



Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

ISSN: 1981-7746

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde  
Joaquim Venâncio

Lima, Juliana Gagno; Giovanella, Ligia; Bousquat,  
Aylene; Fausto, Márcia; Medina, Maria Guadalupe  
Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará  
Trabalho, Educação e Saúde, vol. 20, e00616190, 2022  
Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406769893028>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](http://redalyc.org)

UABM [redalyc.org](http://redalyc.org)

Sistema de Informação Científica Redalyc  
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal  
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa  
acesso aberto



## Trabalho, Educação e Saúde

### ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>

### Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará

Access barriers to Primary Health Care in remote rural municipalities of Western Pará state, Brazil

Barreras de acceso a la Atención Primaria de Salud en municipios rurales remotos del Oeste del estado de Pará, Brasil

Juliana Gagno Lima<sup>1</sup>  Ligia Giovanella<sup>2</sup>  Aylene Bousquat<sup>3</sup>   
Márcia Fausto<sup>4</sup>  Maria Guadalupe Medina<sup>5</sup> 

<sup>1</sup> Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Saúde Coletiva, Santarém, Brasil.  
[julianagagno@yahoo.com.br](mailto:julianagagno@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e Centro de Estudos Estratégicos Antonio Ivo de Carvalho, Rio de Janeiro, Brasil.  
[ligiagianella@gmail.com](mailto:ligiagianella@gmail.com)

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Política, Gestão e Saúde, São Paulo, Brasil.  
[aylenebousquat@usp.br](mailto:aylenebousquat@usp.br)

<sup>4</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Vice-Direção da Escola de Governo em Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.  
[marciafausto@ensp.fiocruz.br](mailto:marciafausto@ensp.fiocruz.br)

<sup>5</sup> Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, Brasil.  
[mlupemedina@gmail.com](mailto:mlupemedina@gmail.com)

### Resumo

Analisa-se neste artigo o acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará, discutindo barreiras e desafios ante as especificidades dos territórios amazônicos. Tratou-se de estudo qualitativo em cinco municípios com lógicas espaciais distintas, assentadas em rios ou estradas. Realizaram-se 58 entrevistas com gestores, profissionais da saúde e usuários, além de visitas a unidades básicas de saúde, em 2019. A matriz de análise contemplou: acessibilidade geográfica, acessibilidade organizacional, unidade básica de saúde como primeiro contato e Atenção Primária à Saúde na rede assistencial. Identificou-se que as barreiras de acesso geográfico envolvem grandes distâncias, tempos, custos, precárias condições de vias e transportes, com variação sazonal diferenciada, conforme fluxos fluviais ou terrestres. A acessibilidade organizacional é dificultada pela oferta insuficiente de consultas, exames, medicamentos, restrição nos dias de funcionamento e ações itinerantes, acentuadas pela elevada rotatividade profissional. As unidades básicas de saúde constituem-se como serviço de primeiro contato, todavia com procura condicionada à resolutividade e à satisfação percebidas, destacando-se a atuação do agente comunitário de saúde. O suporte da atenção especializada é precário, com dificuldades de oferta, regulação, transporte e comunicação. O cenário socioambiental amazônico requer estratégias singulares para oferta e organização dos serviços, refletidas em financiamento específico.

**Palavras-chave** acesso aos serviços de saúde; saúde rural; atenção primária à saúde.

**Como citar:** LIMA, Juliana G. *et al.* Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00616190. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>

Recebido: 11/04/2022  
Aprovado: 28/06/2022



## Abstract

This article analyzes the access to Primary Health Care in remote rural municipalities in Western Pará state, Brazil, discussing barriers and challenges before the specificities of Amazonian territories. This was a qualitative study in five municipalities with distinct spatial logics, based on rivers or roads. There were 58 interviews with managers, health professionals, and users, as well as visits to basic health units, in 2019. The analysis matrix contemplated: geographical accessibility, organizational accessibility, primary health care unit as first contact, and Primary Health Care in the health care network. It was identified that the geographical access barriers involve great distances, times, costs, poor road conditions, and transportation, with differentiated seasonal variation, according to fluvial or terrestrial flows. Organizational accessibility is hindered by the insufficient offer of consultations, exams, medications, restrictions on the days of operation, and itinerant actions, accentuated by the high professional turnover. The basic health units are the first contact service, but the demand is conditioned to the perceived resoluteness and satisfaction, where the performance of the community health agent stands out. The support for specialized care is precarious, with difficulties in supply, regulation, transportation, and communication. The Amazon socio-environmental scenario requires unique strategies for the supply and organization of services, reflected in specific funding.

**Keywords** access to health services; rural health; primary health care.

## Resumen

Este artículo analiza el acceso a la Atención Primaria de Salud en municipios rurales remotos del Oeste del estado de Pará, Brasil, discutiendo barreras y desafíos frente a las especificidades de los territorios amazónicos. Este fue un estudio cualitativo realizado en cinco municipios con distintas lógicas espaciales, ubicados en ríos o caminos. Se realizaron 58 entrevistas a gestores, profesionales de salud y usuarios, además de visitas a unidades básicas de salud, en 2019. La matriz de análisis incluyó: accesibilidad geográfica, accesibilidad organizacional, unidad básica de salud como primer contacto y Atención Primaria de Salud en la red asistencial. Se identificó que las barreras geográficas de acceso involucran grandes distancias, tiempos, costos, precarias condiciones de vías y transporte, con variación estacional diferenciada, según caudales fluviales o terrestres. La accesibilidad organizacional se ve obstaculizada por la insuficiente oferta de consultas, exámenes, medicamentos, restricción de jornadas y acciones itinerantes, acentuada por la alta rotación profesional. Las unidades básicas de salud son un servicio de primer contacto, sin embargo, con demanda condicionada a la resolución y a la satisfacción percibidas, destacándose el papel del agente comunitario de salud. El apoyo de la atención especializada es precario, con dificultades de oferta, regulación, transporte y comunicación. El escenario socioambiental amazónico requiere estrategias únicas para la oferta y organización de servicios, reflejadas en financiamientos específicos.

**Palabras clave** acceso a servicios de salud; salud rural; atención primaria de salud.

## Introdução

O acesso aos serviços de saúde é um tema complexo e multifacetado. A despeito das variações conceituais, é central a compreensão dos fatores que interferem na capacidade de os indivíduos receberem os cuidados adequados e de qualidade, conforme suas necessidades, em tempo oportuno. O acesso se expressa no grau de facilidade dos usuários de obterem cuidados de saúde no momento de necessidades (Russel et al., 2013); na disponibilidade de recursos em determinado tempo e local (Donabedian, 2003); e na capacidade do usuário de perceber, procurar, alcançar os serviços de saúde e se envolver com eles (Levesque, Harris e Russell, 2013).

Mundialmente, a garantia de acesso aos serviços de saúde é um desafio ainda maior para as populações rurais, exigindo políticas públicas de saúde específicas (Haggerty et al., 2014), desafio que ganha singularidade na Amazônia, devido às suas características geográficas e climáticas, populacionais e de déficit de infraestrutura, aprofundando desigualdades de acesso à saúde (Garnelo, Sousa e Silva, 2017).

As barreiras de acesso aos serviços de saúde nas regiões rurais e remotas amazônicas são abordadas na literatura, mas não com a profundidade necessária para orientar a formulação de políticas. O objetivo deste artigo foi analisar o acesso da população à Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) em municípios rurais remotos (MRRs) do Oeste do Pará, discutindo os principais desafios e barreiras para o acesso *vis-à-vis* às especificidades socioespaciais de distintos territórios amazônicos. Compreender as dificuldades de acesso aos serviços de saúde do SUS nos MRRs permite orientar o desenvolvimento de políticas públicas específicas, considerando suas diversidades internas.

