupação densa das unidades populacionais.

Segundo a classificação e caracterização dos municípios brasileiros pelo IBGE (2017), a maior parte dos municípios brasileiros é predominantemente rural (60,4%), sendo 54,6% classificados como rurais adjacentes e 5,8% como rurais remotos. Há no Brasil 3.040 municípios rurais adjacentes em todo país, sendo a Região Nordeste a que concentra 37,3% desses municípios, seguida das regiões Sudeste (25,3%) e Sul (25,2%). 323 municípios rurais remotos em todas as regiões do país, situados em maior proporção nas Regiões Norte (37,5%), seguida da Região Nordeste (31,6%) e Centro-Oeste (22,9%). A Região Sul se destaca pela quase inexistência de áreas rurais com características remotas (0,6%). A Região Nordeste se destaca por concentrar grande parte dos municípios rurais adjacentes e remotos e a Região Norte, os municípios rurais remotos do país. Além do rural remoto, 60 municípios foram considerados como intermediários remotos, os quais também, na sua maioria, estão localizados nas regiões Norte (55%) e Centro-Oeste (27%) do país (anexo 1). Segundo esta nova classificação, nos municípios classificados como rurais adjacentes vivem 28.689.820 cidadãos, nos rurais remotos vivem 3 524 597 cidadãos e, nos municípios considerados intermediários remotos, são cerca de 1 305 906 cidadãos. Ao todo, são 33.520.323 milhões de brasileiros, 17,6% da população vivendo em territórios rurais e remotos do país. O que é, inegavelmente, um desafio para a consecução de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

A proposta do IBGE é uma aproximação importante para a discriminação dos espaços rurais e remotos brasileiros, embora se reconheça limitações na proposta. Como exemplo de limitação, a proposta deixou de fora da classificação as áreas rurais remotas localizadas no município de Manaus, as quais distam em torno de 12 horas de barco em relação à sede municipal. Também não incluiu municípios localizados no semiárido nordestino, cuja ausência de estradas e meios de transporte impedem a interconexão com a sede municipal, realidade muito comum nas regiões Norte e Nordeste do país.

Critérios para escolha dos municípios participantes do estudo

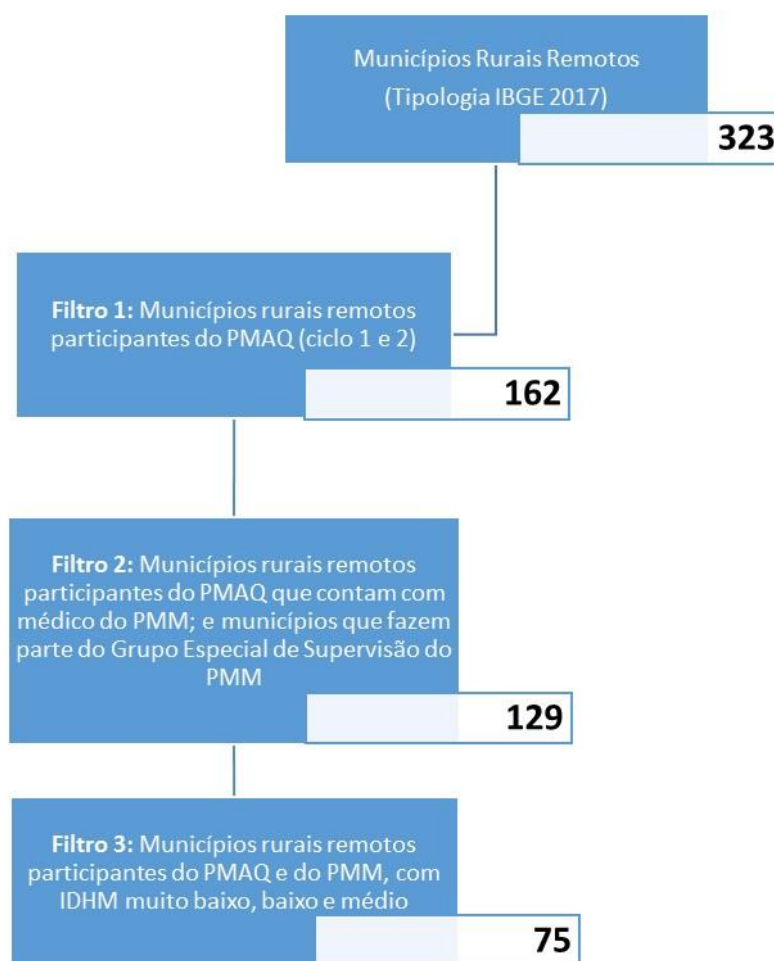
Para definição dos municípios participantes do estudo partiu-se da proposta do IBGE (2017) seguindo a classificação estabelecida para áreas rurais e remotas. Dos 323 municípios classificados como rurais remotos, foram elencados aqueles que haviam participado do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica com equipes que atuam em áreas rurais, chegando a 162 municípios. Destes foram selecionados os que possuíam equipes de AB atuantes nas áreas rurais remotas e que no período de 2013 a 2018 contaram com médicos do Programa Mais Médicos (PMM). Entre os municípios que integram o PMM, inclui-se também aqueles pertencentes ao Grupo Especial de Supervisão do Programa Mais Médicos² (GESPM), chegando-se a 129 municípios, dentre os quais 5 fazem parte do GESPM. Por fim aplicou-se o critério Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) por se tratar de um indicador composto que capta elementos econômicos, sociais e demográficas do contexto que determinam as condições de saúde da população. Para os 129 municípios que corresponderam aos critérios anteriores foi aplicado como critério para seleção de municípios o IDH-M (2010), nas seguintes faixas: muito baixo (0,000 - 0,499), baixo (0,500 – 0,599) e IDH-M médio (0,600 – 0,650), quando os municípios (entre os 129) apresentavam IDH-M acima de 0,599. Após a aplicação do critério IDH-M chegou-se a uma lista final com 75 municípios (anexo 2) que poderão fazer parte do estudo, conforme disponibilidade e aceite do convite para participar do estudo e viabilidade para realização da coleta de dados *in loco* (quadro 1 e figura 1).

² O Grupo Especial de Supervisão do Programa Mais Médicos foi instituído por meio da Portaria Normativa MEC nº 28, de 14 de julho de 2015, para possibilitar a realização da supervisão dos médicos do PMM atuantes nas áreas remotas, de difícil acesso do país.

Quadro 1: critérios adotados no estudo para definição dos municípios rurais remotos participantes do estudo.

Critérios de inclusão	Fonte	N municípios
Ser classificado como rural remoto – tipologia IBGE	IBGE, 2017	323
Municípios rurais remotos participantes dos ciclos 1 e 2 PMAQ-AB das cinco regiões do país	MS/DAB	162
Municípios cujas Equipes SF atuantes nas áreas rurais contam com médico do Programa Mais Médicos	MS/DAB	129
Municípios rurais remotos que fazem parte do Grupo Especial de Supervisão do Programa Mais Médicos do MEC	MEC	5/129
Seleção de municípios com IDH-M (2010), nas seguintes faixas: muito baixo (0,000 - 0,499), baixo (0,500 – 0,599) e IDH-M médio (0,600 – 0,650), quando os municípios apresentavam IDH-M acima de 0,599	Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD)	75

Figura 1: Critérios aplicados para definição dos municípios rurais remotos participantes do estudo.



Os municípios rurais remotos selecionados estão circunscritos a quatro das cinco regiões do país. A Região Sul foi a única região sem a presença de municípios que atendessem aos critérios aplicados. Dentre os municípios selecionados, a maior parte deles está localizada em áreas especiais, Amazônia Legal³ e Semiárido Brasileiro⁴.

Além dos municípios rurais remotos, optou-se também por incluir duas capitais de estados da Região Norte que possuem áreas rurais consideradas de difícil acesso: Manaus (AM) e Macapá (AP). Estas capitais possuem áreas rurais, que mesmo administrativamente pertencentes a estas, apresentam características demográficas de rarefação populacional e geográficas de isolamento, as quais implicam em barreiras de acesso para utilização dos recursos do sistema de saúde. A escolha das comunidades rurais e equipes participantes do estudo dependerá do acordo a ser feito com o gestor municipal de ambos municípios.

Em relação à definição dos municípios rurais adjacentes participantes do estudo, foram aplicados os mesmos critérios para definição dos municípios rurais remotos. Optou-se por selecionar os municípios rurais adjacentes localizados nos estados de Alagoas, Pernambuco, Paraná, Espírito Santo e Rio de Janeiro, por se tratar de estados nos quais a Fiocruz é responsável por realizar a coleta de dados para a avaliação externa do PMAQ, em cooperação com o Ministério da Saúde desde 2011.

Assim, para a seleção dos municípios rurais adjacentes adotamos a classificação estabelecida pelo IBGE (2017) e seguimos a mesma lógica da escolha dos municípios rurais remotos. Dos 447 municípios dos estados de AL, PE, PR, ES, RJ, classificados como rurais adjacentes, foram elencados aqueles que haviam participado do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos 1 e 2, com equipes que atuam em áreas rurais, chegando a 300 municípios. Todos os 300

³ A Amazônia Legal foi criada inicialmente como área de atuação da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA), em 1953. Atualmente, ela corresponde à área dos Estados da Região Norte (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins), acrescidos da totalidade do Estado de Mato Grosso e dos municípios do Estado do Maranhão situados a oeste do meridiano 44° O. Em sua configuração atual, equivale a área de atuação da SUDAM. Referências Jurídicas/Administrativas: Lei 1.806, de 06 de janeiro de 1953; Lei 5.173, de 27 de outubro de 1966. <https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/amazonialelegal.shtm?c=2>

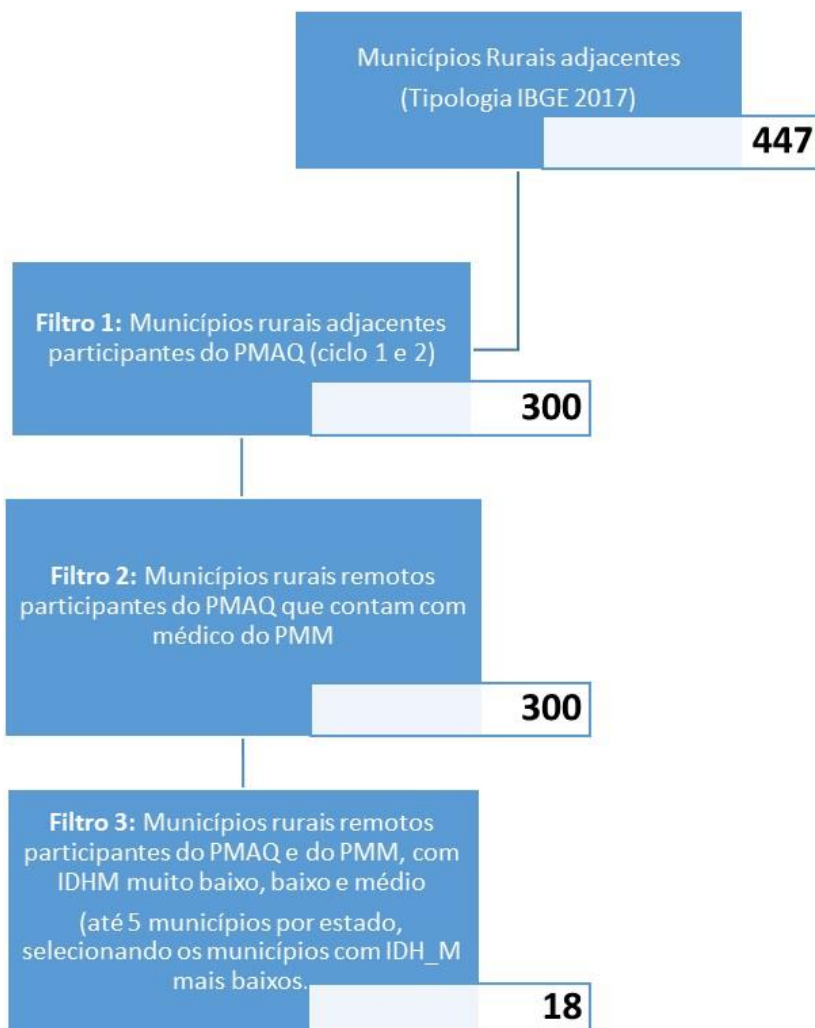
⁴ Cadastro dos municípios brasileiros localizados na Região Semiárida do país, com uma extensão total de 982.563,3 km². Dessa área, a Região Nordeste concentra em torno de 89,5%, abrangendo a maioria dos estados nordestinos, com a exceção do Maranhão, e o Estado de Minas Gerais, situado na Região Sudeste, possui os 10,5% restantes (103.589,96 km²). Referências Jurídicas/Administrativas: Portaria N° 89, de 16 de março de 2005, do Ministério da Integração Nacional. <https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/semiariado.shtm>

municípios contaram com médicos do PMM, no período de 2013 a 2018, contudo nenhum deles faz parte do Grupo Especial de Supervisão do Programa Mais Médicos. Na sequência, aplicou-se o critério IDH-M (2010) para os 300 que corresponderam aos critérios anteriores, utilizando as mesmas faixas estabelecidas para a amostra de municípios rurais remotos. No entanto, para a definição dos municípios rurais adjacentes optou-se por selecionar até 5 municípios que apresentassem IDH-M mais baixos. Após a aplicação desse critério chegou-se a uma lista final com 18 municípios (anexo 3) que poderão fazer parte do estudo, conforme disponibilidade e aceite do convite para participar do estudo e viabilidade para realização da coleta de dados *in loco*. Observa-se que o critério IDH-M foi o mais determinante para se chegar ao conjunto de municípios rurais adjacentes de interesse do estudo. O critério ter médico do PMM não teve efeito discriminatório, enquanto que fazer parte do Grupo Especial de Supervisão do Programa Mais Médicos não se aplicou para os municípios adjacentes, devido a sua especificidade para áreas remotas e de difícil acesso do país (quadro 2 e figura 2).

Quadro 2: critérios adotados no estudo para definição dos municípios rurais adjacentes participantes do estudo.

Critérios de inclusão	Fonte	N municípios
Ser classificado como rural adjacente – tipologia IBGE, nos estados do AL, PE, PR, ES, RJ	IBGE, 2017	447
Municípios rurais adjacentes participantes dos ciclos 1 e 2 PMAQ-AB dos estados do AL, PE, PR, ES, RJ	MS/DAB	300
Municípios cujas Equipes SF atuantes nas áreas rurais contam com médico do Programa Mais Médicos	MS/DAB	300
Municípios rurais adjacentes que fazem parte do Grupo Especial de Supervisão do Programa Mais Médicos do MEC	MEC	Não se aplica
Seleção de municípios com IDH-M (2010), nas seguintes faixas: muito baixo (0,000 - 0,499), baixo (0,500 – 0,599) e IDH-M médio (0,600 – 0,650), quando os municípios dos estados considerados na amostra (AL, PE, PR, ES, RJ) apresentarem IDH-M acima de 0,599	Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD)	18

Figura 2: Critérios aplicados para definição dos municípios rurais adjacentes participantes do estudo.



Propõe-se nesse estudo discutir questões próprias das localidades buscando trazer à tona elementos comuns aos territórios rurais e remotos, a realidade da organização e funcionamento dos serviços de APS, além das formas e usos dos recursos externos aos sistemas de saúde feitos pelos cidadãos residentes nesses territórios para solucionar suas necessidades em saúde. Para tanto, buscar-se-á investigar a forma como estão estruturados os serviços da APS nestes contextos; como se dá o processo de trabalho das equipes de APS e reconhecer a trajetória assistencial dos moradores e usuários dos serviços de APS. Serão utilizadas abordagens mistas e estratégias de pesquisa trianguladas de modo a abarcar o máximo de informações que permitam o aprofundamento do estudo.

A compreensão a respeito das ações de planejamento e estratégias de gestão local para responder às necessidades em saúde das populações residentes em áreas rurais e remotas, também faz parte desse estudo. Serão realizadas entrevistas com

gestores da Secretaria Municipal de Saúde e dos Distritos Rurais, Secretaria Estadual de Saúde e as respectivas estruturas regionais. Essas entrevistas serão norteadas por um roteiro que buscará compreender o quanto a gestão consegue incorporar as normas e diretrizes para implantação das ações de AB nestes contextos; as bases para o planejamento e gestão da atenção básica; estrutura e modelos organizacionais na AB; articulação com outros recursos do sistema de saúde loco-regionais; e identificação da existência de inovações tecnológicas para o enfrentamento das demandas em saúde, para compreensão da forma como se lida com as demandas pelos serviços de saúde nestes contextos.