## Percurso metodológico

Tratou-se de estudo qualitativo derivado da pesquisa nacional “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil”, com pesquisa de campo realizada de maio a outubro de 2019, a qual estudou municípios brasileiros classificados como rurais remotos, conforme tipologia rural-urbana de 2017 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Fausto et al., 2019).

O contexto deste estudo são MRRs do Oeste do Pará, que compõem a 9ª Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Pará, com população estimada em 2019 de 927.553 pessoas e vinte municípios, dos quais oito são classificados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021) como MRRs.

Dentre os oito MRRs da região, foram selecionados intencionalmente cinco municípios – Prainha, Aveiro, Curuá, Rurópolis e Jacareacanga – com diferentes características socioeconômicas e geográficas: extensão territorial, presença de populações tradicionais, Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, população em situação de pobreza e localização segundo fluxos fluviais ou terrestres.

O trabalho de campo ocorreu em 2019, com entrevistas presenciais gravadas mediante questionário semiestruturado e visitas a unidades básicas de saúde (UBSs), uma localizada na sede e outra no interior, em cada município, dada a existência de condições de acesso diferenciadas. Foram analisadas 58 entrevistas com perspectivas complementares de diferentes atores: dez gestores municipais – secretários de saúde (GM1) e coordenadores de Atenção Básica (GM2) –, 11 enfermeiros (ENF1 UBS sede e ENF2 UBS interior); 12 agentes comunitários de saúde (ACS1 sede, ACS2 interior) e 25 usuários de UBS (USU1 sede e USU2 interior) (Tabela 1). Os usuários foram selecionados na sala de espera das UBSs.

Alguns autores empregam os termos acesso e acessibilidade como sinônimos e outros diferenciam os conceitos. Enquanto o acesso centra-se na existência e disponibilidade dos serviços ou entrada inicial no serviço, a acessibilidade trata da composição entre necessidades de saúde, busca pelo serviço, entrada no serviço e continuidade dos cuidados. A acessibilidade é impactada pela relação entre obstáculos e capacidade da população de superar esses obstáculos – em termos de tempo, transporte e recursos financeiros (Frenk, 1992; Travassos e Martins, 2004). No presente estudo, entende-se a acessibilidade como a relação entre a oferta de serviços de saúde e as características dos usuários, que influenciam a busca e a utilização dos serviços. Distinguem-se a acessibilidade organizacional referente às características da oferta de serviços e a acessibilidade geográfica relacionada a aspectos geográficos que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas de utilizarem os serviços (Donabedian, 2003; Silva Júnior et al., 2010; Oliveira et al., 2012).

A matriz de análise contemplou quatro dimensões: acessibilidade geográfica, acessibilidade organizacional, UBS como serviço de primeiro contato e APS na rede assistencial de saúde (RAS). A acessibilidade geográfica envolve localização do serviço de saúde e do local de moradia dos usuários, transporte, distância, tempo de viagem e custos. A acessibilidade organizacional contempla disponibilidade – volume, tipo de serviços, necessidade dos usuários e adequação funcional –, modo de organização da oferta para acolher os usuários e capacidade desses usuários de se acomodarem aos fatores de oferta (Assis e Jesus, 2012). A UBS como serviço de primeiro contato (Starfield, 2002) é influenciada pelos aspectos geográficos e organizacionais; e a APS na RAS visa expressar o papel da APS

como centro de comunicação com toda a rede e o suporte dessa RAS à APS para um cuidado integral aos usuários.

Realizou-se análise temática de conteúdo, categorizando as falas com base nas dimensões preestabelecidas, selecionando-se trechos significativos e interpretando-se com identificação dos núcleos de sentido (Minayo, 1998; Bardin, 2011). Foram analisados também relatórios de campo elaborados pelos pesquisadores. A análise considerou dois tipos de territórios: Norte Águas e Norte Estradas, conforme classificação da pesquisa nacional e explicitado no contexto a seguir.

## Contexto dos municípios estudados

Os MRRs estudados situam-se na região amazônica, são de pequeno porte, com mais da metade de população rural, baixa densidade demográfica, pequenas vilas/comunidades/colônias dispersas no território e baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (Tabela 1).

Nos MRRs classificados como Norte Águas – Prainha, Aveiro e Curuá –, o acesso geográfico ocorre predominantemente por via fluvial. São municípios mais antigos, onde a dinâmica dos rios modifica os modos de vida, molda as formas de ir e vir e possibilita a conexão entre pessoas, serviços e instituições (Schweickardt, Kadri e Sousa, 2019). Os três municípios têm em comum: alto percentual de população cadastrada no Programa Bolsa Família (PBF), o que demonstra haver alta vulnerabilidade social; áreas de preservação ambiental (exceto Curuá); e comunidades ribeirinhas.

Os MRRs Norte Estradas, Rurópolis e Jacareacanga caracterizam-se por desenvolvimento mais recente, a partir da expansão de rodovias, em especial as rodovias Transamazônica (BR-230) e Santarém-Cuiabá (BR-163), com grandes trechos precários e sem pavimentação. Sua criação foi motivada por projetos desenvolvimentistas e pela abertura das rodovias para escoamento de produção. Rurópolis, com mais de 40 mil habitantes, localiza-se no entroncamento dessas duas rodovias. Jacareacanga possui o maior PIB *per capita* da região, alto percentual de população indígena, imensa área territorial envolta em violentos conflitos de terra e ambientais especialmente relativos ao garimpo e aos empreendimentos como usinas hidrelétricas.<sup>1</sup>

**Tabela 1 – Indicadores demográficos e socioeconômicos dos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2020**

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Tipo de território <sup>1</sup>	Norte Estradas	Norte Estradas	Norte Águas	Norte Águas	Norte Águas
Principal rio ou rodovia de acesso	BR-163 e BR-230	BR-230	Rio Tapajós	PA-254; Rio Curuá/ Amazonas	Rio Amazonas
Ano de instalação <sup>2</sup>	1989	1993	1961	1997	1935
<b>Indicadores demográficos (2020)</b>					
Estimativa da população total <sup>2</sup>	51.500	41.487*	16.404	14.587	29.846
% da população urbana <sup>3</sup>	38,0%	35,0%	20,0%	47,0%	31,0%
% da população rural <sup>3</sup>	62,0%	65,0%	80,0%	53,0%	69,0%
Área territorial (km <sup>2</sup> ) <sup>2</sup>	7.021	53.304	17.074	1.431	14.786
Densidade demográfica (hab/km <sup>2</sup> )	7,33	0,78	0,96	10,20	2,02
Principais grupos familiares/ Populações tradicionais <sup>4</sup>	Agricultores familiares e assentados de reforma agrária	Indígenas, ribeirinhos, agricultores familiares, pescadores e garimpeiros	Ribeirinhos, agricultores familiares, pescadores artesanais e indígenas	Pescadores artesanais, agricultores familiares e ribeirinhos	Agricultores familiares, pescadores artesanais, ribeirinhos, extrativistas e quilombolas

&gt;&gt;

**Tabela 1 – Indicadores demográficos e socioeconômicos dos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2020 (continuação)**

Área de preservação ambiental <sup>5</sup>	Floresta Nacional (Flona) Tapajós	Área de Proteção Ambiental (APA) Tapajós	Reserva Extrativista (Resex) Tapajós-Arapíuns; Flona Tapajós	Não possui	Reserva Extrativista Renascer
<b>Indicadores socioeconômicos</b>					
Produto Interno Bruto (PIB) <i>per capita</i> <sup>2</sup> em reais (2018)	7.077	51.864	7.212	8.770	9.660
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM, 2010) <sup>2</sup>	0,548	0,505	0,541	0,578	0,523
% população em domicílios com banheiro e água encanada (2019) <sup>2</sup>	27,7	20,5	24,1	19,1	16,0
Pessoas com renda domiciliar menor que ½ salário-mínimo (2020) <sup>4</sup>	16.438 (31,9%)	14.097 (33,9%)	9.317 (56,7%)	10.856 (74,4%)	31.272 (104,7%)
% população beneficiária do Programa Bolsa Família (2020) <sup>4</sup>	27,4%	27,0%	48,5%	61,3%	93,5%

\* N. de habitantes conforme processo judicial; N. de habitantes estimados conforme Censo (2010): 14.103.