Para conhecer o modo como estão organizados os serviços de APS e a forma como são desencadeadas as ações em saúde no processo de trabalho das equipes AB, serão realizadas entrevistas com profissionais da AB que atuam diretamente nos territórios rurais e remotos e tenham sob responsabilidade usuários residentes nestas áreas. Para o estudo importa que as equipes AB atuem em territórios rurais, estando ou não a UBS de vinculação localizada na área rural e remota.

A lógica de organização dos serviços de APS, a disponibilidade de ações e serviços e a condição para possibilitar o acesso adequado e oportuno, serão observadas a partir da percepção dos usuários dos serviços de APS, por meio da realização de entrevistas semi-estruturadas.

As estratégias metodológicas definidas para a realização do estudo contemplam dois eixos de análise: a institucionalidade da política de saúde, especificamente da atenção básica e a conformação das práticas de saúde e seu uso nos territórios rurais e remotos. A perspectiva do território é a base para a análise dos dois eixos, compreendidos aqui de maneira articulada e interdependentes (quadro 3).

1 - Institucionalidade da política e sua relação com a dinâmica geopolítica dos territórios rurais e remotos, observando os seguintes aspectos:

- Caracterização da realidade socioespacial dos territórios rurais e remotos com incorporação de informações das diferentes situações geográficas segundo indicadores socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos.
- Análise das políticas e diretrizes formuladas nacionalmente e sua implantação em contextos específicos, especialmente as realidades rurais e remotas.

- Análise das bases do planejamento e da organização da atenção primária tendo em perspectiva a formulação nacional, a abrangência da incorporação de elementos específicos dos contextos rurais e remotos neste processo.

2 - O território usado (Santos, 1999): Conformação e utilização dos serviços de APS e da rede assistencial nos territórios rurais e remotos.

- Caracterização dos serviços de saúde de atenção primária à saúde no que tange ao escopo, abrangência e articulação com os recursos em saúde e intersetoriais, no território rural e remoto, e na região de referência.
- Análise da estrutura e do processo de trabalho das equipes de atenção básica, tendo em vista os atributos conferidos a APS no Sistema Único de Saúde.
- Análise das trajetórias assistenciais percorridas por cidadãos residentes nos territórios rurais e remotos na busca por cuidados em saúde, segundo eventos marcadores.
- Comparação dos fluxos cotidianos da população para garantir seu acesso a bens e serviços de uma forma geral, com aqueles normatizados para a realização da busca por cuidado em saúde.

Para a realização das entrevistas, os convites para participação no estudo serão realizados da seguinte forma: para gestores e profissionais o contato será realizado inicialmente por telefone e e-mail. As entrevistas serão realizadas no local de trabalho ou local mais apropriado sugerido pelo entrevistado; para os usuários identificados pelos profissionais das unidades básicas de saúde, o contato será realizado por telefone ou visita ao domicílio. Para o grupo de usuários.

O entrevistador se deslocará até o local definido pelo entrevistado para a realização da entrevista. Não haverá nenhum tipo de despesa financeira por parte dos participantes da pesquisa.

Quadro 3: Objetivos e estratégias metodológicas propostas para realização do estudo

Objetivos	Eixos de análise	Fontes	Informantes
1- Institucionalidade da política e sua relação com a dinâmica geopolítica dos territórios rurais e remotos, observando os seguintes aspectos.			
Caracterizar os municípios rurais remotos em relação aos aspectos econômicos, demográficos e sociais	Caracterização da realidade socioespacial dos territórios rurais e remotos com incorporação de informações das diferentes situações geográficas segundo indicadores socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos.	MS; IBGE, DATASUS, PNUD... Documentos	NSA
Caracterizar os serviços de APS localizados em territórios rurais remotos	Análise das políticas e diretrizes formuladas nacionalmente e sua implantação em contextos específicos, especialmente as realidades rurais e remotas.	Banco PMAQ Documentos Observação	NSA
Reconhecer as estratégias de gestão da atenção básica direcionadas para responder às necessidades em saúde das populações residentes em áreas rurais remotas	Análise das bases do planejamento e da organização da atenção primária tendo em perspectiva a formulação nacional, a abrangência da incorporação de elementos específicos dos contextos rurais e remotos neste processo.	Entrevistas (Entrevistas serão realizadas no local de trabalho do entrevistado) Documentos	Gestor: SMS, Distrito rural; SES; Instância Regional de Saúde COSEMS
2- O território usado (Santos,1999): Conformação e utilização dos serviços de APS e da rede assistencial nos territórios rurais remotos			
Conhecer o processo de trabalho das equipes de atenção primária e como se conformam as intervenções em saúde em territórios rurais remotos	Caracterização dos serviços de saúde de atenção primária à saúde no que tange ao escopo, abrangência e articulação com os recursos em saúde e intersetoriais, no território rural e remoto e na região de referência.	Entrevistas (Entrevistas serão realizadas no local de trabalho do entrevistado) PMAQ Documentos Observação	Profissionais
	Análise da estrutura e do processo de trabalho das equipes de atenção básica, tendo em vista os atributos conferidos a APS no Sistema Único de Saúde		
Conhecer a trajetória assistencial de cidadãos residentes em territórios rurais remotos para acesso à atenção integral, desde os serviços de APS até os de maior densidade tecnológica a partir do cuidado ofertado nos serviços de APS	Análise das trajetórias assistenciais percorridas por cidadãos residentes nos territórios rurais e remotos na busca por cuidados em saúde, segundo eventos marcadores	Entrevistas (Entrevistas serão realizadas na residência do entrevistado)	Usuários
Analisar a configuração dos fluxos regionais para garantia de continuidade dos cuidados desde a perspectiva dos municípios rurais remotos	Comparação dos fluxos cotidianos da população para garantir seu acesso a bens e serviços de uma forma geral, com aqueles realizados na busca do cuidado em saúde	Entrevistas Documentos	Usuários Profissional Gestor

O conceito de território usado

Partindo das contribuições de Milton Santos (1999), o território é compreendido como espaço onde as relações e processos sociais se estabelecem e, portanto, tem uma dimensão ativa em função da dinâmica gerada a partir da ação das pessoas e instituições. O conceito de território usado proposto pelo autor se materializa quando se desvelam as relações, o campo de forças, o uso econômico e os usos sociais dos recursos. É esta perspectiva que norteará a análise sobre como a política de atenção básica formulada de fora se materializa (ou não) no território rural e remoto; como as relações sociais, os valores culturais e condições econômicas locais determinam a institucionalidade da política e o uso dos recursos em saúde a partir da atenção básica.

Como argumenta Boaventura de Sousa Santos “é por meio do conhecimento válido que uma dada experiência social se torna intencional e inteligível”. É preciso desvelar as contradições presentes nas experiências sociais considerando o contexto. Entendendo que este contexto dialoga com produções globais e locais e este emaranhado de relações e ações interfere na dinâmica, no uso do território.

Escolha dos eventos marcadores

A seleção de eventos ou agravos como marcadores parte do pressuposto de que a análise das condições de assistência pode sinalizar aspectos substantivos da qualidade da atenção em geral (Kessner et al., 1992). Esta perspectiva está presente neste estudo. Para elucidar o percurso assistencial que os usuários da APS fazem para acessar os serviços de saúde, serão delimitados como evento: acompanhamento pré-natal e parto; detecção precoce (rastreamento e diagnóstico) do câncer de colo de útero; e doenças crônicas.

A trajetória assistencial será reconstituída por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, no intuito de reconstituir o percurso assistencial desde o início da identificação do evento e o momento da busca por cuidado, identificando as unidades de saúde percorridas e outras fontes de cuidado acionadas, identificação dos fatores que interferiram no processo do cuidado e a percepção do entrevistado sobre os cuidados ofertados nos serviços de saúde.

A equipe de atenção básica será a informante chave para se chegar aos usuários-entrevistados potenciais para o estudo. Os usuários deverão ser cadastrados nas unidades básicas de saúde e atender aos seguintes critérios de participação:

- mulheres que tiveram gestação/parto nos últimos 12 meses;
- mulheres que tiveram exame de Papanicolau alterado pelo menos há 12 meses;
- paciente cadastrado no HIPERDIA que precisou de consulta com especialista nos últimos 12 meses.

Há evidências científicas de que a Atenção Primária à Saúde (APS) quando exerce função central na rede de atenção à saúde, está associada a ações e serviços mais custo efetivos, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores globais de saúde (Boerma, 2007; Kringos et al., 2010a; Strandberg-Larsen and Krasnik, 2009).