Fontes: 1- Fausto, Fonseca e Penzin (2019); 2- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021). 3- Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/planilha>>. Acesso em: 30 jun. 2021. 4- Mapas Estratégicos para Políticas de Cidadania (MPOS). Disponível em: <<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/relatorios/cidadania/>>. Acesso em: 30 jun. 2021. 5- Instituto Socioambiental (ISA). Disponível em: <<https://uc.socioambiental.org/mapa>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

## Resultados

### Acessibilidade geográfica

Condições geográficas influenciam o acesso em todos os municípios, independentemente da maior parte do deslocamento intra e intermunicipal ocorrer por rios ou estradas de difícil trafegabilidade. As dificuldades de acesso dos usuários às UBSs envolvem distâncias e tempos longos para deslocamento; insuficiência e alto custo do transporte e acesso às comunidades ribeirinhas ou rurais condicionado à sazonalidade – época de chuvas/cheias ou de vazante dos rios.<sup>2</sup>

Na época de vazante, algumas comunidades ribeirinhas ficam totalmente isoladas, com trajetos em que o deslocamento somente é possível em embarcações pequenas ou a pé. Nas cheias do rio, as condições de navegação e atracação das embarcações são melhores com maior proximidade aos vilarejos. Os acessos por terra – rodovias ou estradas estreitas sem pavimentação chamadas ramais/vicinais/travessões – são piores no período chuvoso, com alagamentos, riscos de deslizamento e ‘atoleiros’. Na época da estiagem, esses riscos se reduzem e o tráfego melhora; contudo, poeira intensa dificulta a visibilidade, principalmente para motos, aumentando o risco de acidentes de trânsito e problemas respiratórios.

As longas distâncias e dificuldades de deslocamento se configuram como barreiras de acesso para a população chegar aos serviços, para os profissionais acessarem seus usuários e para a gestão ofertar os serviços necessários. A elevada dispersão populacional é fator limitante para instalação de UBS em pequenas comunidades, gerando maior necessidade de deslocamentos. Por vezes, usuários acessam UBSs de municípios vizinhos limítrofes, por ser mais fácil o acesso.



Os tempos de deslocamento até a UBS mais próxima são mais longos para as comunidades do interior, com importante influência sazonal. Dependendo da época, o tempo de deslocamento até a UBS mais próxima pode triplicar. Um contraponto é a perspectiva dos usuários residentes na sede, que relatam poucas dificuldades quanto a distância/tempo de deslocamento, em geral chegando na unidade básica de saúde entre 10-15 minutos, resultado provavelmente influenciado pela seleção dos usuários entrevistados entre aqueles presentes na UBS no momento da visita, normalmente moradores próximos da UBS.

Às dificuldades de mobilidade agregam-se limitações quanto à disponibilidade de transporte, percepção que converge nas falas de gestores, profissionais e usuários. Em geral, não há transporte coletivo nas localidades e o transporte intermunicipal não é diário. O cenário frequente de irregularidade ou ausência de transportes coletivos acentua as dificuldades para a acessibilidade geográfica, agregando situações de agravamento de riscos clínicos e acidentes. Praticamente não há transportes públicos fluviais nas comunidades do interior, sendo comuns pequenas embarcações como bajaranas/rabetas/canoa/casco. Os custos com combustível para embarcações do interior até a UBS de referência ou até a sede do município são altos. O regime das águas do rio, seguindo o fluxo ou contrafluxo, o tipo e peso de embarcação, a carga e o quantitativo de pessoas, impacta diretamente os tempos de deslocamento e preços de transporte.<sup>3</sup> Quando há transporte nas comunidades vicinais, é insuficiente, tornando-se frequente o uso de transporte escolar para suporte de deslocamento terrestre. Há adiamento da busca pelo serviço de saúde, informado por gestores, profissionais e usuários, consideradas as dificuldades com transporte, tanto em comunidades vicinais como em ribeirinhas.

O Quadro 1 sintetiza aspectos comuns e predominantes de acessibilidade geográfica nos MRRs Norte Águas e Norte Estradas, ilustrados por falas significativas.

**Quadro 1 – Acessibilidade geográfica à UBS, Oeste do Pará, 2019**

Aspectos comuns dos MRRs Norte Águas e Norte Estradas	
MRR com grande extensão territorial e população esparsa	As unidades precisariam ser mais próximas, porém temos um problema na nossa região, que é a distância. Eu não posso colocar uma UBS em cada comunidade, não vou ter 114 UBS [número de comunidades no interior], então o nosso grande problema é a dispersão territorial. (3GM2)
Grandes distâncias	Tem hipertenso que mora daqui a 60 quilômetros, atravessando lama. Demora umas duas horas e meia para chegar aqui. (...) Vem de carro escolar, vem de moto. (5USU2)
Longos tempos para deslocamento entre comunidade e UBS	P: Qual o tempo que o usuário leva para chegar na sua UBS de referência? R: Mais longe que vem para cá é a [comunidade rural], leva três horas, de lancha. De bajara, eles têm que sair 10h da noite para amanhecer aqui umas 7h. (3GM2) Na cidade, uns vinte minutos [para chegar à UBS mais próxima]. Nas áreas ribeirinhas, as pessoas vêm de voadeira ou por estradas, e tem áreas que é de avião (...) de avião, dá 1h30min; de voadeira, um dia; de carro, dois dias e meio. (2ENF2)
Usuários buscam atendimento em municípios vizinhos por menor distância	Nós temos ali a região [rural] que fica quase na divisa, um lado é [o nosso município] e do outro lado é [outro município], e para eles é bem mais perto ir para lá do que vir para cá. Essas pessoas não vêm para cá em casos de emergência, porque até chegar aqui, primeiro que teria que vir por transporte fluvial, que não seria viável, até conseguir voadeira para cá, e para lá [outro município], a enfermeira chama a ambulância e manda levar. (5GM2)
Comunidades isoladas devido à situação climática	As nossas estradas são acessos e são barreiras ao mesmo tempo, porque elas estão em condições muito ruins, a extensão territorial é muito grande e acaba que a gente não tem serviços de transporte definidos nessas localidades ainda (...) Nas estradas vicinais não tem asfalto, não é uma via preparada, então nesse período de chuva, chove a noite inteira, então eles não conseguem sair realmente. E nem a gente consegue chegar. Muito liso o chão da estrada. (1GM2)

>>

# Quadro 1 – Acessibilidade geográfica à UBS, Oeste do Pará, 2019 (continuação)

Comunidades com acesso exclusivo por estradas vicinais	P: Então os das vicinais têm maior dificuldade? R: Sim, por causa da estrada. Se chover é meio difícil até de buscar paciente lá com a nossa ambulância. Teve caso que já precisou de entrar nas vicinais e estar muito ruim para passar, tem muitas ladeiras e o carro não sobe. Já teve caso de deixarmos o carro na estrada e ir andando até a casa da paciente; de buscar grávida com dor para parir na vicinal, de moto; de fazer vacinação de moto, que é mais fácil de chegar nas comunidades, mas a gente consegue chegar. (4ENF1)
Estradas sem pavimentação e em precárias condições de deslocamento	Barreiras são as estradas, porque nesse período chuvoso fica muito difícil, por exemplo, uma ESF que você leva uma média de 1h30min, nesse período leva de 3h30min a quatro horas para conseguir trazer o paciente. (5GM1)
Moradores de áreas rurais se deslocam com motos próprias/bicicletas	Olha, quando eu não tenho moto, é de pés mesmo, mas esse negócio de ônibus não gira aqui, não (...) Eu creio que é mais de trinta minutos porque é bem longe, às vezes dá sorte de pegar uma carona. (5USU1)
Ausência de transporte coletivo municipal	Não tem transporte público aqui. Ou é moto ou é um carro que eles alugam, ou às vezes eles chamam a ambulância para os casos mais graves. (3ENF2) O comunitário da área ribeirinha tem dificuldade, porque não tem transporte toda semana, (...) é muito difícil eles procurarem os serviços, pois não tem embarcação. (...) nas colônias tem transporte todo dia, ônibus não deixa de ter, mas tem áreas que não tem. Nessas áreas nem que queira pagar, não tem, é muito difícil. (5GM1)
<b>Aspectos predominantes nos MRRs Norte Águas</b>	
Comunidades com acesso exclusivo por rio	Não tem outro caminho. Principalmente no verão, que há uma dificuldade maior. Quando seca muito, eles têm que passar pela lama para alcançar embarcação para vir até aqui. (3ENF1)
Migração da população do interior para a sede, em época de chuvas	Quando o rio encheu, eu mesmo tive que desocupar lá, que a água entrou dentro de casa tudo. Eu tive que sair e procurar alojamento, onde eles deram uma sala lá da creche. (...) É comum. (2ACS2)
Moradores de áreas rurais se deslocam com pequenas embarcações	A minha pressão estava 22, para estourar. Aí o pessoal já ficou agoniado. Tem que levar ele para o hospital. (...) Nós temos dificuldade, porque todo mundo tem motor, mas é motorzinho pequeno para andar no rio (...) A gente fala rabetinha, não é motor de popa, não. (3USU2)
Maiores custos de deslocamento entre interior e sede/entre comunidade e UBS	O frete dos carros que eles cobram é 300 reais, o mais barato lá é 250 ida e volta, ainda mais de noite. (...) Tem que ficar aguentando até ir para a cidade para comprar tudo, a gente paga na voadeira, é por quilo, é por peso, tudo tem que pagar, a passagem tem que pagar. (2ACS2) Às vezes não tem dinheiro para vir, não tem transporte, não tem como alugar ou comprar gasolina. Isso é comum, essa reclamação é geral. (4GM2)
Melhores condições de deslocamento em época de chuvas/alagamentos	O rio facilita o acesso em época de inverno, no verão fica difícil o acesso. No verão seca tudo aqui na frente da cidade e o acesso é mais por [município vizinho], de carro. E de lá pega barco para [município de referência]. (5GM2) Para as comunidades de rios fica mais fácil, e para as comunidades de várzea fica mais difícil [acesso no período da seca]. Nas de terra firme, é melhor na seca porque tem menos lama, menos chuva, buracos e poças de lama. (...) O difícil é quando a enchente é muito grande e as casas vão para o fundo. (4GM2)
Em época de seca do rio, quanto menor o transporte, melhor o deslocamento	Fica mais longe para ir nas enchentes, no período que a lama vai escorrendo. E na seca, quando chega nesse período na região, o rio seca tanto que fica difícil o acesso, então a gente viaja e no período de duas horas a gente leva até 12 horas dependendo do transporte, e quanto menor, melhor. (4GM2)
<b>Aspectos predominantes nos MRRs Norte Estradas</b>	
Acesso dificultado em época de chuvas, devido a atoleiros	No inverno, período chuvoso, tem, sim, área que fica sem acesso. Aí tem pessoas que, para vir à consulta de manhã, têm que vir no dia anterior. (1ACS1)
Maior necessidade de caminhonete traçada para deslocamentos em áreas de mais difícil acesso, incluindo ambulâncias	A gente recebe do estado aquela ambulanciazinha miudinha daquelas para asfalto (...) dependendo do travessão a ambulância não entra, se não for caminhonete traçada, a gente não consegue dar acesso à população. (1GM1)
No período sem chuvas, embora o tráfego dos rios seja melhor, a intensa poeira dificulta a visibilidade das rodovias	Quando chove muito, tenho que passar pela BR (...) em uma ladeira recordista em acidentes aqui na região, então é muito raro você não ver uma carreta tombada minutos depois das chuvas ou no dia seguinte mesmo, então é um lugar muito complicado de se visitar. No verão, mesmo usando capacete temos que parar a moto e esperar a poeira baixar (...) e corre o risco de acidente, pela falta de visibilidade. (1ACS2)

Nota: GM- gestor municipal; ACS- agente comunitário de saúde; ENF- enfermeiro; USU- usuário. Fonte: entrevistas da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos do Brasil” (Fausto, Fonseca e Penzin (2019).



## Acessibilidade organizacional à APS

Barreiras organizacionais de acesso estão presentes nos MRRs analisados. Nas UBSs, o número de fichas para atendimento médico e de enfermagem é preestabelecido e, frequentemente, insuficiente diante da demanda diária. Há restrições de atendimento à demanda espontânea e priorização de demanda programada com definição de turnos específicos programáticos. Quando não conseguem atendimento, usuários precisam pegar ficha e retornar à UBS em dia posterior, inclusive aqueles do interior.

As consultas, em geral, são agendadas. Nas UBSs do interior, é comum o ACS realizar o agendamento e o usuário comparecer somente no dia da consulta. A opinião dos usuários sobre a forma de agendamento é mais positiva em comparação à perspectiva dos profissionais e gestores.

As UBSs do interior, geralmente, não funcionam todos os dias da semana e nos dois turnos por dia, salvo em situações quando os médicos e enfermeiros moram na comunidade. Durante as visitas, observaram-se UBSs vazias, com oferta de consultas subutilizada e com marcada falta de medicamentos. Em UBS do interior, é frequente a oferta de atendimento apenas itinerante e sem periodicidade definida.

Outra barreira refere-se à alta rotatividade de profissionais, médicos e enfermeiros, insuficiência de ACS e técnico de enfermagem em alguns casos. Gestores explicitaram dificuldades quanto ao cumprimento de horário dos profissionais; à necessidade de reorganizar a agenda da UBS com divisão de carga horária do médico entre interior e sede; e ao compartilhamento do médico entre a UBS e o pequeno hospital municipal, medida emergencial desde a saída dos médicos do Programa Mais Médicos (PMM). O PMM foi avaliado como de impacto muito positivo no provimento, e relataram-se dificuldades de reposição importantes com a retirada dos médicos cubanos. Em um município, há desafios adicionais de fixação de profissionais para atuar em área de garimpo, por questões de violências, incluindo de gênero.