Uma APS bem integrada é condição necessária para que este nível de atenção esteja em condições de coordenar o percurso terapêutico e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços e ações em local e tempo oportunos (Wagner et al, 2014) e, conseqüentemente, favorecer a produção de impactos positivos na saúde da população. (Kringos et al, 2010b; Boerma, 2007; Hudon et al, 2015)

Nesta perspectiva, a APS deve estar articulada a uma rede de saúde locorregional, em um território delimitado, favorecendo a integralidade, o acesso e a equidade, otimizando recursos e a racionalizando gastos. Nesta proposta organizativa, espera-se que o usuário busque, inicialmente, as soluções para os seus problemas de saúde em serviços presentes no território de seu município e posteriormente em outros locais pertencentes à rede regional de saúde previamente estabelecida, de acordo com as necessidades em saúde que apresente. Assim, cabe aos gestores da saúde a responsabilidade de identificar as necessidades de saúde dos usuários e desenvolver em seu território ações e serviços de saúde, principalmente de atenção básica. É certo que por razões de escala, eficiência e qualidade da atenção, nem todos os municípios devem dispor de todos os serviços que compõe a rede assistencial, mas tais recursos devem estar disponíveis e acessíveis fora dos limites geográficos do território municipal para a garantia do atendimento integral, em escala regional.

Entende-se que a atenção integral e contínua aos usuários se relaciona à integração dos municípios com articulação dos serviços de APS aos demais pontos de atenção secundária e terciária de seu próprio território e/ou de outros municípios que compõem a região de referência.

Assim, reconhecer os inúmeros fatores e situações que permeiam os processos reveladores da singularidade dos deslocamentos dos usuários/pacientes na procura por cuidados de saúde; identificar o que determina e influencia esta busca e o movimento formal e informal produzido pelos usuários/pacientes é o que se espera revelar a partir da reconstituição das trajetórias assistenciais de eventos considerados marcadores importantes para a atenção primária à saúde.

Gestação e parto

O evento da gestação e nascimento são processos considerados naturais e, na maioria das vezes não implicam em riscos para mães e bebês. Há muito se sabe que a atenção pré-natal de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, e os serviços de APS no Brasil tradicionalmente fazem o acompanhamento das mulheres durante a gestação e posteriormente ao parto as ações de seguimento do recém-nascido até os dois anos de idade (Victora et al, 2011; França e Lansky, 2011; Lansky et al, 2014).

No entanto, no Brasil, as mulheres grávidas ainda enfrentam dificuldades na atenção pré-natal ofertada nos serviços de AB em muitos municípios brasileiros, assim como para admissão nas maternidades para a assistência ao parto, condições essas que aumentam os riscos de desfechos negativos para as mulheres e os bebês. A pesquisa *Nascer no Brasil* evidenciou que a maior parte das gestações são consideradas de risco habitual com acompanhamento pré-natal realizado nas unidades básicas de saúde. Pouco mais de 50% das mulheres entrevistadas relataram ter sido orientadas sobre a maternidade de referência, e 16% procuraram mais de um serviço para a admissão para obter assistência hospitalar no momento do parto, este quadro certamente é ainda pior para as mulheres residentes em áreas remotas (Vilela et al, 2014).

Em relação ao momento do nascimento do bebê, a peregrinação de mulheres em busca de um local para ter seu parto assistido é um problema que há décadas vem sendo denunciado como um grave problema de saúde pública no país, incidindo nos altos índices de mortalidade materna (Reis, Pepe e Caetano, 2011) e na mortalidade infantil, no seu componente neonatal (Victora et al, 2011; Lansky et al, 2014).

Frente a gravidade do problema, iniciativas legais foram tomadas com vistas a garantir o direito da gestante de ter conhecimento e a vinculação, com garantia de leito obstétrico, em maternidade no âmbito do SUS⁵. No entanto, ainda estão presentes no sistema de saúde brasileiro problemas de qualidade da atenção pré-natal nas unidades básicas brasileiras (Vilelas et al; 2014); lacunas entre o pré-natal e o encaminhamento seguro da mulher para as maternidades (Albuquerque et al, 2011).

⁵ Lei Nº 11.634, DE 27 De Dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

As Doenças Crônicas não transmissíveis

Sistemas de saúde em todo o mundo têm enfrentado desafios importantes frente às mudanças demográficas e epidemiológicas. A expectativa de vida da população é cada vez mais longa e também é crescente a presença das condições crônicas na população, seja pelo envelhecimento ou por razões relacionadas a hábitos de vida e aos seus determinantes sociais (Schmidt et al, 2014; Alves e Faerstein, 2016).

A literatura tem destacado que a APS tem assumido papel central na coordenação assistencial, especialmente para as ações de prevenção de situações agudas e na condução de cuidados contínuos direcionados para o manejo de pacientes com doenças crônicas. (Saltman, Rico e Boerma, 2007; Hansen et al, 2015; Tricco et al, 2014). O cuidado adequado e oportuno no processo assistencial das doenças crônicas exige que os serviços de saúde estejam organizados de modo a ofertar ações de promoção e prevenção contínuas aos seus usuários, além de intervenções para acompanhamento, cura e ou reabilitação com possibilidade de acesso aos vários pontos da rede de atenção.

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm se apresentado como a principal causa de mortalidade, sendo as doenças cardiovasculares, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes as principais responsáveis pelas proporções de óbitos neste grupo de doenças (Schmidt et al, 2011). O inquérito realizado em 2013 a partir da Pesquisa Nacional de Saúde evidenciou que ao menos uma doença crônica estava associada ao maior uso de serviços de saúde para a população adulta brasileira (Malta et al, 2017). A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus estão entre as primeiras causas de hospitalizações no Sistema Único de Saúde. Frente a magnitude deste quadro epidemiológico, o Ministério da Saúde lançou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao Diabetes Mellitus (DM) com o objetivo de qualificar as ações de promoção e prevenção desses agravos na atenção básica.

O Câncer de Colo de Útero

Entre as neoplasias, o câncer de colo de útero ainda é uma das neoplasias que mais incidem nas taxas de mortalidade entre mulheres, sendo que as taxas brasileira de incidência e mortalidade são altas quando comparadas com as de países com sistemas de saúde universais. A mortalidade por CCU tem-se mantido estável no país, mas é possível reconhecer importantes diferenças regionais. Enquanto em estados da Região Sul observa-se melhores resultados no rastreamento do CCU e redução dos índices de mortalidade, em alguns estados das regiões Norte, Nordeste ,principalmente,

encontram-se os piores resultados. (Thuler, 2008; Tomasi et al, 2015; Barcelos et al, 2017). De acordo com as estimativas do INCA, o CCU se destaca como primeiro tipo de câncer mais incidente na Região Norte, o segundo na Região Nordeste e o terceiro na Região Centro-Oeste (INCA, 2011).

No entanto, é uma doença com alta possibilidade de prevenção e cura. O exame Papanicolau é o meio diagnóstico para a prevenção do CCU, sendo preconizada a sua realização em larga escala entre as mulheres na faixa etária elegível. A UBS é responsável pela coleta do exame e responsável por captar as mulheres para a realização do exame em tempo oportuno.

Estudos têm demonstrado fragilidades em todo o processo do cuidado para a prevenção e tratamento oportuno do CCU. Na atenção básica observou-se que somente metade das UBS brasileiras dispõe de estrutura adequada para realização do rastreamento do CCU por meio do exame citopatológico. Pouco mais de um quarto das equipes AB incorporam processo de trabalho adequado para detecção do CCU (Tomasi et al, 2015). Como se trata de um agravo prevenível, as estratégias de intervenção para diagnóstico precoce e tratamento em estágios iniciais da doença são cruciais para aumentar as chances de cura e sobrevida.

Reconstituição de trajetórias assistenciais

Trajetória assistencial é entendida como busca por recursos terapêuticos e caminhos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionar o problema de saúde, considerando as práticas individuais e socioculturais. A abordagem das necessidades em saúde pode enfatizar o ponto de vista biológico, assim como social, cultural e político (GERHARDT, 2006). Autores que têm se dedicado aos estudos sobre estes enfatizam a importância das abordagens que valorizam as expressões da experiência do adoecimento e as buscas por cuidado na perspectiva daqueles que a vivencia (Bellato et al., 2011).

No presente estudo a ênfase será dada ao percurso do indivíduo pelos serviços de saúde na busca por respostas à sua demanda em saúde, com vistas a identificar os elementos que conformam as intervenções em saúde a partir do cuidado ofertado nos serviços de APS em territórios rurais e remotos. No entanto, também serão analisadas os sistemas de cuidado popular e informal, conforme colocado por Keinman (1980) Parte-se do pressuposto de que a apreensão dos determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença acaba por influenciar também a busca das pessoas pela

assistência. Neste processo, cada pessoa tem uma necessidade diferente a ser solucionada, sendo esta necessidade produto de suas relações sociais, de sua cultura, de sua condição social e econômica.

Enfrentar o adoecer faz parte do cotidiano e, para lutar contra a doença, o ser humano desenvolve diversas estratégias no processo saúde-doença. Neste sentido, o cotidiano representa o cenário de base para o estudo que buscam reconstituir as trajetórias assistenciais, pois as buscas para o cuidado e o tratamento das doenças são construções individuais e sociais que se materializam nos pequenos jogos sociais.

Sobre as experiências cotidianas, SANTOS (2009) afirma que há uma imbricação de relações que se estabelecem que envolve desde relações de horizontalidades constituída de ações derivadas de um trabalho comum, como as ações de solidariedades vizinhas; e de relações de verticalidades, que ocorrem mediante vinculações materiais e organizacionais, mais ou menos alheias ao lugar, como as redes e as formas de consumo e produção globalizadas.

Partindo desta abordagem, será realizada a análise dos usos deste território, considerando a perspectiva das pessoas que utilizam os serviços de saúde no cotidiano dos contextos rurais remotos. Pretende-se desenhar a trajetória assistencial real percorrida pelo usuário e a trajetória assistencial preconizada pela gestão. Dessa forma, será possível apreender os caminhos desenhados/percorridos pelo indivíduo/família na experiência de busca de cuidados e assim, analisar os fluxos determinados pelos usuários comparando com os fluxos normatizados e a organização formal dos serviços de saúde. Além de se buscar identificar as horizontalidades na busca do cuidado nos sistemas não formais.

Na composição da trajetória assistencial duas lógicas diferenciadas existem e coexistem entre si, a lógica dos serviços de saúde e a lógica dos usuários, as quais estão a todo o momento se co-relacionando. A lógica dos serviços de saúde é materializada pelo exercício profissional e pela organização. Já a lógica dos usuários é determinada pela busca de cuidados que são condicionados pela necessidade existente, expressos em trajetórias próprias construídas a partir da utilização dos diferentes sistemas de saúde (Bellato et al., 2011).

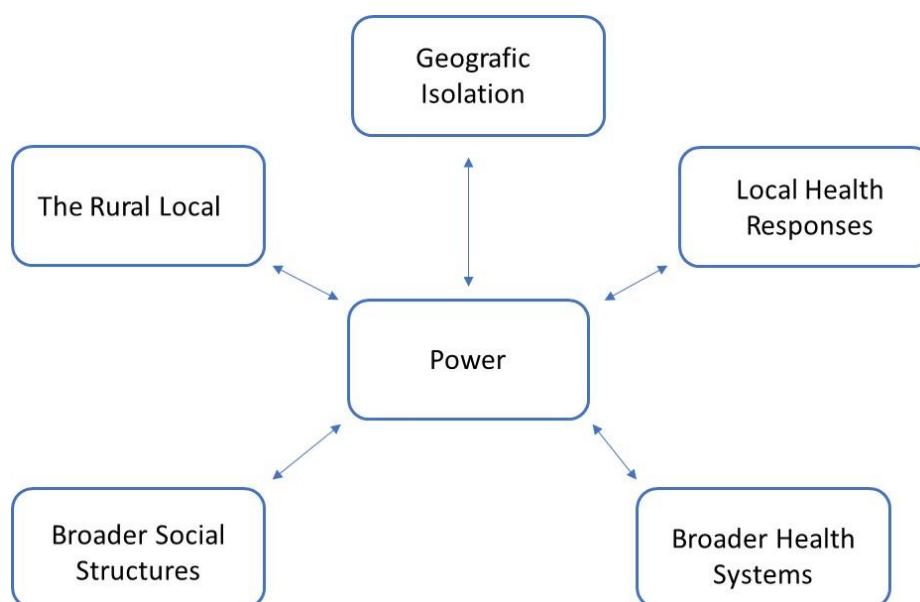
Por fim, esta proposta parte do entendimento de que identificar e compreender os distintos caminhos e fluxos percorridos no sistema de saúde, sob a perspectiva dos próprios usuários é fundamental para a melhoria da qualidade da atenção prestada.

Modelo conceitual e desenho analítico

Para análise das questões sobre APS em áreas rurais remotas contidas neste estudo, será aplicado o framework proposto por BOURKE et al.. (2012), adaptado à realidade rural remota brasileira. Os autores propõem um modelo conceitual, cuja premissa pressupõe que a relação entre as atividades humanas e a estrutura societal formata as práticas sociais ordenadas no tempo e no espaço. O modelo conceitual proposto conecta as ações individuais, aspectos geográficos, respostas dos serviços de saúde locais, estruturas sociais e o sistema de saúde mais amplos às questões sociais e ao campo de forças e de poder, que envolvem o território rural. Na linguagem de Santos (1999) trata-se do território usado, dinâmico, ativo, o lugar onde se constrói a coerência e a solidariedade entre eventos. O modelo conceitual proposto considera, assim, que as ações promovidas e os usos feitos dos recursos em saúde são decorrentes dessas interações sociais. Parte da noção de que o que se produz nos contextos tem influência de estruturas mais amplas da sociedade global, mas também daquelas estabelecidas no plano local. Desta forma, estruturas sociais, relações de poder, ações e relações humanas (globais e locais) determinam e configuram o modo como os serviços de saúde se estruturam e são usados nos contextos rurais (BOURKE et al., 2012).

O framework (Figura 3) é composto de seis questões-chave que devem ser respondidas para um melhor entendimento sobre o território estudado, quais sejam: a) o isolamento geográfico; b) as questões locais que envolvem os modos de vida e relações na localidade; c) as respostas de saúde dos serviços que atuam no território; d) os sistemas de saúde que se conectam com os sistemas de saúde presentes no território; e) as relações sociais deste território em um contexto mais ampliado, e; f) o poder de transformação interno e externo ao território.

Figura 3: A Conceptual framework of rural and remote health



Bourke et al., 2012

Isolamento geográfico

Refere-se à distância de outras populações, centros e serviços que caracteristicamente distinguem o cenário da saúde rural e remota do da saúde urbana e determina os padrões de acessibilidade de um modo geral. Pode ser chamado de acessibilidade geográfica.

Território rural

O foco dessas relações sociais é a análise das interações e ações das pessoas em lugares rurais específicos. O local rural é um contexto particular no qual as relações sociais são constituídas e onde os resultados de saúde ocorrem. É o território usado, nas palavras de Milton Santos,. Espaço onde são incorporados todos os tipos de relações sociais, incluindo conversas entre usuários dos serviços de saúde, comportamentos individuais, as ações de grupos comunitários as relações com o meio ambiente, as redesformadas entre indivíduos e as relações de poder dentro da comunidade. Embora o foco seja o local, compreende-se que o local também é moldado nas conexões com pessoas e organizações não locais.

Sistema de saúde local

Serviços, programas e ações de saúde, sejam formais ou informais, são desenvolvidos em localidades rurais específicas para atender às necessidades das comunidades locais. Refere-se a um conjunto de diferentes instituições, tais como o centro de saúde local e comunitário, o hospital geral, organizações não governamentais, serviços de saúde privados. Inclui também as autoridades regionais, as entidades representativas dos profissionais. Outras atividades podem incluir serviços comunitários, associações de pacientes portadores de doenças, projetos de prevenção e promoção da saúde.

Os recursos de saúde locais (programas, serviços, atividades) são produzidos, por atores e grupos, com base em suas ações, percepções de necessidade e recursos disponíveis. Indivíduos e grupos agem para melhorar os serviços de saúde e programas, levando em consideração os limites estruturais de financiamento e regras mais amplas do sistema de saúde.

Sistema de saúde amplo

A estrutura do sistema de saúde de determinada sociedade na qual se inclui os sistemas de saúde locais tem impacto na compreensão da saúde em um determinado local rural ou remoto. Aqui se inclui o governo, Associações Profissionais e empresas farmacêuticas, seguradoras de saúde. Entende-se que os sistemas de saúde abrangentes, que compreendem "organizações, instituições, recursos e pessoas", com o objetivo de melhorar a saúde, moldam as maneiras pelas quais os serviços de saúde locais são projetados, entregues, gerenciados, monitorados e financiados.