Oferta insuficiente e descontinuidade no abastecimento de insumos e medicamentos, além da ausência de coleta de exames laboratoriais na APS, foram obstáculos frequentes, intensificados em UBS do interior,<sup>4</sup> tanto nas falas dos gestores como nas de profissionais e usuários. Algumas UBSs do interior não realizam coleta de preventivo por dificuldades de transporte do material coletado; outras têm demora de resultados. Essas deficiências do serviço impactam não só a qualidade e a continuidade do cuidado, mas também o orçamento das famílias de baixa renda (Quadro 2).

**Quadro 2 – Barreiras organizacionais de acesso à APS, Oeste do Pará, 2019**

Categorias	Principais achados	Falas significativas
Restrições nos dias e horários de funcionamento	Número limitado de fichas para atendimento médico e de enfermagem	7h a doutora atende a quantidade de fichas [15 fichas por turno] que ela tem para atender e só começa a atender novamente às 13h, e atende até terminar as fichas. (1ACS2) Infelizmente está voltando paciente sem conseguir ficha no dia, (...) porque nós temos os agendamentos também dos programas fixos. (2ENF1)
	Ações itinerantes sem periodicidade	A gente trabalha muito saúde itinerante, porque não tem atendimento em todas as comunidades (...) tem uma problemática que são as distâncias, então é difícil fazer essa logística de atendimento nas comunidades sempre. (3GM2)
	Organização da agenda semanal por programas	P: Como é a marcação de consulta? R: Tem que agendar, os ACS agendam (...) às vezes no mesmo dia, vem mais cedo, pergunta se tem vaga, e se tem, qual o horário que pode vir. (5USU2) A gente não atende de tudo todo dia, faz um calendário de organização das unidades. (1GM2)
	Dificuldade de cumprimento de horário de trabalho por profissionais	A barreira são os funcionários. (...) O funcionário deveria entrar 7h para sair meio-dia, para sair 11h, e não quando ele quer. (5ENF1)

&gt;&gt;

**Quadro 2 – Barreiras organizacionais de acesso à APS, Oeste do Pará, 2019 (continuação)**

<b>Alta rotatividade profissional</b>	Alta rotatividade de profissionais, principalmente médicos e enfermeiros; e insuficiência de ACS e técnicos de enfermagem	A gente ainda não conseguiu superar isso de ter uma agenda totalmente aberta todo dia por conta dessa nossa insuficiência de profissionais. (1GM2) Meu pai, mataram ele no garimpo com dois tiros no peito. Fui trabalhar lá [baixão do garimpo], mas tinha muito medo, que o pessoal falava que tinha de se prostituir (...) fui tentada de estupro quatro vezes, mas graças a Deus superei. (...) Faz dois meses que saí de lá. (2ACS2)
	Dificuldade de reposição de médicos após saída dos médicos cubanos do PMM	A unidade está precisando de um médico. Como vocês sabem, houve toda aquela burocracia e saíram os médicos do PMM, então para o posto não ficar descoberto, eles usaram a estratégia de não ficar sem médico, que em 15 dias vem um e outros 15 dias vem outro. Mas eles não são médicos da UBS, são do hospital. (2ENF2)
	Divisão de carga horária de um mesmo médico entre diferentes equipes	No momento, estamos com uma dificuldade porque a demanda está muito grande, e aqui, como são duas estratégias, precisaria de dois médicos e no momento a gente tem só um PMM, e essa uma médica ainda não é a que atende todos os dias na unidade, ela tem um dia de folga e um dia ela atende em outra UBS da zona rural. (1ENF1)
Oferta insuficiente e descontinuidade no abastecimento de insumos e medicamentos	Ausência de coleta de exames nas UBSs	Falta (sic) alguns tipos de exames, que não têm na unidade. Tem vezes que nem hemograma tem (...) fica complicado, porque a pessoa não tem como pagar aquele exame. (5ACS2) Fiz todos os exames da gravidez no hospital. (10USU1)
	Insuficiência constante de medicamentos	Uma barreira que eu vejo é a questão da medicação, que às vezes falta, então para a pessoa vir de uma distância de 30 km de uma comunidade para chegar aqui na UBS para se consultar, às vezes precisa da medicação (...) não tem como eles comprarem. (3ENF2)
	Comprometimento da qualidade e continuidade do cuidado na APS	Eles [usuários] dizem para a gente que eles não perdem nem o tempo indo lá [UBS rural da comunidade], primeiro porque o enfermeiro só atende três vezes na semana, não tem remédio, não tem inalador, e ao invés de ir lá vem aqui [sede], que vão encontrar enfermeiro, inalador, medicação. (...) (4ENF2)
	Impacto das despesas com compra de medicamentos e serviços no orçamento das famílias de baixa renda	O pior aqui é o problema da medicação (...) não tem quase toda a medicação dele nem a minha. (...) se eu tirar meu dinheiro para comprar só minha medicação, eu vou ficar sem alimentação. (3USU1)
	Demora dos resultados de exames preventivos	Eu acho que [a barreira] é mais a duração da espera pelo exame, pode dar alguma coisa mais grave e a gente ficar sabendo só daqui uns três ou quatro meses. (4USU1)

Nota: GM- gestor municipal; ACS- agente comunitário de saúde; ENF2- enfermeiro; USU- usuário.

Fonte: entrevistas da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos do Brasil” (Fausto, Fonseca e Penzin (2019).

**UBS como serviço de primeiro contato**

O primeiro serviço de saúde que as pessoas procuram quando precisam é, em geral, a unidade básica de saúde. A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios varia entre 50% e 100%, mas há populações descobertas em todos os municípios. O outro serviço buscado é o serviço de pronto atendimento na sede, constituído por unidade mista, pequeno hospital municipal (geralmente com condições precárias) ou centro de saúde 24 horas. Procura que se justificaria, segundo gestores, por maior resolutividade do serviço, em casos de urgência ou de descontinuidades da equipe na UBS do interior. Nas áreas do interior, de população dispersa, o ACS é o primeiro a ser buscado, principalmente se não houver UBS na comunidade ou se for uma residência isolada.

A população procura o serviço que for mais perto ou de mais fácil acesso, independentemente de ser a UBS de referência, se fica em outro município ou se é hospital. É comum usuários buscarem a UBS da sede do município no mesmo dia de ida à sede para receber benefício previdenciário ou outro serviço, otimizando o deslocamento.

A preferência pelo atendimento na UBS é influenciada pela satisfação com o atendimento de enfermagem e por questões como privacidade em consultas/exames na UBS, ponto importante de destaque na fala dos usuários.

Embora o conjunto de municípios estudados seja classificado como rural remoto, a moradia na sede ou no interior condiciona o acesso da UBS como serviço de primeiro contato.

## APS na rede de atenção à saúde

Os cinco municípios possuem algum tipo de estabelecimento de saúde na sede para atendimento de urgências, pequenos procedimentos e, em alguns casos, partos e cirurgias, ainda que insuficientes. Jacareacanga e Rurópolis têm pequenos hospitais municipais, com disponibilidade de leitos, e Prainha, uma unidade mista 24 horas, também com leitos. Rurópolis possui maternidade recém-inaugurada e estruturada nos moldes do Programa Rede Cegonha, com unidade de cuidados intermediários para neonatos. Em Aveiro e Curuá, essa unidade da sede é um Centro de Saúde 24 horas, com infraestrutura precária. Jacareacanga dispõe de laboratório próprio de malária e entomologia.<sup>5</sup>

Toda a rede de serviços de saúde nos cinco municípios estudados é pública e pertencente ao SUS. Os municípios que possuem pequenos hospitais e unidades mistas conseguem realizar alguns procedimentos e cirurgias mais comuns.<sup>6</sup> Em Rurópolis, o escopo de ações hospitalares poderia ser mais amplo, não fossem as dificuldades para contratação de médicos.<sup>7</sup> Por vezes, os municípios organizam ações de mutirão de consultas com algum médico especialista, sem periodicidade.