Assim, as macro-políticas moldam os serviços e a oportunidade de ter acesso aos recursos em saúde e, em conjunto com as respostas de saúde locais. Entretanto, as respostas dos serviços de saúde locais em conjunto com as relações sociais locais não são apenas influenciados pelo sistema de saúde mais ampla. São também influenciados por estruturas sociais mais amplas que moldam a vida social, a cultura, a economia e as arenas políticas.

Estrutura social ampla

O modelo conceitual proposto integra outras estruturas sociais com sistemas de saúde e as ações e interações de pessoas relacionadas com a saúde em localidades rurais. Isto significa considerar as regras existentes, recursos, relações e organizações

sociais que reproduzem determinados comportamentos e entendimentos políticos, sociais, culturais e econômicos. Os arranjos históricos, sociais e econômicos da sociedade têm um impacto significativo na vida das populações rurais e resultam em um estado de saúde desigual. As estruturas são os meios pelos quais se reproduzem as práticas sociais ao longo do tempo e espaço. Isto é, as regras existentes, recursos, relações sociais e organizações sociais podem explicar a produção de processos políticos, sociais, culturais e econômicos (Giddens, 1986). As múltiplas estruturas presentes na sociedade influenciam como as localidades rurais são compreendidas, o conhecimento e as culturas dos residentes rurais, os papéis e ações dos profissionais de saúde locais e os sistemas de saúde mais amplos.

Poder

O poder é um conceito particularmente importante nesta estrutura porque explica porque a saúde rural é heterogênea em diferentes locais. O poder está presente nas ações e interações dos indivíduos e grupos, e refletido nas possibilidades de alcançar ou restringir mudanças na sociedade. (Giddens, 1989).

No modelo conceitual proposto, a categoria poder sustenta cada um dos conceitos escolhidos. Por exemplo, o poder faz parte do processo de atribuição de significados localidades rurais; as relações de poder se reproduzem nas normas e expectativas da comunidade; ativas ações nos serviços locais de saúde; profissionais, o poder opera por meio dos sistemas de saúde quando determina o que deve ser financiado e quais protocolos são usados.

O poder cruza esses conceitos na medida em que está incorporado em todas as relações sociais e determina quais processos deverão ser executados ou produzidos nos serviços de saúde. O poder é entendido, também, como a possibilidade de transformar algo de um estado para outro, seja como ação individual ou como resultado de um sistema maior.

Em suma o quadro conceitual proposto, sugere que compreender a saúde rural requer a compreensão a respeito do isolamento geográfico e do espaço rural, uma vez que esta condição impacta e é construída pelo local rural e suas relações.

Os serviços locais são moldados pelo isolamento geográfico, pelas relações sociais locais, mas também são conformados pelos sistemas de saúde, pelas estruturas sociais mais amplas e poder que ocorrem em todas as relações sociais, influenciando a ação e a reprodução de práticas sociais. A estruturação conceitual busca explicar como os aspectos do nível micro refletem processos culturais, sociais, políticos e econômicos

mais amplos e, ao mesmo tempo, os aspectos macroeconômicos são moldados por indivíduos cujas ações produzem as comunidades rurais, sistemas de saúde e as estruturas sociais.

Esta é uma forma abrangente de compreender a saúde rural, não como eventos isolados, mas de forma integrada ao sistema de saúde e outras estruturas sociais mais amplas, de forma a conhecer e compartilhar conhecimentos sobre com a condição de isolamento geográfico pode interferir na saúde das pessoas.

Sistematização e análise das informações

Serão elaborados relatórios por grandes regiões do país. O conjunto de informações de cada estado será sistematizado e analisado, tendo por referência o plano de análise correspondente aos objetivos da pesquisa.

A intenção é que as informações coletadas possam servir de fonte para a realização de monografias, dissertações e teses de doutorados de alunos vinculados às instituições de ensino e pesquisa representadas pelos pesquisadores envolvidos neste projeto de pesquisa.

Questões Éticas

As entrevistas serão gravadas e transcritas, obedecendo a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 que apresenta as normas éticas para a realização de pesquisas com seres humanos e a Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Os participantes serão esclarecidos que a única possibilidade de risco nesta pesquisa é mínima e estaria relacionada ao desconforto ou constrangimento em falar sobre algum assunto em que não se sintam confortáveis. Para diminuir esse risco, os participantes serão esclarecidos que poderão, a qualquer momento, se negar a responder qualquer questão ou até mesmo se retirar da pesquisa, sem nenhuma repercussão para si, bem como indicar o local para entrevista de sua melhor conveniência.

Os participantes também serão informados que as informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais, assegurando que os dados serão divulgados de forma a manter o caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade.

O benefício (direto ou indireto) do estudo está relacionado com a possibilidade da pesquisa identificar fatores que possam contribuir para melhoria da atenção básica nos contextos rurais e remotos e, conseqüentemente a melhoria da qualidade da atenção à população. Espera-se que o estudo forneça informações que subsidiem o aperfeiçoamento da Política Nacional de Atenção Básica

Cronograma de execução

Quadro 4: Cronograma previsto para execução do projeto.

Identificação da Etapa	Início (mm/aa)	Término (mm/aa)
Finalização dos Instrumentos de pesquisa	08/18	09/18
Levantamento de dados secundários	08/18	02/19
Capacitação dos entrevistadores	02/19	02/19
Contato com os municípios para convite para participação no estudo e agendamento do trabalho de campo	11/18	05/19
Levantamento de dados - trabalho de campo	03/19	07/19
Elaboração e discussão de relatórios	07/19	09/19
Análise dos dados	09/19	12/19

Orçamento

Quadro 5: Orçamento previsto para execução do projeto.

Identificação do Orçamento	Tipo	Valor em Reais (R\$)
Pesquisadores	Bolsas	105.000,00
Deslocamento (passagens aéreas e rodoviárias)	Custeio	144.200,00
Material de Consumo	Custeio	3.200,00
Custos telefônicos	Custeio	38.600,00
Total em Reais (R\$)	-	291.000,00

O estudo proposto neste projeto será custeado com parte do recurso financeiro repassado pelo Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica/Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação a Fiocruz, por meio do Termo de Cooperação 085/2015, destinado a realização da coleta de dados para avaliação externa do PMAQ - ciclo 3. O projeto tem a concordância e anuência da área técnica do Ministério da Saúde responsável pela implementação do PMAQ (Anexo 4).

Referências Bibliográficas

- Abrucio, F. L. & Couto, C. G. 1996. A redefinição do papel do Estado no âmbito local. *São Paulo em Perspectiva*, 10(3): 40-47, 1996.
- Albuquerque VN, Oliveira QM, Rafael RMR, Teixeira RFC. Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. *Rev. pesqui.: cuid. fundam.* 2011; 3(2):1935-46
- Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:286-98.
- Alves RFS, Faerstein E. Educational inequalities in hypertension: complex patterns in intersections with gender and race in Brazil. *International Journal for Equity in Health.* 2016; 15: 146
- Australian Institute of Health and Welfare: Rural, regional and remote health – Indicators of health. In Cat. No. PHE 59 Canberra:AIHW; 2005.
- Barata, Rita Barradas. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection. 120 p.
- Barcelos, Mara Rejane Barroso et al . Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev. Saúde Pública, São Paulo* , v. 51, 67, 2017 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100261&lng=en&nrm=iso>. access on 31 May 2018.
- Beheregaray, L. R.; Gerhardt, T. E. Integrality in the Care Provided for Maternal and Child Health in a Rural Context: an experience report. *Saude E Sociedade*, v. 19, n. 1, p. 201–212, 2010.
- Bellato R, Araújo LFS, Mufato LF, Musquim CA. Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso. In: Pinheiro R, Martin PH, orgs. *Usuário, redes sociais e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/UERJ; 2011. p. 177-83.
- Boerma W. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman DC, Rico A, Boerma W, eds. *Primary care in the driver's seat?* Berkshire: University Press; 2007: 3-21.
- Boerma W. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman DC, Rico A, Boerma W, editors. *Primary care in the driver's seat?* Berkshire: University Press; 2007. p. 3-21.
- Bourke, L. et al. Understanding drivers of rural and remote health outcomes: A conceptual framework in action. *Australian Journal of Rural Health*, v. 20, n. 6, p. 318–323, 2012.
- Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça, MHM, Gagno J. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad. Saúde* 2017; 33:8: 01-13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Ministério da Saúde, Brasília, 2006a.