A atenção especializada nos MRRs é insuficiente ou inexistente. O acesso a especialidades, exames especializados e internação é referenciado na região, tendo Santarém como município de referência.<sup>8</sup> Dependendo da urgência, municípios vizinhos com melhor estrutura são acionados.<sup>9</sup>

O agendamento de consultas especializadas e exames de apoio diagnóstico ocorre via sistema *web* Sisreg regional, nas secretarias municipais de saúde (SMSs), por meio de cotas por especialidade por município, comumente insuficientes e com longos tempos de espera. Com o encaminhamento médico em mãos, os usuários solicitam pessoalmente o agendamento na sede na SMS, no setor de regulação/marcação ou tratamento fora de domicílio (TFD), mesmo os que moram no interior. Os ACSs costumam avisar os usuários sobre as consultas especializadas marcadas, e a equipe, sobre o retorno do usuário ao domicílio.

Os altos custos de TFD são um desafio para a gestão, seja pelo custeio dos deslocamentos, seja por orçamentos inferiores à demanda ou pela concentração de atenção especializada no município-polo. Tal cenário impacta o trabalho dos profissionais e o tratamento dos usuários, gerando adiamentos ou não realização dos tratamentos, com custos frequentemente transferidos aos usuários quando a SMS não consegue arcar.

Apesar do alto custo mencionado pelos gestores, os cinco municípios dispõem de algum apoio aos usuários para transporte sanitário eletivo para TFD, com regularidade, ainda que insuficiente: caminhonete, voadeira ou ônibus, custeio de passagem de ônibus ou barco de linha, combustível para voadeira ou eventualmente fretamento de aeronave em casos graves, com custos insustentáveis.

As dificuldades para acesso à atenção especializada envolvem: longas distâncias até o município de referência; exacerbados tempos de espera; insuficiente número de vagas para especialistas; falta de leitos e dificuldades de localizar o usuário agendado, particularmente o do interior.<sup>10</sup> Informalmente, usuários são orientados a buscar diretamente o serviço de urgência de municípios vizinhos ou de Santarém na tentativa de agilizar o atendimento.<sup>11</sup>

Todos os municípios possuem algum tipo de transporte – carro, ambulância ou ambulância – para pacientes em casos de urgências, todavia, por vezes insuficientes ou inadequados às condições de deslocamento. Nenhum dos municípios possui Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) em funcionamento.

Quatro dos cinco municípios dispõem de casas de apoio,<sup>12</sup> mas é comum os pacientes terem de custear alimentação e faltar vagas.

Não há qualquer forma institucionalizada de relação entre os profissionais da AB e da atenção especializada. A contrarreferência à UBS é incomum, ficando a informação dependente de receituários, resultado de exames, relato do usuário ou informes dos ACSs. Uma vez que o paciente é encaminhado ao especialista, todo o acompanhamento continua no serviço especializado.<sup>13</sup>

## Discussão: barreiras de acesso

Elementos variados e conjugados interferem sobremaneira na acessibilidade geográfica aos serviços de APS. Se por um lado a cheia dos rios favorece a mobilidade para os ribeirinhos, esse mesmo fenômeno torna-se empecilho para deslocamentos em comunidades vicinais. Norte Águas e Norte Estradas são territórios influenciados por fatores ambientais e climáticos que moldam a acessibilidade geográfica em vários sentidos, com mais desvantagens para populações do interior, se comparadas às residentes na sede dos MRRs. Essas 'duas amazônias', Norte Águas e Norte Estradas, se mesclam em características de infraestrutura que impactam o acesso geográfico e a organização dos serviços de saúde. Portanto, respostas para melhorias em acesso, territorialização, organização da oferta e transporte precisam ser específicas, de modo a captar as características de cada contexto e responder às necessidades em saúde locais.

Serviços de APS nem sempre estão presentes nos MRRs nas áreas mais distantes, isoladas e com populações esparsas. Essa é uma realidade dos contextos rurais remotos também em outros países, o que tem motivado a proposição de modelos assistenciais específicos para o enfrentamento da tirania da distância e da falta de serviços disponíveis para populações que vivem nessas localidades (Russell et al., 2013).

Preocupações sobre estratégias de territorialização estão presentes no discurso dos entrevistados, visto as distâncias, população esparsa e equipes incompletas. É necessária alguma flexibilização conforme a ida do usuário do interior à sede, com garantia de atendimento e não podendo se restringir às ações programáticas. No Brasil, esses modelos de territorialização da APS não conseguem ser contemplados em incentivos federais com padrão uniforme de UBS no território; precisam de territorialização específica com planejamento local, participação social e incentivos adequados às especificidades.

Os obstáculos geográficos limitam a mobilidade e impactam a capacidade das populações de acessarem serviços de saúde oportunamente (Wong e Regan, 2009; Haggerty et al., 2014; Kulig et al., 2008). Diante das dificuldades, usuários criam alternativas para enfrentá-las, como a concentração de serviços e compras, por satisfação, conveniência ou busca por maior qualidade – *outshopping* (Sanders et al., 2015; Whitehead et al., 2019). Entre usuários de comunidades mais distantes, é prática comum a concentração de atividades como banco, mercado e consulta na UBS, em um único dia, mas essa particularidade não se reflete na oferta de consultas e acolhimento pela UBS nesses mesmos dias. O controle de gastos com deslocamentos (tempo/dinheiro) é central na definição do momento de busca pelo serviço de saúde: imediata, tardia ou desistente.

Embora a UBS seja indicada como serviço de primeiro contato dos usuários, as características do território remoto complexificam essa busca, e a percepção dos usuários altera conforme resolutividade percebida do serviço, acessibilidade, características do atendimento, vínculo com o ACS e hábitos de busca do cuidador tradicional.

Barreiras organizacionais derivam dos modos e condições de funcionamento dos serviços, em diferentes contextos rurais, sendo recorrente a associação entre distância, características da comunidade, disponibilidade de recursos humanos e atributos da prática profissional, como observado por Kulig et al. (2008) no caso canadense.

Embora o déficit de profissionais de saúde ocorra em todo o mundo, nas áreas rurais é mais significativo. No Brasil, usuários deixam de comprar algo importante para cobrir gastos com saúde, especialmente medicamentos (Álvares et al., 2017). Carências materiais e de profissionais em áreas rurais foram sinalizadas em estudos australiano e africano, resultando em desabastecimento e interrupções do cuidado na APS (Grobler et al., 2015). A indisponibilidade de profissionais ou serviços gera menor resolutividade na APS, dificultando seu papel de porta de entrada preferencial (Almeida, Fausto e Giovanella, 2011). Em contextos rurais remotos amazônicos, há o agravante do elevado custeio de logística, associado a baixa densidade demográfica, baixas coberturas assistenciais e deslocamentos longos (Garnelo, 2019).

O escopo de ações no interior de todos os MRRs apresentou-se limitado/seletivo, salvo algumas exceções de UBS, além de um atendimento médico muitas vezes itinerante. Modelos itinerantes ou visitas periódicas são frequentes em comunidades rurais remotas em diferentes países (Carey et al., 2018), visando a melhores resultados em saúde e menores custos na assistência. Contudo, em geral, estão associados a outros modelos de intervenção, com atendimentos contínuos (Wakeman et al., 2008). Há necessidade, portanto, de qualificar iniciativas como os atendimentos itinerantes nos municípios rurais remotos, para garantia do cuidado contínuo, com financiamento específico que possibilite visitas periódicas, tanto para remuneração de profissionais como para apoio de transporte. Um modelo de sustentabilidade para a APS com as particularidades do território amazônico, pautado em intersectorialidade e financiamento específico, torna-se crucial para a melhoria do acesso (Fausto et al., 2022).

As barreiras de acesso se agravam quanto ao acesso à atenção especializada, ambulatorial ou hospitalar. O suporte da rede de atenção especializada à APS, em geral ofertada na região de saúde com suporte via TFD, não está garantido, embora haja esforço da gestão municipal. Uma vez que o município não consegue sozinho arcar com apoio logístico para garantir acesso à atenção especializada, o ônus acaba transferido aos usuários, particularmente os que residem no interior. Situação semelhante ocorre em comunidades rurais dos Estados Unidos, do Reino Unido, de países africanos, Austrália e Canadá, evidenciando concentração desproporcional desses serviços em centros urbanos (Gruen et al., 2003). Nos casos aqui analisados, políticas públicas para enfrentar tal situação demandam o envolvimento dos outros entes da federação, além do município.

Buscar cuidados especializados também pode consumir muito tempo, fazendo com que pacientes e parentes abandonem sua atividade laboral por longos períodos, o que causa novos impactos econômicos e para a saúde (Ensor e Cooper, 2004). A insegurança de viajar longos trechos em estradas com péssimas condições interfere na busca pelos cuidados necessários na atenção especializada (Wong e Regan, 2009).

Iniciativas na Política Nacional de Atenção Básica reconheceram oficialmente ações em curso na Amazônia, como custeio para ESFs ribeirinhas e fluviais (Brasil, 2017).<sup>14</sup> Embora representem avanço de acessibilidade à APS, desafios como financiamento insuficiente, curta permanência na comunidade, baixo envolvimento do ACS e modelo de atenção voltado à demanda espontânea não facilitam o acesso dos mais vulneráveis e replicam rotinas dos espaços urbanos, não combatendo as desigualdades em saúde (Garnelo et al., 2020).

Estudos de revisão sinalizam que barreiras de acesso aos serviços de saúde podem gerar consequências aos cuidados em saúde, tais como: usuário tendo que reiniciar, desistir ou adiar sua busca por cuidados de saúde; agravamento na sua condição de saúde; busca de cuidados em hospital, independentemente do tipo da demanda, dentre outros prejuízos (Houghton, Bascolo e Del Riego, 2020; Franco, Lima e Giovanella, 2021; Sousa et al., 2022).

Uma importante fragilidade do sistema de saúde observada em nosso estudo é a ausência de comunicação entre APS e atenção especializada, aspecto que poderia melhorar o acesso, com a oferta de cuidado em saúde mais integrada, oportuna e coordenada pela APS (Almeida et al., 2018).

Em geral, observou-se convergência na perspectiva de gestores, profissionais e usuários entrevistados, mas houve limitações no estudo: os usuários do interior entrevistados captados na recepção da unidade básica de saúde foram aqueles que moravam mais perto da UBS e não aqueles com maiores dificuldades



de acesso. E os resultados dos MRRs do Oeste do Pará podem, em alguns pontos, ser insuficientes para permitir generalizações para toda a Amazônia, com diferentes realidades intrarregionais.

## Considerações finais

As barreiras geográficas não podem ser obstáculos à interiorização de políticas públicas e à garantia do direito ao acesso a serviços de saúde do SUS ou justificar piores condições de saúde e acesso (Garnelo, 2019). O reconhecimento das especificidades geográficas deve informar o planejamento e a formulação de estratégias inovadoras que promovam a superação dos desafios impostos pelo espaço natural, lidando com as distâncias amazônicas de forma sustentável, preservando o meio ambiente.

O cenário socioambiental amazônico é heterogêneo e multifacetado e requer estratégias singulares para reduzir barreiras de acesso que considerem a diversidade geográfica, social e cultural das populações desses territórios, além de políticas intersetoriais que abarquem aspectos de infraestrutura como transporte, pavimentação, energia elétrica e internet para as comunidades do interior.

## Notas

<sup>1</sup>As singularidades dos diferentes territórios Norte Águas e Norte Estradas se aproximam do que Gonçalves (2012) aponta como os dois padrões de organização do espaço amazônico, modelos subjacentes às diferentes paisagens da região e que expressam importantes conflitos de interesse entre segmentos, motivações econômicas e classes sociais: o ‘padrão rio-várzea-floresta’ (exclusivo até as décadas de 1950 e 1960) e o ‘padrão estrada-terra firme-subsolo’ (altamente influenciado por decisões externas à região).

<sup>2</sup>A época de chuvas/cheias é popularmente conhecida como ‘inverno amazônico’, e a época de vazante dos rios como ‘verão amazônico’.

<sup>3</sup>A depender da potência do motor, uma hora de deslocamento com lancha pode custar R\$ 250,00, valor duplicado se consideradas ida e volta, e variável, conforme a trafegabilidade do rio.

<sup>4</sup>Embora com melhorias nos últimos anos e casos pontuais nos municípios, há comunidades sem energia elétrica, o que impede a oferta, por exemplo, de vacinação de rotina.

<sup>5</sup>Esse serviço em Jacareacanga foi implantado com financiamento de usinas hidrelétricas da região.

<sup>6</sup>São exemplos de cirurgias mais frequentes nos pequenos hospitais municipais: cesariana, hérnia, histerectomia, apendicectomia, colecistectomia e amputação.

<sup>7</sup>A contratação de um médico para atuar em hospital pode custar R\$ 40 mil para uma jornada de 15 dias.

<sup>8</sup>Santarém é o município de referência da região, conforme pactuação na Comissão Intergestores Regional (CIR). Recentemente, foi inaugurado o Hospital Regional do Tapajós, no município de Itaituba, sendo uma nova referência para atendimento especializado. Raros foram os relatos com necessidade de encaminhamento para a capital do estado.

<sup>9</sup>Cada município tem como referência o município mais próximo ou com menor dificuldade de chegar, com alguma oferta pouco melhor de serviços. São exemplos dessas referências os municípios de Itaituba, Óbidos e Monte Alegre.

<sup>10</sup>Há relatos de demora de cinco a seis meses ou até dois anos de espera para agendamento, a depender da especialidade médica.

<sup>11</sup>Uma dificuldade adicional refere-se ao Hospital Regional do Baixo Amazonas em Santarém – referência de maior complexidade na região –, gerenciado por organização social de saúde (OSS). Segundo os entrevistados, é comum a justificativa de negativa de vaga, devido ao fato de o procedimento solicitado não estar contratualizado com a OSS.



<sup>12</sup> Casas de apoio são casas alugadas para alojamento de pacientes no município-polo Santarém.

<sup>13</sup> Um dos gestores citou o uso de WhatsApp ou bilhete por ônibus/embarcação nas tentativas de comunicação.