BRASIL. Decreto-Lei n. 311, de 2 de março de 1938. Dispõe sobre a divisão territorial do país e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-311-2-marco-1938-351501-publicacaooriginal-1-pe.html>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

Dal Poz MR, Pierantoni CR, Girardi S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz, organizador. *A Saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. v. 3. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. p. 187-233.

Fausto MCR, Fonseca MHS, organizadores. *Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes editora; 2013.

Fausto, M. C. R. *et al*. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 38(no.spe): 13-33, 2014.

França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: Situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador. *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. p. 83-112. (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências)

Garnelo, Luiza et al . Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 158-172, Oct. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600158&lng=en&nrm=iso>.

Garnelo, Luiza; Sousa, Amandia Braga Lima; Silva, Clayton de Oliveira da. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22,n. 4,p. 1225-1234, Apr. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401225&lng=en&nrm=iso>.

Gerhardt, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. v. 22, n. 11, p. 2449–2463, 2006.

GIDDENS, A. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 1989.

Giovanella et al. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. Capítulo de livro. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Editora Fiocruz.(no prelo)

Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WG, Kringos DS. Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. Health affairs Sep 2015; 34(9):1531-1537.

Hart, J. T.. The Inverse Care Law. The Lancet, v. 297, n. 7696, p. 405–412, 1971.

Hudon C, Chouinard MC, Diadiou F, Lambert M, Bouliane D. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. Ann Fam Med 2015; 13(6):523-528.

IBGE. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil : uma primeira aproximação / IBGE, Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: 2009. v. 30.

IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2009. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 26. Rio de Janeiro, 2009.

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

Kassouf, A. L. Acesso aos Serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil. RER, Rio de Janeiro, vol. 43, no 01, p. 29-44, jan/mar 2005.

Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berldey: University of Califórnia; 1980

Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszczyk M, Pavlic DR, Svab I, Tedeschi P, Wilson A, Windak A, Dedeu T, Wilm S. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. BMC family practice 2010a; 11:81.

Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC health services research 2010b; 10:65.

LANSKY, Sônia et al . Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en&nrm=iso>. access on 31 May 2018

MALTA, Deborah Carvalho et al . Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 51, supl. 1, 4s, 2017 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102017000200306&lng=en&nrm=iso>. access on 31 May 2018. Epub June 01, 2017.

[MALTA, Deborah Carvalho](#) et al. **A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.2, pp.327-338. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>.

Mendes A, Marques RC. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2014; 38:900-16.

Mendes E. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.

MICLOS, Paula Vitali; CALVO, Maria Cristina Marino; COLUSSI, Claudia Flemming. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 984-996, Dec. 2015 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000400984&lng=en&nrm=iso>

Miranda C; Silva, H (Org). Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras. Série Desenvolvimento Rural Sustentável; v.21. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.iicabr.iica.org.br/wp-content/uploads/2014/03/S%C3%A9rie-DRS-vol-21.pdf>

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *OECD regional typology*. Paris: OECD, 2011. 16 p. Disponível em: http://www.oecd.org/gov/regional-policy/OECD_regional_typology_Nov2012.pdf. Acesso em: maio 2018.

Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377 (9779): 1778–97.

Reis LGC, Pepe VLE, Caetano R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis: revista de saúde coletiva*. 2011; 21(3):1139-60.

Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? New York: Open University Press; 2006.

SANTOS, M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

Santos. M. Território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cadernos IPPUR*, 1999, v.2, pp.15-25.

Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

SILVEIRA, R.; PINHEIRO, R. Sobre o rural, a interiorização na saúde e a formação médica: concepções e ações com destaque para o contexto da Amazônia Legal. In: Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. 1. ed. Rio de Janeiro: 2013. p. 304.

SOARES, et al. Determinantes Socioambientais e Saúde: o Brasil Rural versus o Brasil Urbano. *Tempus*, actas de saúde colet, Brasília, 9(2), 221-235, jun, 2015.

Strandberg-Larsen M, Krasnik A. Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. *Int J Integr Care* 2009; 9:e01.

STRASSER, R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Family Practice* 2003; 20: 457–463.

Thuler. LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(5):216-8.

TOMASI, Elaine et al . Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife* , v. 15, n. 2, p. 171-180, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200171&lng=en&nrm=iso>. access on 31 May 2018.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 10, p. 2490–2502, 2007.

Tricco AC, Antony J, Ivers NM, Ashoor HM, Khan PA, Blondal E, Ghassemi M, MacDonald H, Chen MH, Ezer LK, Straus SE. Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2014; 186(15):E568-578.

Vaz Filho, Florencio Almeida. Pajés, benzedores, puxadores e parteiras: os imprescindíveis sacerdotes do povo da Amazônia. Santarém, UFOPA, 2016. 140p.

VIANA. et. al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S117-S131, 2007.

Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; 377:1863-76.

Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, Bastos MH et al. Prenatal care in Brazil. *Cad. saúde pública.* 2014; 30(supl1):85-100.

Wagner EH, Sandhu N, Coleman K, Phillips KE, Sugarman JR. Improving care coordination in primary care. *Med Care* 2014; 52(11 Supl. 4):S33-38.

WAKERMAN, J. et al. Is remote health different to rural health? *Rural and Remote Health*, v. 17, n. 2, p. 1–8, 2017.

ANEXO 1: Classificação dos municípios de acordo com a tipologia rural-urbana, segundo Grande Região e população – 2010

Tipologia	Municípios e população total (n e %)	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Urbano	Total de municípios	1.456	85	307	625	312	127
	% de Municípios em relação a GR	26,16	18,93	17,11	37,47	26,26	27,25
	População total - Censo 2010	144 765 500	10 522 570	31 472 716	70 641 832	20 916 325	11 212 057
	% da População total - Censo 2010	75,89	66,33	59,30	87,90	76,37	79,76
Intermediário Adjacente	Total de municípios	686	39	244	247	108	48
	% de Municípios em relação a GR	12,33	8,69	13,60	14,81	9,09	10,30
	População total- Censo 2010	12 461 908	784 746	5 822 054	3 434 832	1 684 994	735 282
	% População total -Censo 2010	6,53	4,95	10,97	4,27	6,15	5,23
Intermediário Remoto	Total de municípios	60	33 (55%)	7	3	1	16 (27%)
	% de Municípios em relação a GR	1,08	7,35	0,39	0,18	0,08	3,43
	População total- Censo 2010	1 305 906	791 645	133 152	50 821	5 917	324 371
	% População total -Censo 2010	15,04	13,20	27,46	7,49	17,42	8,74
Rural Adjacente	Total de municípios	3.040	171	1.134	769	765	201
	% de Municípios em relação a GR	54,63	38,08	63,21	46,10	64,39	43,13
	População total- Censo 2010	28 689 820	2 093 740	14 573 418	6 022 152	4 771 683	1 228 827
	% População total -Censo 2010	15,04	13,20	27,46	7,49	17,42	8,74
Rural Remoto	Total de municípios	323	121	102	24	2	74
	% de Municípios em relação a GR	5,80	26,95	5,69	1,44	0,17	15,88
	População total- Censo 2010	3 524 597	1 671 753	1 072 542	214 773	7 972	557 557
	% População total -Censo 2010	1,85	10,54	2,02	0,27	0,03	3,97
Total Brasil	Total de municípios	5 565	449	1 794	1 668	1 188	466
	População total	190 747 731	15 864 454	53 073 882	80 364 410	27 386 891	14 058 094

Fonte: IBGE, 2017

ANEXO 2: Relação de municípios rurais remotos selecionados para o estudo, segundo critérios de seleção e localização