<sup>14</sup> Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, as ESFs ribeirinhas desempenham suas funções em UBSs localizadas à beira de rios e lagos; e as ESFs fluviais desempenham suas funções de forma itinerante em UBSs fluviais/barcos.

## Informações do artigo

### Contribuição dos autores

Concepção do estudo: JGL, LG.

Curadoria dos dados: JGL, LG, MGM.

Coleta de dados: JGL, LG, MF, AB.

Análise dos dados: JGL, LG, AB, MF, MGM.

Redação – manuscrito original: JGL, LG, AB, MF, MGM.

Redação – revisão e edição: JGL, LG, AB, MF, MGM.

### Financiamento

Fonte de financiamento do trabalho de campo: Ministério da Saúde e Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Ligia Giovanella e Aylene Bousquat são bolsistas de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Juliana Gagno Lima foi bolsista de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

### Conflitos de interesses

Não há conflitos de interesses neste trabalho.

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (CEP/Ensp/Fiocruz), conforme Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n. 92280918.3.0000.5240, de julho de 2018, e parecer n. 2.811.790, de agosto de 2018.

### Apresentação prévia

Este artigo é resultante da tese de doutorado em Saúde Pública, intitulada *Acesso e organização da Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará*, de autoria de Juliana Gagno Lima, defendida em 2021 na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

## Referências

ALMEIDA, Patty F.; FAUSTO, Márcia C. R.; GIOVANELLA, Ligia. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/84-95/>. Acesso em: 17 jun. 2022.

ALMEIDA, Patty F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 244-260, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2022.

ÁLVARES, Juliana *et al.* Acesso aos medicamentos pelos usuários da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, n. 2, supl. 2, p. 20s, 2017. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007139>. Disponível em: [http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000300318&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000300318&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 17 jun. 2022.

ASSIS, Marluce M. A.; JESUS, Washington L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2.865-2.875, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. Disponível em: [http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 17 jun. 2022.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 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: Ministério da Saúde, 2017.

CAREY, Timothy A. *et al.* What principles should guide visiting primary health care services in rural and remote communities? Lessons from a systematic review. *Australian Journal Rural Health*, v. 26, p. 146-156, 2018. <https://doi.org/10.1111/ajr.12425>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29845693/>. Acesso em: 9 dez. 2021.

DONABEDIAN, Avedis. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University, 2003.

ENSOR, Tim; COOPER, Stephanie. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 19, p. 69-79, 2004. <https://doi.org/10.1093/heapol/czh009>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14982885/>. Acesso em: 17 jun. 2022.

FAUSTO, Márcia C. R.; FONSECA, Helena M. S.; PENZIN, Valéria M. (Coords.). *Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil: relatório final*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp, 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47633>. Acesso em: 17 jun. 2022.

FAUSTO, Márcia C. R. *et al.* Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1.605-1.618, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-8123202274.01112021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zZdBtL6QPw35vSPYz75XRPv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 abr. 2022.

FRANCO, Cassiano M.; LIMA, Juliana G.; GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, p. 1-22, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VHd6TxVVpjzyJRtDWyvHkrs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

FRENK, Julio. The concept and measurement of accessibility. In: WHITE, Kerr L. *et al.* (eds.). *Health services research: an anthology*. Washington: Pan American Health Organization, 1992. p. 843-855.

GARNELO, Luiza. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, p. 1-4, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00220519>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vb3KBsxsHwPFM3kd3JfwDpN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

GARNELO, Luiza *et al.* Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *International Journal for Equity in Health*, v. 19, n. 54, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01171-x>. Disponível em: <https://equityhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12939-020-01171-x.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2021.

GARNELO, Luiza; SOUSA, Amandia B. L.; SILVA, Clayton O. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1.225-1.234, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/j77vcsPR76Hxb6zjPzD9bHS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2021.

GONÇALVES, Carlos W. P. *Amazônia, Amazonas*. São Paulo: Contexto, 2012. 179p.

GROBLER, Liesl *et al.* Interventions for increasing the proportion of health professionals practicing in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 6, p. 1-20, 2015. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005314.pub3>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6791300/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

GRUEN, Russell L. *et al.* Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 4, p. 1-60, 2003. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003798.pub2>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9016793/>. Acesso em: 10 nov. 2021.

HAGGERTY, Jeannie L. *et al.* An exploration of rural-urban differences in healthcare-seeking trajectories: implications for measures of accessibility. *Health Place*, v. 28, p. 92-98, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.03.005>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24793139/>. Acesso em: 10 nov. 2021.

HOUGHTON, Natalia; BASCOLO, Ernesto; DEL RIEGO, Amalia. Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 44, p. 96, 2020. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.96>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32821258/>. Acesso em: 11 nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

KULIG, Judith C. *et al.* How do registered nurses define rurality? *Australian Journal Rural Health*, v. 16, n. 1, p. 28-32, 2008. <https://doi.org/0.1111/j.1440-1584.2007.00947.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18186719/>. Acesso em: 8 nov. 2021.

LEVESQUE, Jean-Frederic; HARRIS, Mark F.; RUSSELL, Grant. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, v. 12, n. 18, p. 1-9, 2013. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>. Disponível em: <https://equityhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1475-9276-12-18.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2021.

MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1998.

OLIVEIRA, Luciano S. *et al.* Acessibilidade a Atenção Básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3.047-3.056, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bQzMpnPMsBqp6K36QGzyTgS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 nov. 2021.

RUSSELL, Deborah J. *et al.* Helping policy-makers address rural health access problems. *Australian Journal Rural Health*, v. 21, n. 2, p. 61-71, 2013. <https://doi.org/10.1111/ajr.12023>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23586567/>. Acesso em: 22 nov. 2021.

SANDERS, Scott R. *et al.* Rural health care bypass behavior: how community and spatial characteristics affect primary health care selection. *Australian Journal Rural Health*, v. 31, n. 2, p. 146-156, 2015. <https://doi.org/10.1111/jrh.12093>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25219792/>. Acesso em: 24 out. 2021.

SCHWEICKARDT, Júlio C.; KADRI, Michele R.; SOUSA, Rodrigo T. (Orgs.). *Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS*. Porto Alegre: Rede Unida, 2019.

SILVA JÚNIOR, Evanildo S. *et al.* Acessibilidade geográfica à Atenção Primária à Saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, supl. 1, p. s49-s60, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/KNnhNntdkYkkLtBG39Bw7rM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2021.

SOUSA, Amandia B. L. *et al.* Primary health care in the Amazon and its potential impact on health inequities: a scoping review. *Rural and Remote Health*, Austrália, v. 22, n. 1, 2022. <https://doi.org/10.22605/RRH6747>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34973683/>. Acesso em: 18 out. 2021.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkysjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/>. Acesso em: 9 jul. 2020.

WAKERMAN John *et al.* Primary health care delivery models in rural and remote Australia: a systematic review. *BMC Health Services Research*, v. 8, n. 276, p. 1-10, 2008. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-276>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-276#citeas>. Acesso em: 1 jul. 2020.

WHITEHEAD, Jesse *et al.* Spatial equity and realized access to healthcare: a geospatial analysis of general practitioner enrolments in Waikato, New Zealand. *Rural and Remote Health*, Austrália, v. 19, n. 4, p. 1-13, 2019. <https://doi.org/10.22605/RRH5349>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31623444/>. Acesso em: 19 out. 2021.

WONG, Sabrina T.; REGAN, Sandra. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. *Rural and Remote Health*, Austrália, v. 9, n. 1, p. 1-12, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19298094/>. Acesso em: 13 out. 2021.