UF	MUNICÍPIO	TIPOLOGIA IBGE (2017)	PMAQ Ciclos 1 e 2	PMM	GS-PMM	IDH-M (2010)	SELECIONADOS
AC	1. Assis Brasil	RuralRemoto	SIM	SIM		0,588	SIM
AP	2. Pracuúba	RuralRemoto	SIM	SIM		0,614	SIM
AP	3. Vitória do Jari	RuralRemoto	SIM	SIM		0,619	SIM
AM	4. Alvarães	RuralRemoto	SIM	SIM		0,527	SIM
AM	5. Amaturá	RuralRemoto	SIM	SIM	SIM	0,56	SIM
AM	6. Manicoré	RuralRemoto	SIM	SIM		0,582	SIM
AM	7. Maués	RuralRemoto	SIM	SIM		0,588	SIM
AM	8. Nova Olinda do Norte	RuralRemoto	SIM	SIM		0,558	SIM
AM	9. São Sebastião do Uatumã	RuralRemoto	SIM	SIM		0,577	SIM
BA	10. Abaré	RuralRemoto	SIM	SIM		0,575	SIM
BA	11. Barra	RuralRemoto	SIM	SIM		0,557	SIM
BA	12. Brotas de Macaúbas	RuralRemoto	SIM	SIM		0,57	SIM
BA	13. Caturama	RuralRemoto	SIM	SIM		0,571	SIM
BA	14. Feira da Mata	RuralRemoto	SIM	SIM		0,588	SIM
BA	15. Ibitiara	RuralRemoto	SIM	SIM		0,585	SIM
BA	16. Ipuiara	RuralRemoto	SIM	SIM		0,59	SIM
BA	17. Mansidão	RuralRemoto	SIM	SIM		0,599	SIM
BA	18. Morpará	RuralRemoto	SIM	SIM		0,558	SIM
BA	19. Oliveira dos Brejinhos	RuralRemoto	SIM	SIM		0,554	SIM
BA	20. Piatã	RuralRemoto	SIM	SIM		0,571	SIM
BA	21. Pilão Arcado	RuralRemoto	SIM	SIM		0,506	SIM
BA	22. Rio do Pires	RuralRemoto	SIM	SIM		0,594	SIM
MA	23. Loreto	RuralRemoto	SIM	SIM		0,582	SIM
MT	24. Campinápolis	RuralRemoto	SIM	SIM		0,538	SIM
MT	25. Vila Bela da Santíssima Trindade	RuralRemoto	SIM	SIM		0,645	SIM
MT	26. Nova Bandeirantes	RuralRemoto	SIM	SIM		0,65	SIM
MS	27. Caracol	RuralRemoto	SIM	SIM		0,647	SIM
MS	28. Paranhos	RuralRemoto	SIM	SIM		0,588	SIM
MG	29. Bonito de Minas	RuralRemoto	SIM	SIM		0,537	SIM
MG	30. Comercinho	RuralRemoto	SIM	SIM		0,593	SIM
MG	31. Miravânia	RuralRemoto	SIM	SIM		0,593	SIM
MG	32. Rubelita	RuralRemoto	SIM	SIM		0,582	SIM
MG	33. Rubim	RuralRemoto	SIM	SIM		0,609	SIM
MG	34. São João das Missões	RuralRemoto	SIM	SIM		0,529	SIM
PA	35. Afuá	RuralRemoto	SIM	SIM		0,489	SIM
PA	36. Anapu	RuralRemoto	SIM	SIM		0,548	SIM
PA	37. Aveiro	RuralRemoto	SIM	SIM	SIM	0,541	SIM

UF	MUNICÍPIO	TIPOLOGIA IBGE (2017)	PMAQ Ciclos 1 e 2	PMM	GS- PMM	IDH-M (2010)	SELECIONADOS
PA	38. Cachoeira do Arari	RuralRemoto	SIM	SIM		0,546	SIM
PA	39. Chaves	RuralRemoto	SIM	SIM		0,453	SIM
PA	40. Curralinho	RuralRemoto	SIM	SIM		0,502	SIM
PA	41. Jacareacanga	RuralRemoto	SIM	SIM	SIM	0,505	SIM
PA	42. Melgaço	RuralRemoto	SIM	SIM		0,418	SIM
PA	43. Muaná	RuralRemoto	SIM	SIM		0,547	SIM
PA	44. Pacajá	RuralRemoto	SIM	SIM		0,515	SIM
PA	45. Porto de Moz	RuralRemoto	SIM	SIM		0,503	SIM
PA	46. Prainha	RuralRemoto	SIM	SIM	SIM	0,523	SIM
PA	47. Rurópolis	RuralRemoto	SIM	SIM		0,548	SIM
PA	48. Santa Maria das Barreiras	RuralRemoto	SIM	SIM	SIM	0,544	SIM
PA	49. Senador José Porfírio	RuralRemoto	SIM	SIM		0,514	SIM
PI	50. Avelino Lopes	RuralRemoto	SIM	SIM		0,554	SIM
PI	51. Campo Alegre do Fidalgo	RuralRemoto	SIM	SIM		0,537	SIM
PI	52. Capitão Gervásio Oliveira	RuralRemoto	SIM	SIM		0,553	SIM
PI	53. Cristalândia do Piauí	RuralRemoto	SIM	SIM		0,573	SIM
PI	54. Gilbués	RuralRemoto	SIM	SIM		0,548	SIM
PI	55. Guaribas	RuralRemoto	SIM	SIM		0,508	SIM
PI	56. Joca Marques	RuralRemoto	SIM	SIM		0,504	SIM
PI	57. Júlio Borges	RuralRemoto	SIM	SIM		0,582	SIM
PI	58. Madeiro	RuralRemoto	SIM	SIM		0,563	SIM
PI	59. Manoel Emídio	RuralRemoto	SIM	SIM		0,573	SIM
PI	60. Monte Alegre do Piauí	RuralRemoto	SIM	SIM		0,578	SIM
PI	61. Morro Cabeça no Tempo	RuralRemoto	SIM	SIM		0,542	SIM
PI	62. Redenção do Gurguéia	RuralRemoto	SIM	SIM		0,589	SIM
PI	63. Riacho Frio	RuralRemoto	SIM	SIM		0,541	SIM
PI	64. Ribeiro Gonçalves	RuralRemoto	SIM	SIM		0,601	SIM
PI	65. Rio Grande do Piauí	RuralRemoto	SIM	SIM		0,572	SIM
PI	66. Sebastião Barros	RuralRemoto	SIM	SIM		0,536	SIM
RO	67. Machadinho D'Oeste	RuralRemoto	SIM	SIM		0,596	SIM
RR	68. Pacaraima	RuralRemoto	SIM	SIM		0,65	SIM
RR	69. Rorainópolis	RuralRemoto	SIM	SIM		0,619	SIM
TO	70. Campos Lindos	RuralRemoto	SIM	SIM		0,544	SIM
TO	71. Carrasco Bonito	RuralRemoto	SIM	SIM		0,594	SIM
TO	72. Lizarda	RuralRemoto	SIM	SIM		0,57	SIM
TO	73. Novo Jardim	RuralRemoto	SIM	SIM		0,596	SIM
TO	74. Paranã	RuralRemoto	SIM	SIM		0,595	SIM
TO	75. São Félix do Tocantins	RuralRemoto	SIM	SIM		0,574	SIM

ANEXO 3: Relação de municípios rurais adjacentes selecionados para o estudo, segundo critérios de seleção e localização

UF	MUNICÍPIO	TIPOLOGIA IBGE (2017)	PMAQ Ciclos 1 e 2	PMM	IDH-M	SELECIONADO
AL	1. Belo Monte	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,517	SIM
AL	2. Branquinha	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,513	SIM
AL	3. Ibateguara	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,518	SIM
AL	4. Novo Lino	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,521	NÃO
AL	5. Olho d'Água Grande	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,503	NÃO
ES	6. Divino de São Lourenço	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,632	SIM
ES	7. Ibitirama	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,622	SIM
PE	8. Caetés	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,522	SIM
PE	9. Itaíba	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,510	SIM
PE	10. Jurema	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,509	SIM
PE	11. Manari	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,487	SIM
PE	12. Tupanatinga	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,519	SIM
PR	13. Cerro Azul	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,573	SIM
PR	14. Doutor Ulysses	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,546	SIM
PR	15. Laranjal	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,585	SIM
RJ	16. Cardoso Moreira	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,648	SIM
RJ	17. São Sebastião do Alto	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,646	SIM
RJ	18. Sumidouro	Rural Adjacente	SIM	SIM	0,611	SIM

ANEXO 4: Termo de Anuência

MINISTÉRIO DA SAÚDE

TERMO

Eu, Allan Nuno Alves de Sousa, na qualidade de responsável pela Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, área responsável pela coordenação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ), estou ciente da realização da pesquisa intitulada “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos no Brasil” a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora **Márcia Cristina Rodrigues Fausto**. Estou de acordo que parte dos recursos financeiros repassados a Fiocruz por meio do Termo de Cooperação 085/2015, destinado a realização da coleta de dados para avaliação externa do PMAQ - ciclo 3, seja utilizado para custear o referido estudo.

ALLAN NUNO ALVES DE SOUSA

Coordenador-Geral de Acompanhamento e Avaliação



Documento assinado eletronicamente por **Allan Nuno Alves de Sousa, Coordenador(a)-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica**, em 05/06/2018, às 11:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4135406** e o código CRC **CD86693F**.

Referência: Processo nº 25000.097315/2018-20

SEI nº 4135406